

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

**CEZA İNFAZ KURUMUNDA SUNULAN HEMŞİRELİK
HİZMETLERİNİN KADINLARIN SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE
FİZİKSEL SAĞLIK DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Şenay AKGÜN PEHLİVAN

**Halk Sağlığı Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

**ANKARA
2015**

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

**CEZA İNFAZ KURUMUNDA SUNULAN HEMŞİRELİK
HİZMETLERİNİN KADINLARIN SAĞLIK DAVRANIŞLARI VE
FİZİKSEL SAĞLIK DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Şenay AKGÜN PEHLİVAN

**Halk Sağlığı Hemşireliği Programı
DOKTORA TEZİ**

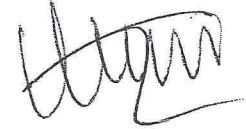
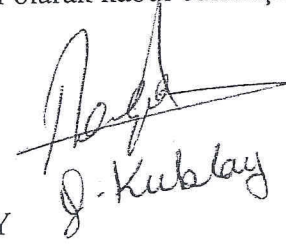
**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Gülümser KUBLAY**

**ANKARA
2015**

Anabilim Dalı :Halk Sağlığı Hemşireliği
Program :Halk Sağlığı Hemşireliği
Tez Başlığı :Ceza İnfaz Kurumunda Sunulan Hemşirelik Hizmetlerinin
Kadınların Sağlık Davranışları ve Fiziksel Sağlık
Düzeylerine Etkisinin Değerlendirilmesi
Öğrenci Adı-Soyadı :Şenay AKGÜN PEHLİVAN
Savunma Sınavı Tarihi :29/06/2015

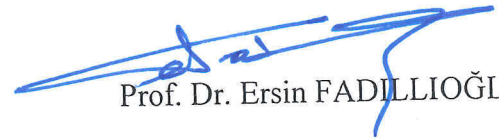
Bu çalışma, jürimiz tarafından doktora tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Başkanı: Prof. Dr. Ayfer TEZEL
Ankara Üniversitesi
Tez Danışmanı: Prof. Dr. Gülümser KUBLAY
Hacettepe Üniversitesi
Üye: Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU
Hacettepe Üniversitesi
Üye: Yrd. Doç. Dr. Makbule TOKUR-KESGİN
Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Üye: Yrd. Doç. Dr. Deniz KOÇOĞLU
Selçuk Üniversitesi



ONAY

Bu tez, Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitü Yönetim Kurulu kararı ile kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Ersin FADILLIOĞLU

Müdür

TEŞEKKÜR

Yazar, bu çalışmanın gerçekleşmesindeki katkılarından dolayı aşağıda adı geçen kişilere teşekkür eder ve sonsuz minnettarlığını bildirir.

Sayın Prof. Dr. Gülümser KUBLAY tez danışmanım olarak çalışmanın her aşamasında sevgi, şevkat ve desteğini eksik etmemiştir.

Sayın Prof. Dr. Oya Nuran EMİROĞLU çalışmanın planlama aşamasında, tez izleme komitesinde ve tez bitirme jürisinde değerli görüşleri ile çalışmaya çok önemli katkılar sağlamıştır.

Sayın Prof. Dr. Zafer ÖZTEK çalışmanın planlama aşamasında ve tez izleme komitesinde görev alarak değerli görüşleri ile çalışmaya katkı sağlamıştır.

Sayın Prof. Dr. Semra ERDOĞAN, Doç. Dr. M. Nihal ESİN, Yrd. Doç. Dr. Selda SEÇGİNLİ ve Yrd. Doç. Dr. Gülhan COŞANSU Omaha Sistemi'nin kullanımına yönelik destek sağlamışlardır.

Sayın Prof. Dr. Ayfer TEZEL ve Bilm. Uzm. Duygu ÖZTAŞ çalışmanın farklı aşamalarında ihtiyaç duyduğum her anda destek vermişlerdir.

Doç. Dr. Melek Serpil TALAS çalışmanın yazım aşamasında desteğini hiç eksik etmemiştir.

Yrd. Doç. Dr. Makbule TOKUR KESGİN çalışmanın her aşamasında sonsuz sevgi, anlayış ve destek sağlamıştır.

Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü Eğitim Daire Başkanı Sayın Vehbi Kadri KAMER çalışmanın izinlerinin alınmasında sonsuz destek sağlamıştır.

Sincan Kadın Kapalı Ceza İnfaz Kurumu sosyal servis çalışanları sayın Mevhibe Nurşah AYDOĞAN, Özlem TANIŞMAN, Şebnem ÇÖLLÜ ve Murat ERKAN, ceza infaz kurumu 2. Müdürü Ferda KESKİN, ceza infaz kurumu müdürü, aile hekimi, sağlık memuru ve infaz koruma memurları çalışmanın uygulama aşamasında işbirliği ve destek sağlamışlardır.

Sayın Doç. Dr. Pınar ÖZDEMİR tezin istatistiksel analizlerinde büyük bir özveri ve çaba ile hiç unutulamayacak bir destek sağlamıştır.

Sayın Bilm. Uzm. Çağla SARITÜRK tez verilerinin analiz ve yorumlanmasında destek sağlamıştır.

Çalışmanın örneklemini oluşturan Ankara Kadın Kapalı Ceza İnfaz Kurumu'nda bulunan tüm katılımcılar çalışmanın başarılı bir şekilde uygulanmasını sağlamışlardır.

Çalışma tamalanıncaya kadar farklı aşamalarda ailem ve başta Perihan BOZER olmak üzere tüm BOZER ailesi yanımda olarak destek sağlamışlardır.

Çalışma süresince eşim Ümit Kemal PEHLİVAN sonsuz sevgi, anlayış ve sabırla hep yanımda olduğunu hissettirmiş, destek olmuştur.

Şenay AKGÜN PEHLİVAN

ÖZET

Akgün Pehlivan, Ş. (2015). Ceza infaz kurumunda sunulan hemşirelik hizmetlerinin kadınların sağlık davranışları ve fiziksel sağlık düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği A.D., Doktora Tezi, Ankara, 2015. Ceza infaz kurumuna (CİK) giren kadınlar genel topluma ve erkek mahpuslara göre daha fazla fiziksel sağlık problemine sahiptirler. Bu nedenle, CİK’lerde verilecek sağlık hizmetlerine özellikle hemşirelik hizmetlerine daha fazla gereksinim duyarlar. CİK hemşireleri, toplumda ulaşılması zor olan bu kadınlara sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları kazandırabilmek için de CİK’lerde önemli bir fırsata da sahip olurlar. Bu araştırma, CİK’te sunulan hemşirelik hizmetlerinin kadınların sağlık davranışları ve fiziksel sağlık düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma, yarı deneysel tasarım modelinde olup, 30 kadın mahpusla yürütülmüştür. Hemşirelik hizmetlerinin etkinliğinin değerlendirilmesinde “hemşirelik tanı sayıları”, “bilgi, davranış ve durum puanları” ve “Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II puanları” kullanılmıştır. İstatistiksel analizlerde sayı, yüzde, ortalama, ortanca, standart sapma, Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Wilcoxon ve McNemar Testleri kullanılmıştır. Bulgular kadınların en fazla fizyolojik problemlerinin (ağız sağlığı, sindirim- hidrasyon, dolaşım, üreme, rahatsızlık / ağrı ve solunum) ve daha az oranda sağlık davranışları (beslenme, sağlık bakım denetimi, fiziksel aktivite, madde kullanımı, uyku ve dinlenme) problemlerinin varlığını göstermiştir. Araştırmada hemşirelik hizmetleri kadınların fizyolojik ve sağlık davranışları problemlerine yönelik bilgi, davranış ve durum puanlarında olumlu yönde artış meydana getirmiştir ($p < 0.05$). Araştırma sonucunda CİK’te verilen hemşirelik hizmetlerinin kadınların sağlık davranışları ve fiziksel sağlık düzeylerine olumlu yönde katkı sağladığı bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Ceza infaz kurumu (Hapishane), ceza infaz kurumu hemşireliği (Hapishane Hemşireliği), kadın mahpus, sağlık davranışı, fiziksel sağlık düzeyi.

ABSTRACT

Akgün Pehlivan, Ş. (2015). Evaluation of the effect of nursing services provided in a correctional institution on the health behaviors and physical health levels of females. Hacettepe University, Institute of Medical Sciences, Department of Public Health Nursing, Phd Thesis. Ankara, 2015. Females placed in a Correctional Institution (CI) have more physical health problems compared to the general public and their male counterparts. Thus, they require more healthcare services in the CI and nursing services in particular. CI nurses also have the opportunity to teach protecting and improving health behaviors to these women who are difficult to reach in the community. The aim of this study was to evaluate the effect of nursing services provided in CIs on the health behaviors and physical health levels of females. The quasi-experimental study was conducted on 30 female subjects. In this study were used the “nursing diagnosis numbers”, “knowledge, behavior and status points” and “Health Promoting Lifestyle Profile II points” to evaluate the nursing services. Statistical analyses were performed using numbers, percentages, means, medians, standard deviations, and the Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U, Wilcoxon and McNemar tests. We found mostly physiological problems (oral health, digestion-hydration, circulation, reproductive function, discomfort / pain and respiration) and to a lesser extent health behavior problems (nutrition, health care supervision, physical activity, substance use, sleep and rest patterns) in the subjects. Nursing services provided in the course of the study resulted in a positive effect on the knowledge, behavior and status points regarding the physiological and health behaviors of the subjects ($p < 0.05$). At the end of the study, it was found that nursing services provided in CIs have a positive effect on the health behaviors and physical health levels of the females.

Keywords: Correctional institution (Prison), correctional nursing (Prison Nursing), female prisoner, health behavior, physical health level.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	x
ŞEKİLLER	xii
TABLolar	xiii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Amacı	4
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Suç ve Suçluluk	5
2.2. Kadın Suçluluğu	5
2.3. Suç ve Suçluluğa İlişkin Tanımlar	7
2.4. Ceza İnfaz Kurumunda / Hapishanede Kadın Mahpuslar	9
2.5. Ceza İnfaz Kurumunda / Hapishanede Sağlık Hizmetleri	11
2.5.1. Ceza İnfaz Kurumunda / Hapishanede Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi	13
2.5.2. Ceza İnfaz Kurumunda / Hapishanede Kadın Mahpusların Sağlık Bakım Gereksinimleri	20
2.6. Ceza İnfaz Kurumunda / Hapishanede Hemşirelik	36
2.6.1. Ceza İnfaz Kurumu / Hapishane Hemşireleri İçin Kapsam ve Standartlar	39
2.6.2. Ceza İnfaz Kurumu / Hapishane Hemşirelerinin Rol ve Sorumlulukları	41
2.6.3. Ceza İnfaz Kurumunda / Hapishanede Hemşirelik Bakım Süreçleri	44
3. GEREÇ VE YÖNTEM	50

3.1. Araştırmanın Şekli	50
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	50
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	54
3.4. Verilerin Toplanması	58
3.4.1. Veri Toplama Form ve Araçları	58
3.4.2. Omaha Sistemi	60
3.5. Araştırmada Uygulanan Girişim	62
3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması	63
3.7. Araştırmanın Uygulama Basamakları	64
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	67
3.9. Verilerin Değerlendirilmesi	67
4. BULGULAR	69
4.1. Ceza İnfaz Kurumunda Sunulan Hemşirelik Hizmetlerinin Kadın Mahpusların Fiziksel Sağlık ve Sağlık Davranışları Problemlerinin Çözümüne Etkisi	69
4.2. Ceza İnfaz Kurumunda Sunulan Hemşirelik Hizmetlerinin Kadın Mahpusların Problemlerine Yönelik Bilgi, Davranış ve Durum Düzeylerine Etkisi	85
4.3. Ceza İnfaz Kurumunda Sunulan Hemşirelik Hizmetlerinin Kadın Mahpusların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesine Etkisi	103
5. TARTIŞMA	105
5.1. Ceza İnfaz Kurumunda Sunulan Hemşirelik Hizmetlerinin Kadın Mahpusların Fiziksel Sağlık ve Sağlık Davranışları Problemlerinin Çözümüne Etkisi	105
5.2. Ceza İnfaz Kurumunda Sunulan Hemşirelik Hizmetlerinin Kadın Mahpusların Problemlerine Yönelik Bilgi, Davranış ve Durum Düzeylerine Etkisi	120
5.3. Ceza İnfaz Kurumunda Sunulan Hemşirelik Hizmetlerinin Kadın Mahpusların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesine Etkisi	122
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	125
6.1. Sonuçlar	125
6.2. Öneriler	126
KAYNAKLAR	128
EKLER	
EK 1. Etik Kurul Kararı	149
EK 2. Kadın Değerlendirme Formu	150
EK 3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II	158

EK 4.Omaha Sistemi (OS)	160
EK 5. Problem Değerlendirme Ölçeği	177
EK 6. Hemşirelik Girişim Şeması	178
EK 7. Örnek Bakım Planları	179
EK 8. Ceza İnfaz Kurumu İzin Yazısı	181
EK 9. Bilgilendirme / Olur Formu	182
EK 10. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin İzni	184
EK 11. Diğer Tablo ve Grafikler	185
EK 12. Ceza İnfaz Kurumu Hemşireliği Sertifika Sınavı Konu Başlıkları	190
EK 13. Karen Monsen İle Yapılan Yazışma	191

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACA	Amerika Ceza Adalet Sistemi Derneği (The American Correctional Association)
AÇSAPM	Ana Çocuk Sağlığı-Aile Planlaması Merkezi
AKKCİK	Ankara Kadın Kapalı Ceza İnfaz Kurumu
ANA	Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association)
APHA	Amerikan Halk Sağlığı Derneği (American Public Health Association)
BKI	Beden Kitle İndeksi
CİK	Ceza İnfaz Kurumu
CPR	Cardiopulmonary Resuscitation (Kardiyopulmoner Resüsitasyon)
CYBH	Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar
DMFT	Çürük+Dolguluk+Çekilen Diş İndeksi (Decayed,Missing,Filled Index)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)
ERD	Eğitim Rehberlik ve Danışmanlık
FDI	Dünya Dişhekimleri Birliği (World Dental Federation)
GHDE	Genital Hijyen Davranışları Envanteri
HGŞ	Hemşirelik Girişim Şeması
HIPP	Ceza İnfaz Kurumlarında Sağlığı Geliştirme Projesi (Health in Prisons Project)
HIV	İnsan İmmün Yetmezlik Virüsü (Human Immunodeficiency Virus)
HPV	Human Papilloma Virus
HSH	Halk Sağlığı Hemşireliği
KETEM	Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi
KKMM	Kendi Kendine Meme Muayenesi
KKVM	Kendi Kendine Vulva Muayenesi
NCCHC	Ulusal Ceza Adalet Sistemi Sağlık Bakım Komisyonu (National Commission on Correctional Health Care)
OS	Omaha Sistemi
PAP	Papanicolou testi

PDÖ	Problem Değerlendirme Ölçeği
PSL	Problem Sınıflama Listesi
PTSD	Travma Sonrası Stres Bozukluğu (Posttraumatic Stress Disorder)
Rh	Rhesus Faktörü
SV	Sürveyans
SYBDÖ	Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği
TB	Tüberküloz
TCK	Türk Ceza Kanunu
Tİ	Tedavi ve İşlem
TSH	Temel Sağlık Hizmetleri
TTB	Türk Tabipler Birliği
UNODC	Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (United Nations Office on Drugs and Crime Office)
VY	Vaka Yönetimi

ŞEKİLLER

Şekil	Sayfa
2.1. Yaşam Döngüsünde Kadın Mahpuslar	10
2.2. Toplum ve Ceza İnfaz Kurumları Arasındaki İlişki	12
2.3. Cinsiyete Özgü Sağlık Hizmetleri	21
3.1. Araştırmanın Uygulama Akış Şeması	66
4.1. Mahpusların Fizyolojik Alan Problem Tanılarının Dağılımı	70
4.2. Mahpusların Sağlık Davranışı Alanı Hemşirelik Tanılarının Dağılımı	73
4.3. İlk ve son değerlendirmede fizyolojik alana ait hemşirelik tanı sayılarının dağılımı	79
4.4. İlk ve son değerlendirmede sağlık davranışı alanına ait hemşirelik tanılarının dağılımı	82
4.5. İlk ve son değerlendirmede fizyolojik alan hemşirelik tanılarına ait bilgi, davranış ve durum puanlarının dağılımı	86
4.6. İlk ve son değerlendirmede sağlık davranışı alanı hemşirelik tanılarına ait bilgi, davranış ve durum puanlarının dağılımı	94
4.7. İlk ve son değerlendirmede kadın mahpusların SYBDÖ II puanlarındaki değişimler	104

TABLOLAR

Tablo	Sayfa
3.1. Kadın mahpuslara ait tanıtıcı özellikler	56
4.1. Mahpusların fiziksel ve sağlık davranışları problemlerinin OS tanı alanlarına göre dağılımı	69
4.2. Mahpusların fizyolojik alan problem tanılarını belirlemede kullanılan belirti - bulguların dağılımı	72
4.3. Mahpusların sağlık davranışı alanına ait hemşirelik tanılarını belirlemede kullanılan belirti – bulguların dağılımı	74
4.4. Mahpuslara uygulanan hemşirelik girişim kategorilerinin dağılımı	75
4.5. Mahpusların ilk ve son değerlendirmede saptanan hemşirelik tanı sayılarının dağılımı	76
4. 6. İlk ve son değerlendirmede fizyolojik alana ait hemşirelik tanı sayılarının dağılımı	78
4. 7. İlk ve son değerlendirmede fizyolojik alanda belirlenen hemşirelik tanı sayıları arasındaki farkların mahpusların özelliklerine göre dağılımı	80
4. 8. İlk ve son değerlendirmede sağlık davranışı alanına ait hemşirelik tanı sayılarının dağılımı	81
4. 9. İlk ve son değerlendirmede sağlık davranışları alanında belirlenen hemşirelik tanı sayıları arasındaki farkların mahpusların özelliklerine göre dağılımı	83
4.10. İlk ve son değerlendirmede mahpusların fizyolojik alanda belirlenen hemşirelik tanılarına ait bilgi, davranış ve durum puanlarının dağılımı	85
4.11. İlk ve son değerlendirmede fizyolojik alanda belirlenen hemşirelik tanı alanlarına ait bilgi, davranış ve durum puanlarının dağılımı	87
4.12. İlk ve son değerlendirmede fizyolojik alanda belirlenen hemşirelik tanıların bilgi puanlarının mahpusların özelliklerine göre dağılımı	89
4.13. İlk ve son değerlendirmede fizyolojik alanda belirlenen hemşirelik tanıların davranış puanlarının mahpusların özelliklerine göre dağılımı	90
4.14. İlk ve son değerlendirmede fizyolojik alanda belirlenen hemşirelik tanıların durum puanlarının mahpusların özelliklerine göre dağılımı	92

4.15. İlk ve son değerlendirmede sağlık davranışı alanında belirlenen hemşirelik tanılarına ait bilgi, davranış ve durum puanlarının dağılımı	93
4.16. İlk ve son değerlendirmede mahpusların sağlık davranışı alanında belirlenen hemşirelik tanılarına ait bilgi, davranış ve durum puanlarının dağılımı	95
4.17. İlk ve son değerlendirmede sağlık davranışları alanında belirlenen hemşirelik tanılarının bilgi puanlarının mahpusların özelliklerine göre dağılımı	97
4.18. İlk ve son değerlendirmede sağlık davranışları alanında belirlenen hemşirelik tanılarının davranış puanlarının mahpusların özelliklerine göre dağılımı	99
4.19. İlk ve son değerlendirmede sağlık davranışları alanında belirlenen hemşirelik tanılarının durum puanlarının mahpusların özelliklerine göre dağılımı	101
4.20. İlk ve son değerlendirmede kadın mahpusların sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği puanlarının dağılımı	103

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Kadın mahpuslar, ceza infaz kurumu (CİK) nüfusunun küçük bir kısmını oluşturmalarına karşın, tüm dünyada sayıları hızla artmaktadır (1, 2). İngiltere ve Galler'de CİK'te kalan kadın sayısında (1995 - 2007 yılları arasında) % 100 oranında artış görülürken, Amerika Birleşik Devletleri (ABD) 'nde (2000-2010 yılları arasında) yaklaşık % 20 oranında artış görülmüştür (3, 4). Türkiye'de ise CİK'te kalan kadın sayısında (2000 - 2010 yılları arasında) % 100 oranında bir artış gözlenmiştir (5). Dünyada ve Türkiye'de sayıları gün geçtikçe artan kadın mahpusların büyük çoğunluğu sosyal, ekonomik ve kültürel olarak dezavantajlı, yani sağlık açısından yüksek riskli gruplardan gelmektedirler (6) ve CİK dışında ulaşılması zor bir grubun üyesidirler (7). Araştırmalar; kadınların CİK'e gelmeden önce; yoksulluk, madde kullanımı, aile içi şiddet, cinsel istismar, adolesan gebelik, malnütrisyon, sağlık hizmetlerine ulaşamama, sağlık sorunlarının ihmal edilmesi, sağlıksız bir yaşam tarzına sahip olma gibi nedenlerle kronik (8) ve karmaşık sağlık sorunlarına sahip olduklarını göstermektedir (1, 9 - 11). Geçmişlerindeki olumsuz özelliklerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerindeki negatif etkilerinin (12) üzerine CİK'lerin olumsuz etkileri de (kalabalık olma, bireylerin izolasyonu ve şiddet problemleri gibi) eklenince kadınların sağlık problemleri katlanarak artmaktadır (13). Madde kullanımı, insan immün yetmezlik virüsü (human immunodeficiency virus (HIV)), diğer bulaşıcı enfeksiyonlar, şiddet suçu işleme, şiddet kurbanı olma, ruh sağlığı hastalıkları, kronik hastalıklar ve üreme sağlığı problemlerini de içeren sağlık sorunlarının daha da yoğunlaştığı bilinmektedir (14). Özellikle CİK'te kaldıkları süre boyunca fiziksel sağlıklarının olumsuz yönde etkilendiği ve sağlık problemlerinin giderek arttığı bildirilmektedir (12). Sağlık hizmetlerine başvurunun yarıdan fazlasının (% 57) yeni problemler nedeniyle olması (15) fiziksel sağlık problemlerinin gittikçe arttığının (12) bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Başvuruların üçte birinin (%31) kronik hastalıklar nedeniyle olması (15) mahpus bireylerin kronik hastalıklar açısından da oldukça riskli (16) olduklarını düşündürmektedir. Mahpusların kronik hastalıkların daha fazla görüldüğü (17) ve fiziksel sağlıklarının toplumdaki diğer bireylerden daha kötü olduğu bilinmektedir

(18). Yapılan bir çalışmada mahpusların yaklaşık üçte ikisinin (% 64.6) hipertansiyon, astım, diyabet, iskemik kalp hastalığı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAİ) veya serebrovasküler hastalıklardan (SVH) en az birine sahip olduğu saptanmıştır (19). Yapılan başka bir çalışmada da, mahpusların yarıdan fazlasının (%52) en az bir kronik hastalığa sahip olduğu (20) ve kas-iskelet sistemi ve bağ dokusu hastalıkları, dolaşım sistemi hastalıkları, ruh sağlığı hastalıkları, solunum sistemi hastalıklarının da yaygın olarak görüldüğü bildirilmektedir (21). Ağız - diş sağlığı problemleri, madde kullanım problemleri de oldukça (22), serviks kanseri (17), astım, diyabet, kötü beslenme, yetersiz egzersiz düzeyi, sigara kullanımının da kadın mahpuslarda toplumdaki diğer kadınlardan daha fazla görülmektedir (23). Yine kadınlar erkeklerden daha fazla fiziksel semptomları olan sağlık problemi bildirmelerine karşın (12), bu problemlerinin yeteri kadar dikkat çekmesiğine ilişkin bilgilerde literatürde görülmektedir (24). Kadın mahpusların CİK'e girdiklerinde sağlık problemlerinin fazla görülmesinin nedenleri arasında, geçmiş yaşam deneyimleri, koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanmama (8) ve koruyucu sağlık davranışlarının yetersizliği (23, 25) sayılabilmektedir. Kadın mahpuslara koruyucu sağlık bakımının verilebilmesi ve sağlıklarının geliştirilebilmesi için CİK'ler eşsiz bir fırsat sağlamaktadır (25). Ancak, pek çok mahpus sağlık hizmetlerine kolay bir şekilde ulaşamamaktadır (9,12). Ulaşılabilen sağlık hizmetlerinin çoğunluğu ise hemşireler tarafından sağlanmaktadır (15, 26). Bu nedenle, CİK'lerde hemşireler birincil sağlık bakım sağlayıcıları ve sağlık hizmetlerinin omurgası (27) olarak görülmektedirler.

İngiltere'de CİK hemşirelik hizmetlerinin halk sağlığı yaklaşımı ile temel sağlık hizmetleri (TSH) (birincil sağlık bakım hizmetleri) kapsamında ve toplum sağlığı hemşirelerinin rol ve sorumlulukları dahilinde olduğu belirtilmektedir (28, 29). Toplum sağlığı hemşireliği faaliyetlerinin ise hastalıkların erken tanı ve tedavisini, sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik davranış değişimini sağlamak amacıyla eğitimler verilmesini kapsamaması gerektiği belirtilmektedir (8). Amerikan Hemşireler Birliği de (American Nurses Association (ANA)) CİK'lerde verilen hemşirelik bakımının TSH kapsamında olması gerekliliğini belirtmektedir. TSH kapsamında yürütülen faaliyetler izlem, sağlık bakımı, eğitim, danışmanlık ve bireylerin kendi sağlık sorumluluklarını almalarını sağlamaya yöneliktir (30, 31).

CİK'lerde hemşirelerin sağlık rolünü sergileyebilmeleri için fırsatlar bulunduğu belirtilmekte (32) ve sağlık profesyonelleri arasında hemşire “anahtar” bir role sahiptir. CİK hemşireliği, hemşirelere uygulama becerilerini kullanma, halk sağlığı ilkelerini ve adli ilkeleri kullanma fırsatını vermektedir (33). Hemşirelerin; bireylerin fiziksel, psikolojik, duygusal, manevi ve sosyal gereksinimlerini değerlendirme, bakım verme ve bakımı yönetme, danışmanlık, sağlık eğitimi, diğer kuruluşlarla işbirliği, klinik karar verme, savunuculuk ve rehabilitasyonu kapsayan çok boyutlu rolleri bulunmaktadır (6). Bu rollerin yerine getirilebilmesi için ise CİK hemşirelerinin bireylerin sağlık gereksinimlerinin değerlendirilmesi, izlem ve sağlığı geliştirme gibi birincil bakım hemşireliği ile ilişkili halk sağlığı becerilerine sahip olmalarının gerekliliği vurgulanmaktadır (34). CİK'lerde halk sağlığı hemşireleri eğitimci, birey savunuculuğu ve tahliye “köprü” rollerine sahip olmaktadır (33).

CİK'lerde görev alan hemşirelerin sürekli eğitimlerle desteklenmesi, eğitimlerinin adli ya da CİK hemşireliği gibi bir uzmanlık alanına ait üniversite düzeyine yükseltilmesi, güçlü bir eğitim, araştırma bilgisi ve kullanma becerisine sahip olması gerektiği belirtilmektedir (35). ANA, CİK hemşirelerinin bir üniversitenin hemşirelik programından mezun olan ve ulusal lisans sınavını geçmiş olmaları gerektiğini belirtmektedir (36). Buna karşın, yalnızca ABD'de CİK hemşireleri ön lisans / lisans mezunu ve sertifika programına sahiptirler, İngiltere ve Türkiye'de ise CİK hemşireleri arasında lise mezunları da bulunmakta ve sertifika programı bulunmamaktadır (36-40). Adalet Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı arasında imzalanan (41). Türkiye'de CİK'lerde verilecek sağlık hizmetlerinde çalışacak hemşirelerin niteliği 2011 yılında çıkan hemşirelik yönetmeliği ile CİK hemşireliğinin, ceza ve tutukevi hemşiresi adı altında halk sağlığı hemşireliğinin bir uygulama alanı olarak belirlendiği, görev ve yetkilerinin tanımlandığı görülmektedir (42). Yönetmelik; CİK'te bulunan bireylerin sağlıklarının korunması ve geliştirilmesini öncelmesi açısından dünya ile paralellik göstermektedir. Yönetmelikte belirtilen hemşirelik görev, yetki ve sorumlulukları; hemşirelerin bu alanda risk değerlendirmesi yapabilmesini, erken tanı faaliyetlerini gerçekleştirebilmesini, periyodik muayene yapabilmesini, bireylerin sevk, tedavi ve rehabilitasyonlarına katılımlarını işaret etmesi nedeniyle koruyucu sağlık hizmetlerinin ön planda olduğunu ortaya koymuştur (42).

Condon ve diğ. (43)'ne göre “CİK'lerde kalan bireylerin sağlık gereksinimlerini ortaya koyan çalışmaların planlanması ve TSH doğrultusunda verilmesi gereken hemşirelik hizmetlerinin sağlanmasına yönelik araştırma yapılması gereklidir". Türkiye’de hemşirelik alanında CİK'lerde kalan bireylerin sağlık gereksinimlerinin değerlendirildiği ve TSH kapsamında sunulan hemşirelik hizmetlerine yönelik araştırmaya rastlanmamaktadır. CİK'lerdeki bireylerin kronik hastalıklar (44) ve fiziksel sağlık sorunlarına (45) yönelik olarak sağlık hizmetlerine ulaşmada engeller (12) yaşadıkları belirtilmektedir. Bu nedenle, CİK’lerde görev yapan hemşireler tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin bireylerin sağlık davranışlarını geliştirmelerine ve dolayısıyla da fiziksel sağlıklarının iyileşmesinde olumlu etkisi olacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda, hemşirelerin sunduğu sağlık hizmetleri ve bunların bireyler üzerindeki etkisinin değerlendirilmesinin hemşirelik bilgi yüküne de katkı da sağlayacağı öngörülmektedir. Yapılacak olan araştırmanın sonuçlarının CİK ve benzeri kurumlarda görev yapan hemşirelerin çalışmalarında da yol gösterici olacağı beklenmektedir. Bu noktadan hareketle, CİK'lerde sunulan hemşirelik hizmetlerinin sağlık davranışları ve fiziksel sağlık düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi için bu araştırma planlanmıştır.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, CİK’lerde sunulan hemşirelik hizmetlerinin kadınların sağlık davranışları ve fiziksel sağlık düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Bu araştırma aşağıda yer alan hipotezlerle değerlendirilmiştir.

H₁→CİK’te sunulan hemşirelik hizmetleri kadın mahpusların fiziksel sağlık ve sağlık davranışları ile ilgili sorunlarının çözümünde etkilidir.

H₂→CİK’te sunulan hemşirelik hizmetleri kadın mahpusların problemlerine yönelik bilgi, davranış ve durum düzeylerinin artmasında etkilidir.

H₃→CİK’te sunulan hemşirelik hizmetleri kadın mahpusların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesinde etkilidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Suç ve Suçluluk

"Suç ve ceza herkesin fikir yürütebildiği, duygusal yanı ağır basan ve fikirlerin yoğunlaşma derecesine / yaygınlığına göre kamuoyunun oluştuğu öncesiz ve sonrasız bir sorun; zaman ve mekana göre artı / eksileri değişen; bazı türleri ile toplumsal değişime ivme kazandıran; bazı türdeki yoğunlaşmalar ile toplumsal dokuyu zedeleyen ve bugün için her ulusun göndeminde yer alan bir olgular serisidir" (46).

"Suç, hukuk düzeninin kendisine bir ceza müeyyidesi bağladığı beşeri her fiildir. Başka bir deyişle suç, insanın ceza hukukunca yasaklanan fiilleridir. Hatta, çoğu kez, suç ceza kanununun ihlali olarak tanımlanmaktadır" (47).

Balcıoğlu'nun aktardığına göre; "Suçluluk, kişiyi toplum halinde yaşayan öteki bireylerin karşısına çıkaran bir çatışmanın ürünü olmaktadır ve bireyle çevresi arasındaki karşılıklı etki ve tepkilerin sonucunda meydana gelmektedir. Suçlu, hukuki ya da ahlaki kuralları bozan kişi olarak tanımlanabilmektedir. Ayrıca, suçluluk, küçük ya da büyük sosyal grubun üyelerince, iyi ve yararlı kabul edilmiş bulunan inançların, geleneklerin ve kurumların dayandıkları kurallara aykırı olarak işlenmiş bulunan antisosyal bir davranış olarak da tanımlanmaktadır" (48).

2.2. Kadın Suçluluğu

"Suç kadın bakımından, kadınlık deneyimlerinden bağımsız olarak, genel kurallar çerçevesinde değerlendirilemeyecek bir alandır. Örneğin adam öldürme suçu çok büyük oranda şiddet gören kadının, şiddet uygulayan kişiye yönelttiği veya namusunu, nefisini, çocuğunu korumak için işlediği bir suçtur. Ekonomik suçlar kadının sosyal ve çalışma ortamında daha fazla yer almasıyla birlikte sayıca artmış olmakla birlikte, yine kadının özellikle çocukları için işlenen ve kadınlık deneyimleri ile birlikte değerlendirilmesi gereken suçlardır" (49).

"Günümüzde kadın suçluluğunun artış göstermesi kadınların sosyo-ekonomik yaşamda artan oranda yer alması gerçeği ile bir ölçüde açıklanabilmektedir. Kadın nüfusun aktif şekilde ekonomik hayatta yer alması ve hukuksal olarak eşitlik olgusunun, sosyal yaşamda etkinliğini hissettirmesi ile birlikte kadınlar daha aktif

olarak toplumsal olgularla karşı karşıya gelmektedirler. Kadınların ekonomik ve sosyal yaşamda yer alması suç olgusuyla daha sık karşılaşması sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Kadınlar suça iten nedenler arasında sayılan nedenlerden bir diğeri Türkiye'deki ekonomik farklılıklar olarak görülmektedir. Ekonomik nedenlerle suç işleme erkekler gibi kadınları da suça yöneltmektedir. Ancak kadın suçluluğu olgusunu sadece ekonomik bir boyutla açıklamak eksik bir yaklaşım olacağı düşünülmektedir. Hukuksal düzenlemeler kadın ve erkekler için eşit olanaklar ve fırsatlar sunmasına rağmen; uygulamada hukuksal kuralların etkili bir şekilde gerçekleşmemesi de kadın haklarının toplumda göreceli olarak ihlal edilmesi sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Bu olgu ise kadınları suça iten faktörler arasında gösterilebilmektedir" (50).

"Rüşvet, sahtecilik, emniyeti suiistimal gibi suçlarda daha az yer aldıkları görülmektedir. Organize suçlar içinde, kadın elebaşı olmak yerine kurye, yer tedarik eden, suç eşyası gizleyen gibi yan konumlarda, araç olarak yer aldığı, kadın ve erkek kaçırma suçlarında yok denecek kadar az yer almakla birlikte, yer aldıkları hallerde bu genellikle iştirakçi olarak veya erkek olan gerçek faili korumak / kurtarmak amacıyla suçu üzerine almak şeklinde gerçekleşmektirdikleri bilinmektedir. Fuhuş ve aracılık suçu ise, kadınların birbirleriyle iletişim kurmalarının daha mümkün olması nedeniyle, erkeklerden daha kolay işledikleri bir suç olarak gözlemlenmektedir. Hakaret, sövme, iftira ve mala zarar verme gibi suçlarda kadının öç alma eğilimi, kıskançlığı ve hırsı ile ilgili hususlar sebep olarak görülmekte, bu suçların daha çok komşuluk çevresinde işlendiği gözlemlenmektedir. Hırsızlık diğer suçlardan farklı olarak yaşam biçimi / alışkanlık haline getirilen bir suç olarak, ekonomik gereksinimden çok kültürel eksiklikle açıklanmıştır. Bu suçun en çok gecekondü bölgelerinde yaşayan kadınlar tarafından işlendiği bildirilmektedir" (49).

Kadın suçluluğunda, kadınların erkeklere göre daha az suç işledikleri (51), kadınların erkeklerle benzer şekilde en fazla mala karşı suç işledikleri, (52 - 54) ve çoğunlukla ileri yaşlarda suç işledikleri temel özellikler olarak kabul edilmektedir (51).

2.3. Suç ve Suçluluğa İlişkin Tanımlar

"Ceza, topluma büyük ölçüde zarar veren fiiller karşılığı, devletin son çare olarak kanun ile yarattığı ve diğer yapıcı amaçlar yanında, özellikle suç işleyeni bazı kanuni yoksunluklara tabi kılmak ve toplumun işlenen fiili onamama tutumunu belirtmek üzere, ilke olarak bir yargı kararı ve suçlunun sorumluluk derecesi ile orantılı biçimde uygulanan, korkutucu, caydırıcı bir müeyyidedir." (55)

"Ceza ve güvenlik tedbirlerinin infazı ile ulaşılmak istenilen temel amaç, bu maksatla hükümlünün yeniden suç işlemesini engelleyici etkenleri güçlendirmek, toplumu suça karşı korumak, hükümlünün; yeniden sosyalleşmesini teşvik etmek, üretken ve kanunlara, nizamla ve toplumsal kurallara saygılı, sorumluluk taşıyan bir yaşam biçimine uyumunu kolaylaştırmaktır" (Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi İle Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük Madde 3 (1)) (40).

"Özgürlük, insanın baskı ve zor altında kalmadan, özgür iradesi ile hareket edebilmesidir. Hareket etme yeteneği olan insanın, zamanı ve mekanı belirleme yetkisinin elinden alınması ve bağımlı hale getirilmesi hapsedir " (56). Türk Ceza Kanunu (TCK)'nda hapis cezası müebbet ve süreli hapis cezası olarak düzenlenmiştir. TCK madde 46'da hapis cezası, infaz süreleri ve infaz koşullarına göre, ağırlaştırılmış müebbet hapis, müebbet hapis ve süreli hapis olarak ayrılmaktadır (57). Aşağıda bu hapis cezalarının özelliklerine yönelik bilgilere kısaca değinilmektedir.

"Ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası: Hükümlünün hayatı boyunca devam eder, kanun ve tüzükte belirtilen sıkı güvenlik rejimine göre çektirilir" (TCK Madde 47 (1)) (57). Bu ceza ölüm cezasının yerine kullanılmaktadır.

"Müebbet hapis cezası: Müebbet hapis cezası, hükümlünün hayatı boyunca devam eder" (TCK Madde 48 (1) (57). Bu cezanın ağırlaştırılmış müebbet hapis cezasından infaz rejimi ve şartla salıverme hükümlerinden yararlanma açısından farkları bulunmaktadır (56).

"Süreli hapis cezası: Süreli hapis cezası, kanunda aksi belirtilmeyen hallerde bir aydan az, yirmi yıldan fazla olamaz" (TCK Madde 49 (1)) (57).

Hapis cezası, bir suçtan mahkum olan kişinin bir yere kapatılarak özgürlüğünün kısıtlanması suretiyle infaz edilen bir ceza türüdür ve kural olarak cezaevinde (CİK) çektirilmektedir (56) *"Ceza infaz kurumları; kapalı, yüksek*

güvenlikli kapalı, kadın kapalı, çocuk kapalı, gençlik kapalı, gözlem ve sınıflandırma merkezleri ile açık CİK'leri ve çocuk eğitimevlerini kapsar (Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi İle Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük Tüzük (madde 8)) (40).

"CİK'ler günlük yaşamın her yönü ile aynı mekanlarda geçirildiği, kişilerin kendi iradelerine karşın tutulduğu, kendi seçmediği kişilerle birlikte yaşanan "total kurum"lardır. Bu kurumlardaki temel yoksunluklar arasında yer alan beş ızdırıp kaynağı; hürriyetten, eşya ve hizmetlerden, heteroseksüel ilişkilerden, otonomiden ve kişisel güvenlikten yoksunluklar olarak sıralanmaktadır" (46).

"Kadın Kapalı CİK'ler, kadın hükümlülerin hapis cezalarının infaz edildiği 5275 sayılı Kanunun 8 ve 9 uncu, Tüzüğü'nün 10 ve 11 inci maddelerine göre kurulmuş kurumlardır" (Ceza İnfaz Kurumlarının Yönetimi İle Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Tüzük Madde 12-1) (40) "

Bazı ülkelerde tutuklu ve hükümlüler ayrı kurumlarda kalırken, bazı ülkelerde aynı kurumlarda kalmaktadırlar. Türkiye'de de CİK'lerde tutuklu ve hükümlüler birarada kalmaktadırlar.

Cezaevi / Hapishane / Ceza İnfaz Kurumu: *Tutuklu ve hükümlü mahpusların bir arada olduğu mekan. Cezaevi "ceza kökeninden gelmekle birlikte, yaygın kullanımda barındırdığı mahpusların hepsinin "ceza" aldığı düşünülse de; bu kurumlarda yargılaması devam eden mahpuslar da bulunmaktadır (58) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre insanların mahkemeyi beklerken, mahkeme sürecinde ya da suç karşılığı olan cezanın çekildiği zorunlu gözetiminde tutuldukları merkezlerdir (1, 58).*

Hapishane: *Bireylerin özgürlüklerinden yoksun olarak işledikleri suçun karşılığı cezayı çektikleri, hapsedildikleri mekan.*

Gardiyan: *Cezaevinde düzeni, tutukluların kurallara uygun biçimde davranmalarını sağlamakla görevli kimse.*

Hükmen Tutuklu (Hükümözlü): *Hakkında ilk derece mahkemesinin mahkûmiyet kararı verdiği ve tutuk halinin devamına hükmettiği kişinin hukuki durumu.*

Hükümlü: *Ceza hükmü verilmiş, hüküm giymiş mahkûm.*

Ceza İnfaz Koruma Memuru: Ceza infaz kurumlarında mahkûmların güvenliği başta olmak üzere tüm işlerden sorumlu memur, eski adıyla gardiyan.

Mahkûm: Hükümlü.

Mahpus: Kapatılmış, hapsedilmiş kimse (58).

Mahpus terimiyle yargılama öncesi veya yargı sırasında bir suç dahilinde tutuklanmış ve hapsedilmiş kimselerle birlikte, suçlu bulunmuş ve cezalandırılmış tüm kişiler de kastedilmektedir (1).

Psiko-sosyal Servis: Ceza infaz kurumlarında mahkûmların psiko-sosyal yönden desteklenmesini sağlayan psikolog, sosyolog ya da sosyal hizmet uzmanlarından oluşan birim.

Tutuklu: Kanun yoluyla hürriyetlerinden alıkonularak bir yere kapatılan (kimse) (58).

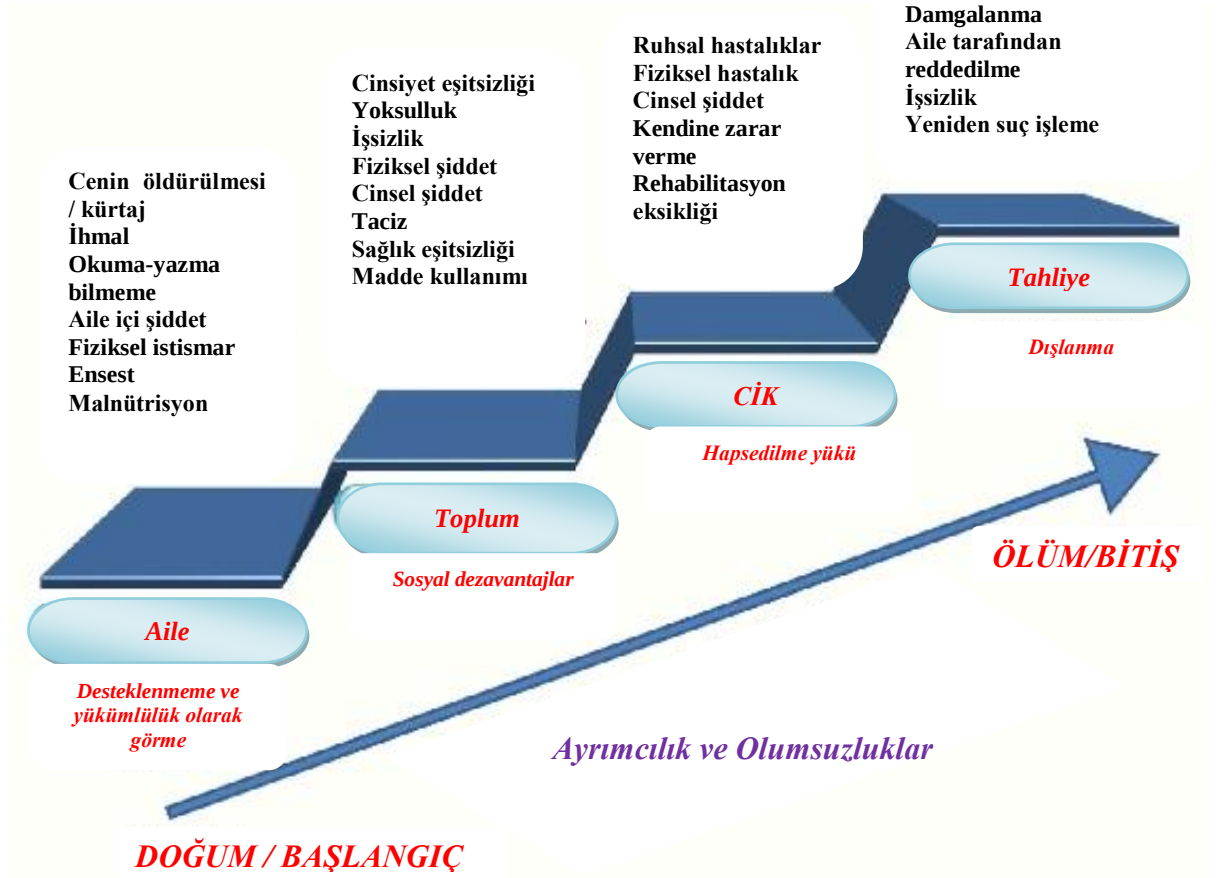
CİK'te kadın: 18 yaşından büyük tutuklu ya da hükümlü kadınlar.

CİK'te yaşlı kadın: 50 yaşından daha büyük kadınları ifade etmektedir.

Kadın sağlığı: bütün kadın cinsiyetinde olan bebekler, çocuklar ve yaşına, sosyoekonomik sınıfına, ırkına, etnik kökenine ve coğrafik konumuna bakılmaksızın tüm kadınların "zihinsel, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halinde" olmasını ifade etmektedir (1).

2.4. Ceza İnfaz Kurumunda / Hapiskanede Kadın Mahpuslar

CİK'lerde sayıları her geçen gün artan kadınlar (1), halen bu kurumlarda azınlık durumundadırlar (59) ve çoğunlukla erkekler için dizayn edilmiş kurumlarda kalmaları (60) nedeniyle erkeklerden iki kat fazla dezavantajlı olmaktadır (61). Bu nedenle toplum içerisinde yaşadıkları cinsiyete ilişkin dezavantajlar ve ayrımcılıklar CİK'te kaldıkları süre boyunca daha da kötüye gitmektedir (Bkz. Şekil 2.2) (61).



Şekil 2.1. Yaşam Döngüsünde Kadın Mahpuslar (61)

CİK'lerde kalan kadınlar farklı ülkelerde olsalar dahi kırılganlıklarının nedenleri ve ihtiyaçları benzerlik göstermektedir:

CİK'ten Önce;

- Çoğu ülkede erkeklerle eşit şekilde adalete erişimde zorluk yaşamaları,
- Cinsel veya fiziksel istismara maruz kalma,
- Seks işçiliği gibi yüksek riskli cinsel davranışlara sahip olma,
- Yüksek oranda uyuşturucu ve alkol bağımlılığı,
- Aile içi şiddet (1, 55, 61,62),
- Beslenme yetersizliği,
- Kronik hastalıkların yaygın olması,
- Toplum kökenli hastalıkların daha sık görülmesi,
- Bulaşıcı hastalıkların sık görülmesi,
- Ruh sağlığı problemlerinin yaygın olması,

- Sağlık hizmetlerine ulaşamama.

CİK Sürecinde;

- CİK'lerde cinsel istismar ve şiddet olaylarına maruz kalma,
- Hapsedilmenin kadınlar üzerinde yarattığı aşırı kaygının ruh sağlığı sorunlarına yol açması veya halihazırda var olan sağlık sorunlarını ortaya çıkarması,
- Yeterince giderilemeyen mensturasyon, menapoz, gebelik ve lohusalık gibi cinsiyete özgü sağlık bakım ihtiyaçlarına sahip olma,
- Çocukları, aileleri veya başkalarının bakımıyla yükümlü olmaları,
- Yüksek oranda ciddi ağız – diş sağlığı problemlerine sahip olma (1, 55, 61, 62),
- Kronik hastalıkların yaygın olması,
- Bulaşıcı hastalıkların sık görülmesi
- Yetersiz sağlık hizmetleri.

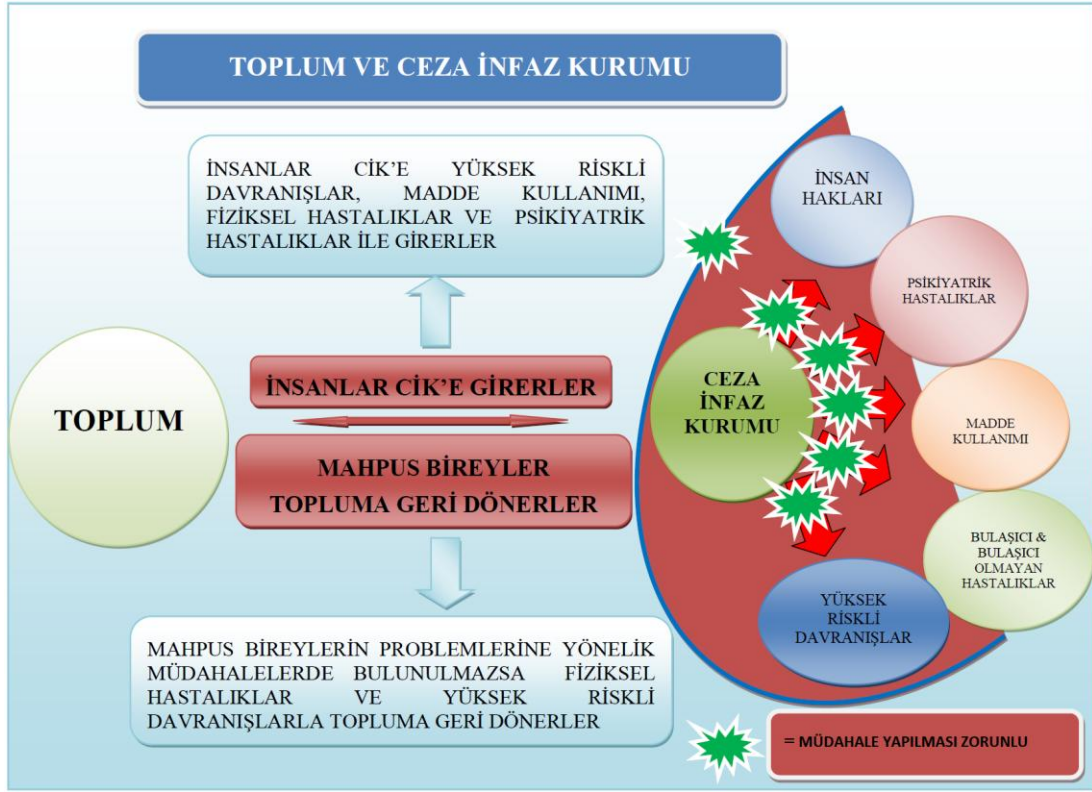
CİK'ten Tahliyeden Sonra;

- CİK'ten tahliyelerinden sonra da aileleri tarafından kurbanlaştırılma, damgalanma ve terk edilme ile karşı karşıya kalma (1, 55, 61, 62).

2.5. Ceza İnfaz Kurumunda / Hapishanede Sağlık Hizmetleri

CİK'lerde sunulan sağlık hizmetleri, CİK'ler ve toplum arasında yoğun bir etkileşim olduğu için, halk sağlığının kaçınılmaz bir parçasıdır (63). Bu kurumlar toplum sağlığı üzerinde direkt ve indirekt etkilere sahiptir. CİK'ler sağlık bakım hizmetlerini ve sağlığı geliştirme hizmetlerini sunarak toplumların sağlıkları üzerinde direkt etkiler yaparken, aile yapıları, ekonomik fırsatlar, politikalara katılım, cinsiyet, madde ve şiddet değerleri üzerinden ise indirekt etkilerde bulunmaktadır (14).

CİK'ler toplumda bulunan hastalıklarının daha yoğun olarak bulunduğu yerler olarak nitelendirilmektedir (64). Mahpus bireyler CİK'lere madde bağımlılığı ve tanı almadıkları pekçok sağlık problemiyle gelmektedir (61). CİK koşulları ve CİK sağlık hizmetleri de bireylerin sağlıklarını olumlu ya da olumsuz yönde etkileyebilmekte (65) ve bu problemler daha da artmakta, hatta sağlıklı gelmiş olsalar dahi HIV / AIDS, TB, deri hastalıkları, madde problemleri ya da ruh sağlığının bozulmasını içeren risklerle karşılaşabilmektedirler. Bu bireyler CİK'lere girdiklerinden daha kötü sağlık problemleriyle topluma dönerek, bu problemleri topluma taşıyabilmektedir (Bkz. Şekil 2.3) (61).



Şekil 2.2. Toplum ve Ceza İnfaz Kurumları Arasındaki İlişki (61)

CİK'lerde sağlık hizmetleri; CİK sağlığının halkın sağlığına olası etkileri, mahpusların ciddi ve yaşamı tehdit edici tedavi edilmemiş hastalıklarla topluma geri dönmelerinin toplum hastalık yükünü arttırmasının yanı sıra sosyal adalet nedeniyle de önemlidir. Sosyal adalet gereği herkesin sağlığa ulaşabilmesi gereklidir (66). CİK'lerde sunulan sağlık hizmetleri toplumda verilen hizmetlerle benzerlik göstermekle birlikte; sağlığı geliştirme ve CİK ile ilişkili sağlık bakım hizmetlerinin sunumu noktasında farklılık göstermektedir. Çünkü CİK'ler bireylerin sağlıklarını etkileyecek barınma, beslenme, egzersiz, meslek gibi bütün faktörleri kontrol altında tutmaktadır. Bu nedenle bu kurumlar sağlığı geliştirme sorumluluğunu üstlenmek zorundadır (67). CİK'ler sağlığı geliştirmenin tüm boyutlarına yönelik sağlık eğitimi ve hastalıkların önlenmesi için eşsiz bir fırsat sağlamaktadır. Çünkü toplumda ulaşılması zor olan dezavantajlı gruplarla teması sağlamaları nedeniyle, her bir CİK sağlıklı yaşam alanı olmak için bir potansiyele sahip olarak görülmekte, olumsuz yaşam tarzlarına sahip çoğu bireyin sağlık gereksinimlerinin değerlendirilmesi ve tanımlanmasına izin vermektedir. Sağlığı geliştirme stratejisinde belirtilen sağlığı geliştirme gereksinimleri bireylerin çoğunda yaygın olarak hissedilmektedir (68).

CİK'te sunulan sağlık hizmetleri, hem bu kurumlarda sunulan hizmetler yoluyla hem de bireylerin tahliyelerinden sonra bilgi, beceri kazandırmaya yönelik danışmanlık hizmetleri yoluyla, sağlıklarının geliştirilmesine çalışmaktadır. Sağlık hizmetleri hem kurum-tabanlı, hem de toplum-tabanlı olarak, özgür dünyada sağlık eğitimi, sağlık bakımı, ruh sağlığı ve sosyal hizmetler aracılığıyla bireylerin birlikte yaşadığı kimselere ve çocuklarına rehberlik yapabilmektedir. Madde kötüye kullanımı, şiddet uygulama ya da şiddet kurbanı olma, ruhsal hastalıklar, kronik hastalıklar, bulaşıcı hastalıklar gibi problemler suç işleme eğilimini arttırabilmekte, bağımlılığı teşvik edebilmekte ve bireyin topluma dönüşünde insanların iyilikleri için tehlike yaratabilmektedir. Sağlığı geliştirme aktiviteleri bu problemleri azaltabilmekte ya da önleyebilmektedir, tahliyeden, sonra daha sağlıklı ve güvenli davranışlar ve yaşam stili tercih etmeleri için bireyleri cesaretlendirebilmektedir. Böylece CİK'ler rehabilitasyon ve halkın güvenliğini sağlama fonksiyonunu da yerine getirmiş olmaktadır (69). CİK sağlık hizmetleri halk sağlığına entegre olmalı, sağlığı geliştirme, hastalıkların önleme, erken tanılanma, tedavi etme faaliyetleri yürütülmelidir (65).

DSÖ'nün Avrupa Ofisi CİK'lerde halk sağlığı yaklaşımıyla sağlığın geliştirilmesi amacıyla CİK'lerde Sağlığın Geliştirilmesi Projesini (Health in Prison Project) (HIPP) 1995 yılında başlatmıştır (69). Moskova'da 2003 yılında düzenlenen CİK sağlığı ve halk sağlığı ile ilgili uluslararası toplantı sonucunda imzalanan Moskova deklarasyonu CİK sağlık hizmetleri ve halk sağlığı hizmetleri arasında entegrasyonun sağlanması gerekliliği ortaya konmuştur (70, 71).

2.5.1. Ceza İnfaz Kurumunda / Hapishanede Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi

CİK'lerde sağlığın korunması kavramı 2009 yılında Madrid'te toplanan uluslararası bir konferansın sonunda imzalanan Madrid Tavsiye Kararı ile gündeme gelmiştir. Tavsiye kararı CİK'lerde bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve önlenmesinin gerekliliğini bildirmiştir. Bu karar CİK'lerin halk sağlığının bir parçası olarak sağlığın korunmasında etkili bir dokümandır (72, 73). Sağlığın korunması, risk faktörlerini azaltma gibi sadece hastalığın ortaya çıkmasını önlemek için değil, aynı zamanda hastalığın ilerlemesini ve komplikasyonların oluşmasını engellemek ya da

azaltmak için alınacak önlemleri de kapsamaktadır (72). Hastalıkların önlenmesi; sağlığı koruma, geliştirme ve spesifik koruma (birincil koruma); erken tanılama, hemen tedavi ve komplikasyonların önlenmesi (ikincil koruma); rehabilitasyon (üçüncül koruma) aşamalarını içermektedir (74).

Birincil Koruma

Birincil korumanın ilk aşaması sağlığı geliştirmedir ve sağlık eğitimi, gelişim dönemlerine uygun iyi bir beslenme standardı, kişilik gelişimi, evlilik danışmanlığı, genetik danışmanlığı, gelişimsel dönemlere odaklı, kişisel hijyen, kabul edilebilir çalışma koşulları kadar ev ve dinlenme alanlarının sağlanması, kazalardan korunma, spesifik besinlerin kullanımı, karsinojen ajanlardan korunma ve allerjenlerden korunmayı kapsar (75).

Birincil korumanın öncesi ise primordial koruma olarak bilinen risklere maruziyetlerin önlenerek yeni vakaların ortaya çıkmasının önlenmesini kapsamaktadır (75). CİK sağlık hizmetleri için primordial koruma ise toplumda bireylerin suç işlemesine neden olan faktörlere maruziyetlerinin önlenmesi yani insanların daha çocukluktan itibaren suça yönelimine neden olacak faktörlere maruziyetlerinin ortadan kaldırılması olarak düşünülebilir.

Sağlığı geliştirme kavramı DSÖ'nün 1986 yılında yayınladığı Ottawa Sağlığı Geliştirme Sözleşmesi'nin "healthy settings", "sağlıklı yaşam alanları" yaklaşımı sonrasında Sağlığı Geliştiren CİK'ler / Hapishaneler (HIPP) hareketinin ortaya çıkmasına neden olmuştur (76, 77). Bu sözleşmede, sağlıkla ilgili mekanların özel bir dikkate ihtiyacı olduğu vurgulanmıştır. DSÖ Avrupa Bölgesi'nde bu mekanlar okul, toplum, işyeri, ev ve aile olarak belirlenmiştir. Son yıllarda bu mekanlara yeni mekanlar eklenerek genişletilmiştir. Eklenen son alanlardan biri de Sağlığı Geliştiren CİK'lerdir (76). Avrupa'da 1995 yılında HIPP DSÖ tarafından başlatılmıştır (69). DSÖ, 2005 yılında 10 yıllık CİK Sağlık Planını başlatmıştır. DSÖ ilkeleri mahpuslar için sağlıklı bir çevrenin oluşturulması ve geliştirilmesini benimseyerek yeni bir halk sağlığı ve sağlığı geliştirme yaklaşımı için büyük fırsat sağlamıştır (78).

CİK'lerde sağlığı geliştirme bütüncül CİK yaklaşımı ile sunulmalıdır (79). Bu yaklaşım CİK'lerde bulunan kaynakları kullanarak, eğitim ve yaşam becerileri gibi sağlığın belirleyicilerini etkileyen CİK yaşamının tüm yönlerini kapsayan faaliyetleri

kapsamaktadır (68, 79). Bütüncül CİK yaklaşımının üç ana bileşeni bulunmaktadır: CİK'lerde sağlığı geliştiren politikalar oluşturma, sağlığı aktif destekleyecek bir çevre oluşturma ve önleme, sağlık eğitimi ve diğer sağlığı geliştirme uygulamalarıdır. Sağlığı geliştiren CİK yaklaşımı; bireylerin fiziksel, ruhsal, sosyal sağlıklarının geliştirilmesi, kaldıkları süre boyunca ya da ceza nedeniyle bireylerin sağlıklarının bozulmasını önlemek ve bireylerin topluma sağlıklı davranışları benimseyerek dönmelerinin sağlanmasını kapsamaktadır (29).

CİK'lerde sağlığı geliştirme uygulamalarının amacı, bireyselliğin korunması, hastalık odaklı risklerin azaltılması, sağlık eğitimi ve danışmanlığın sağlanması, hijyenik ortamların sağlanması, bulaşıcı hastalıkların azaltılması ve yasadışı ilaç alımının önlenmesidir (77). CİK'lerde spesifik sağlığı geliştirme alanları; ruh sağlığını geliştirme ve refahı arttırma, sigara bırakma, sağlıklı yeme ve beslenme alışkanlıkları, sağlıklı yaşam stilleri, ilaç ve diğer madde kötüye kullanımları olarak belirlenmiştir (79).

CİK'lerde sağlığı geliştirme aktiviteleri arasında danışmanlık, sağlık eğitimi, kronik hastalıkların yönetimi, toplum izlem çalışmaları, işbirliği, sosyal hizmetler ve politika oluşturma sayılabilmektedir (69). Bunlar;

Danışmanlık hizmetleri, sağlık personeli ve toplum kurumları tarafından kronik hastalıklar ve bulaşıcı hastalıklara neden olan riskli davranışlar hakkında bireysel düzeyde birey eğitimi verilmesini kapsamaktadır.

Sağlık eğitimi, CİK'lerde akran eğitimi temelli konferans, tartışma ve rol-play kullanarak kronik / bulaşıcı hastalıklar, sigara kullanma, beslenme ve egzersizi kapsayan kültürel ve dile uygun sağlık eğitimlerini ifade etmektedir.

Kronik hastalıkların yönetimi, CİK'lerde uzun dönem özbakım için gerekli olan izlem, klinik ziyaretler, tedavi ve eğitimi kapsayan bir tıbbi bakım verilmesini içermektedir.

Toplum izlem çalışmaları kapsamında, tahliyeden önce ve tahliyeden sonra sosyal güvenlik kurumu gibi kurumlar; tıbbi bakıma ulaşma ve sağlık eğitiminin güçlendirilmesi için tıbbi bakımın planlaması ve danışmanlık hizmetlerinin yürütülmesi faaliyetlerini düzenlenmelidir.

İşbirliği, CİK'ler yeniden girişlerde kurum temelli hizmet ve servislerin sağlanması için bölgesel sağlık birimleri, kamu kurumları ve toplum temelli organizasyonlarla işbirliği yapılması gerekmektedir.

Sosyal hizmetler, özellikle birden fazla hastalığı olanlar için yeniden girişlerin engellenmesi amacıyla planlanan hizmetlerin bir parçasıdır. Rehabilitasyona odaklı olan ruh sağlığının geliştirilmesinin bir parçası olarak alternatif hapsedilme cezalarının yaratılması ve CİK'lere temelli zararı azaltma servilerinin kullanılmasını kapsamalıdır.

Savunuculuk, yasal düzenlemeler ilgili olarak ülkedeki farklı grupların her bir katılımcısından raporlar alınmasının genişletilmesidir.

DSÖ, sağlığı geliştirmeyi bireylerin kendi sağlıklarını geliştirme ve sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırmak için insanları aktive etme süreci olarak tanımlanmaktadır. Ottawa Sözleşmesi'nde sağlığı geliştirme için 5 ana başlık tanımlanmıştır. Bunlar; kişisel becerilerin geliştirilmesi, destekleyici bir çevrenin yaratılması, toplum katılımının güçlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin gereksinimlere uyum sağlaması ve sağlıklı kamu politikalarının oluşturulmasıdır. Bu başlıklar CİK'lerde sağlığın geliştirilmesi içinde kapsamlı öğeler olarak tanımlanmaktadır (29,69). Bu öğeler (69);

Kişisel becerilerin geliştirilmesi; kronik hastalıkların yönetimi, aile planlaması, ebeveynlik becerisi, şiddeti önleme ve zararın azaltılması, akran eğitimi ve diğer sağlık programlarının sunulmasını içermektedir. Bu kapsamda sunulacak hizmetler diyabet, astım, HIV / AIDS gibi hastalıkları kontrol altında olmasını ve maliyet etkin bir sağlık hizmeti sonucunu doğuracaktır.

Destekleyici bir çevrenin yaratılması; kalabalığın azaltılması, hijyen koşullarının düzeltilmesi, pozitif sosyal destek için teşvik oluşturulması, fiziksel / cinsel saldırı, yıldırmanın azaltılması, sağlıklı beslenmenin sağlanması, fiziksel aktivite için fırsatlar sunulması, aile ziyaretlerinin teşvik edilmesini kapsar. Destekleyici çevrelerin hapsedilen bireylerdeki sağlık ve sosyal sonuçları incelendiğinde; bulaşıcı hastalıkların geçişinin azaltılması, anksiyete ve depresyonun azalması, daha düşük şiddet oranları, beslenmenin düzelmesi, obezitenin azalması, salıverilmeden sonra daha iyi aile ilişkileri sağlandığı görülecektir.

Toplum katılımının güçlendirilmesi, toplum kurumları, dini kurumlar ve hizmet sağlayıcıları arasında iletişim sağlamak, bu hizmetlerin sağlanması için politikalar için savunuculuk yaparak toplum işbirliğini oluşturmaktır. Bu yaklaşım ile sağlık bakımına ve daha kaliteli bakıma ulaşım artacaktır.

Sağlık hizmetlerinin gereksinimlere uyum sağlaması, hizmet sağlayıcıların hastalıkların yönetimi için akut aralıklı tedaviden, sağlığın geliştirilmesi ve korunmasına geçişi; hapsedilme ve tahliye süreçlerinde devamlı bakımın sağlanması ve sağlığı geliştirme konularında bireylerin eğitilmesini içerir. Bu yaklaşım kronik koşulların kontrolünün geliştirilmesi ve sağlık bakım maliyetlerinin daha düşürülmesini sağlayacaktır.

Sağlıklı kamu politikalarının oluşturulması, hapsedilme ve salıverilmeden sonra madde kötüye kullanımı, ruh sağlığı ve diğer hizmetlerin sağlanması için politikalar oluşturulmasını; hapsedilen bireylerin topluma dönüşlerinde damgalanmalarının azaltılmasını; hapsedilme ve salıverilmeden sonra eğitim ve iş eğitimi verilmesini kapsamaktadır. Bu yolla madde kötüye kullanım tedavi hizmetleri ve ruh sağlığı hizmetlerinin kullanımının ve ulaşımının arttırılması, iş bulma yeteneğinin arttırılması ve bağımlılığın azaltılması sağlanacaktır.

Birincil korumanın bir başka aşaması ise spesifik korumadır. Spesifik korumanın en önemli kısmını ise bağışıklama faaliyetleri oluşturmaktadır. CİK'lerde önerilen bağışıklama programı kapsamında aşağıda verilen aşılar, uygulanacak yaş grupları ve dozları belirtilmektedir (80-82);

Difteri, Tetanoz, Polio → 16-25 yaş arasına (Güvenilir bir aşı geçmişi yok ise) --- birer ay ara ile 3 doz

Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak → 16-25 yaş arasına --- bir ay ara ile 2 doz (Eğer çocuklukta bir aşı yapılmışsa Tek doz)

Meningokok C → 16-25 yaş arasına --- Tek doz

Difteri, Tetanoz, Polio → 25 yaş altına --- (Güvenilir bir aşı geçmişi yok ise) ---birer ay ara ile 3 doz

Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak → 25 yaş altına --- bir ay ara ile 2 doz (Eğer çocuklukta bir aşı yapılmışsa Tek doz) ya da bütün gelen bireylere ve doğurganlık dönemindeki tüm kadınlara

Grip Aşısı → 65 ve üstü yaş grubuna ya da her bireye--- her yıl Eylül- Aralık aylarında, ayrıca gebelere ve risk altındaki gruplara yıllık olarak sezonsal dönemlerde

Pnömonokok Aşısı → 65 ve üstü yaş grubuna ve HIV/ AIDS'li bireylere, yaşamın herhangi bir döneminde

Hepatit B aşısı → Tüm yaş gruplarına --- 3 doz (0,7, 21. günlerde ve 3. dozdan 12 ay sonra 4. doz şeklinde) ya da rutin olarak gelen her bireye

Hepatit A → Tüm yaş gruplarına

İkincil Koruma (Erken Tanı ve Tedavi)

Sağlığın devam ettirilmesi olarak bilinen ikincil koruma: Hastalıklara özgü bulguların erken aşamada tanınması, kısıtlılıkların önlenmesi ya da azaltılması, erken tanı ve tedavi, vaka bulma, bireysel ve toplu taramalar, bulaşıcı hastalıkların yayılımının önlenmesi, komplikasyon ve sekellerin önlenmesi, kısıtlılık süresinin kısaltılması, ölümün önlenmesine yönelik faaliyetleri içermektedir (75).

CİK'lerde ikincil koruma prosedürleri, diğer hapsedilen bireylerin ve personelin sağlığını korumak amacıyla akut ya da bulaşıcı hastalığı olan bireylerin hızlı bir şekilde tanınması amacıyla uygulanmaktadır. Aynı zamanda hapsedilme süreci halk sağlığı için rutin koruyucu sağlık bakım hizmeti alamayan yüksek riskli bireylerin kanıta dayalı izlem aracılığıyla saptanması gibi bir fırsat da sunmaktadır. CİK'ler aracılığıyla tıbbi bakım alamayan gruplar arasında dinamik değişimde verilecek etkili izlem genellikle toplumun sağlığını geliştirme için etkili bir yaklaşım olarak görülmektedir (69).

Bu koruma düzeyinde sağlık problemi ya da hastalığı olan ya da risk altındaki bireylerde komplikasyonların gelişmesinin önlenmesi ya da koşulların daha kötüye gitmesinin engellenmesine odaklı girişimler gerçekleştirilmektedir. Mümkün olduğunca bireylerin kısa zamanda normal sağlık düzeylerine dönmelerine ya da ciddiyeti azaltmak için tanıyı yönetme ve girişimler uygulamayı hedefleyen aktiviteleri kapsamaktadır (75).

İzlemin amacı önlenebilir hastalıklar ya da risk faktörlerinin tanımlanmasıdır. Asemptomatik aşamada hastalıkların tanımlanması, hastalık sürecinde morbidite ve mortaliteyi azaltma ya da diğer bireylere geçişin engellenmesinde önemli olmaktadır.

Halk ve toplum sağlık sistemleri ile teması olmayan yüksek riskli bireylerin hızlı devri ve yoğunluğu nedeniyle CİK'ler kronik hastalıklar, CYBH, HIV / AIDS ve TB gibi hastalıkların maliyet etkin test, tedavi ve danışmanlığının yerleştirilmesi için eşsiz mekanlardır. Bireylerin CİK'e girişlerinde TB, sifiliz, klamidy, gonore, HIV / AIDS, hepatit, servikal kanser, gebelik, ruh sağlığı hastalıkları, intihar eğilimi, alkol ve madde bağımlılıkları önerilen testlerle kontrol edilmelidir. Genel sağlık değerlendirmelerinde ise bireylerin yaşlarına ve sahip oldukları hastalıklara göre hipertansiyon, hiperlipidemi, diyabet, fazla kilo/obezite, abdominal aort anevrizması, kolon kanseri, meme kanseri ve osteoporoz değerlendirilmelidir (69).

Üçüncül Koruma (Etkili Tedavi ve Yeniden Giriş nleme Programları)

Bu koruma düzeyinde hastalıkların uzun dönem etkilerini ya da komplikasyonlarını azaltmak için gerçekleştirilen faaliyetleri yer almaktadır. Bu kapsamda CİK'e giren kadınların hapsedilme sürecinden olumsuz etkilenimlerinin olmaması ve CİK sonrasındaki yaşama hazırlanmaları önem kazanmaktadır.

CİK'e giren kadınlar erkeklere oranla daha fazla damgalanmaktadır. Bu yüzden tahliye sonrasında topluma dönüş onlar için çok daha zor olmaktadır. Kadınların % 80.0'ından fazlası çocuğa sahiptir ve yalnız ebeveynlerdir. Erkekler tahliye sonrasında kadınlardan daha fazla oranda bir eş ve çocuklarının olduğu aile yaşamını bulmaktadır. CİK'ten çıkan kadınlar özellikle düşük sosyoekonomik düzeyden gelenler iş bulma ve finansal destek bulma konusunda gerekli bilgi ve beceriye sahip olamamaktadırlar. Bu yüzden kadınların CİK'lere geri dönüşlerini önleyici programların kadınlara kaynaklara ulaşmaları konusunda yardımcı olması gerekmektedir. Her program bütüncül bir yaklaşıma sahip olmalı, sadece iş, eğitim ve madde kötüye kullanım programlarını değil, kadınları, toplumların ve ailelerin bir parçası olarak ve anne olarak sosyal yönleriyle de ele alınmaları gerekmektedir. Aynı zamanda, yeniden suç işlemeyi önlemek amacıyla kadınlara ruh sağlığı danışmanlığı da sağlamalıdır (69).

2.5.2. Ceza İnfaz Kurumunda / Hapishanede Kadın Mahpusların Sağlık Bakım Gereksinimleri

CİK'te kalan kadınlar, neredeyse hiç sağlık hizmetlerine temas etmeden bu kurumlara gelmektedirler. Bunun sonucu olarak da kendi sağlık durumları ve sağlıklı yaşam biçimleri hakkında çok az bilgiye sahip olmaktadır. Kadınlar gerek cinsiyetleri nedeniyle gerekse de CİK'e gelmeden önceki koşulları nedeniyle erkeklerden daha fazla sağlık hizmetine gereksinim duymaktadır (62) ve CİK dışında ulaşılması zor bir gruptur (6, 33). CİK'ler sağlık hizmetlerinin kadınlara ulaşımı açısından bir fırsat olarak görülmeli, kadınların sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi sağlanmalıdır (25). Çünkü, kadınlar ilk defa CİK'lerde ruh sağlığı ve fiziksel sağlık problemleri için tanı ve tedavi fırsatı yakalar (29). Fiziksel sağlık problemleri çoğunlukla cinsiyete özgü sağlık problemleri ile ilgilidir, CİK'e geldiklerinde hamilelik ya da prenatal bakım ihtiyaçları bulunmaktadır (83).

Buna rağmen, mahpus kadınların cinsiyete özgü sağlık gereksinimleri (Şekil 2.2) çoğunlukla ihmal edilmektedir (1, 55). Bu nedenle, kadınların cinsiyete duyarlı sağlık bakım hizmeti alması zorunlu görülmektedir. ***Cinsiyete duyarlı sağlık bakım hizmetleri için beş anahtar hizmetin sunulması gerekliliği bildirilmektedir (1);***

1 Kadınların CİK'e kabullerinde ve kaldıkları süre boyunca düzenli olarak kapsamlı ve detaylı taramalarının yapılması, bu taramaların sosyoekonomik ve eğitim düzeyini, sağlık ve travma öyküsünü, şu anki sağlık durumunu, olması gereken ve ihtiyacı olan becerilerin değerlendirmesini kapsamı,

2 Sağlık hizmeti sunucularının bireyselleştirilmiş bakım, tedavi ve gelişim planı hazırlamaları,

3 Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sağlanması,

4 Kadınların gereksinimlerinin karşılanması için uzman sağlık bakımının sağlanması ve

5 Tahliyeden sonra bireylerin sağlık bakımına ve diğer hizmetlere ulaşımı ve bakımın sürekliliğinin sağlanması için, tahliyeden önce tüm hazırlıkların planlanmasıdır (tahliye planlaması).

CİK sağlık hizmetleri sunucularına cinsiyet farklılığının kabul edildiği cinsiyete duyarlı programları başlatmaları için altı ilkenin rehberlik edebileceği düşünülmektedir (37). Bunlar;

İlke 1: Cinsiyet, cinsiyetin bir farklılık yarattığının kabul edilmesi,

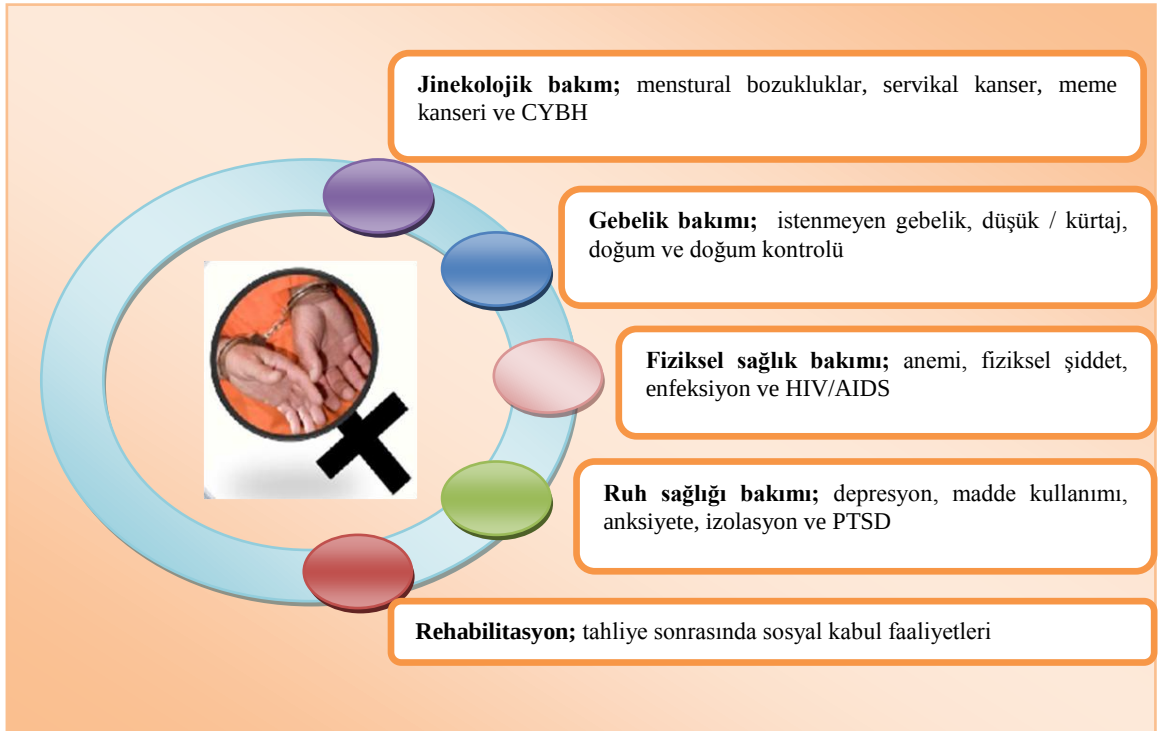
İlke 2: Çevre, güvenli, saygılı ve onurlu bir çevre oluşturulması,

İlke 3: İlişkiler, kadınların çocuk, aile ve toplumla sağlıklı ilişkilerinin geliştirilmesi için politika, uygulama ve programlar geliştirme,

İlke 4: Hizmet ve denetleme, madde kullanma, travma ve ruh sağlığı konularında kapsamlı, entegre, kültüre uygun hizmetler ve uygun denetleme sağlanması,

İlke 5: Sosyoekonomik durum, kadınlara sosyoekonomik koşullarını iyileştirebilmeleri için fırsatlar sağlanması,

İlke 6: Toplum, toplum denetimi ve yeniden girişler için kapsamlı ve işbirliği içinde hizmetleri içeren bir sistem kurulmasını kapsamaktadır.



Şekil 2.3. Cinsiyete Özgü Sağlık Hizmetleri (61)

a. Kadın Mahpusların Cinsiyete Özgü Sağlık Bakım Gereksinimleri

Üreme Sağlığı ve Cinsel Sağlık

DSÖ'ye göre; sağlık, “yalnızca hastalık ve sakatlıkların olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir”. Üreme sağlığı ise yaşamın tüm evrelerinde ki üreme süreçleri, sistem ve fonksiyonlarını kapsayan genel bir sağlığı ifade etmektedir. Cinsel sağlık ise cinsellikle ilgili olarak sadece hastalık,

disfonksiyon ya da yetersizliklerin olmaması değil fiziksel, duygusal, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halini ifade etmektedir (1). CİK'lerdeki kadınlar cinsel ve üreme sağlığı açısından yüksek riskli bir grubu oluşturmaktadırlar (55).

Meme ve Üreme Sistemi Kanseri

Birinci basamak sağlık hizmetlerine ulaşımı sınırlı olan bu bireylerin hastalıkların önlenmesi, erken tanınması, koruyucu sağlık davranışları kazanarak topluma geri dönmeleri CİK'ler önemli bir konumda görülmektedir (84). Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin omurgası (27) olarak görülen CİK hemşirelerinin faaliyetleri oldukça önem arz etmektedir.

Hemşireler tarafından koruyucu sağlık hizmetlerinin düzenli olarak CİK sağlık hizmetleri kapsamında sunulması, hastalıkların topluma geçişini önleyeceği gibi ve sağlık maliyetlerini de düşüreceği belirtilmektedir (85).

- Meme Kanseri

Meme kanseri, meme dokusu kaynaklı bir kanser türüdür (86) ve CİK'lerdeki kadınlar arasında en yaygın görülen ikinci kanser türüdür (87). Meme kanseri açısından yüksek riske sahip, meme muayenesi ile ilgili bilgileri ve yetersiz uygulamaları olan bu kadınlarda (84) meme kanserlerini izlemek ve meme sağlığı becerilerini öğretmek için CİK eşsiz mekanlar olarak görülmektedir.

İleri yaş, erken adet görme, geç menopoza girme, kalıtım (86), ilk çocuğunu 30 yaşından sonra doğum yapma, meme hastalıklarının olması, menapozdan sonra hormon tedavisi alma, alkol, sigara kullanımı, obezite, yağlı beslenme ve sosyo-ekonomik düzeyin yüksek olması (86, 88) meme kanseri için risk faktörü olan durumların belirlenmesi ve bunlara yönelik koruyucu önlemlerin alınması önemlidir.

CİK hemşirelik uygulamaları, dezavantajlı bu popülasyona yönelik meme kanseri taramaları, taramanın önemi, erken tanı ve tedavinin yararları hakkında eğitim verme gibi genel meme sağlığını etkileyen faaliyetleri yürütmelidirler (37).

Taramalar;

- 20 yaşından sonra her kadının kendi kendine meme muayenesi yapması,
- 20-30 yaşlar arasında 3 yılda bir kez, 40 yaş üstünde her yıl klinik meme muayenesinin yapılması,

- 40 yaş itibariyle yıllık mamografi çekilmesi şeklinde olmalıdır (89).

- Dış Genital Organ Kanseri

Dış genital bölge (vulva) kadın bedeninin nispeten zor gözlenebilen ve bu nedenle sinsi seyreden hastalıkların belirtilerinin geç saptanabildiği bir bölgedir. Bölgede gelişmesi muhtemel bazı kanser türleri aynen rahim ağzı kanserinde olduğu gibi oldukça uzun süren bazı ön evrelerden geçmekte ve sorun henüz kansere dönüşümün gerçekleşmediği bu evrelerde yakalandığında oldukça başarılı bir şekilde tedavi edilebilmektedir (90). Bu nedenle kadınların belli aralıklarla kendi kendine yaptığı vulva muayenesi (KKVM) muhtemel bir sorunun erken tanınma olasılığını daha da artıracığından bazı doktorlar tarafından önerilmektedir (91). Vulva kanserlerinde CİK hemşirelerinin görevi kadınların vulva muayenesini yapması, (91), KKVM'nin öğretilmesi, vulva muayenesini yapmalarının sağlanması ve belli aralıklarla taramaların yapılması için savunuculuk ve işbirliği yapmaktır.

- Servikal (Rahim Ağzı) Kanseri

Servikal kanserlerin görülme oranı kadın mahpuslarda genel toplumdandan daha yüksek olup, hapsedilen kadınlarda normal olmayan smear sonuçları genel toplumdandan iki kat daha fazla gözlenmektedir (92). Ayrıca, ülkemizde en sık görülen on kanser arasında olmakla birlikte, *bazı tarama testleri (pap smear tarama testi, kolposkopi) sayesinde henüz kanser aşamasına gelmeden yakalanabilen ve etkili bir şekilde tedavi edilebilen bir kanser türüdür* (93). Kadın mahpuslarda görülen en yaygın kanser türü olan servikal kanserlerin (87, 94) CİK'e gelen bütün kadınlarda girişte ve periyodik olarak yapılacak serviks muayenesi ve pap smear testiyle araştırılması önerilmektedir (95). *Serviks kanserleri açısından her bireyin;*

- ilk cinsel aktivitesinden 3 yıl sonra (37) ya da 21 yaşından itibaren pap test ile taranmaya başlanması (96),
- 30 yaşından itibaren 3 normal pap test sonucunun ardından 2-3 yılda bir kez taramaya devam edilmesi (37),

- Tarama yöntemlerinin dışında;

Enfeksiyon (Herpes Simpleks Tip 2 gibi koenfeksiyonlar ve Human Papilloma Virüs (HPV) gibi CYBH'nin geçirilmesi),

Çok eşlilik, cinsel temasın 20 yaşından önce başlaması,

Çok doğum yapma,

Sigara içme ve C vitamini eksikliği gibi risk faktörlerine sahip bireylerin belirlenmesi önemlidir (93).

CİK hemşireleri bu kanserin belirtilerini bilmeli ve kadınları bu açıdan da değerlendirmelidir. CİK'lerde kadınların servikal kanserler açısından taranması ve koruyucu sağlık davranışları kazandırılması için faaliyetler gerçekleştirmelidir.

- Uterus (Rahim) Kanserleri

Rahim kanseri her yaşla görülmekle birlikte 40-50 yaşlar arasında daha sıktır. Düzenli muayene ve testler ile rahim kanserinden ölümler giderek azalmaktadır. Rahim kanseri, genellikle menopoza sonrası dönemdeki kadınlarda ortaya çıkan bir kanser türüdür.

Rahim kanseri hazırlayıcı faktörleri;

- Erken evlenmek,
- Geç yaşta menopoza girmek,
- 20 yaştan önce cinsel ilişkiye başlamak,
- Diyabet, hipertansiyon, şişmanlık,
- Hiç doğum yapmama,
- Birden fazla kişiyle cinsel ilişkide bulunma,
- Gebelik sayısının fazla olması, uzun süre östrojen hormonu replasman tedavisi almaktır (93).

Hemşireler CİK'e gelen kadınları;

- Hazırlayıcı faktörleri açısından değerlendirmeli,
- Anormal vaginal akıntı, anormal kanama, menapoza sonrası kanlı akıntı, karında şişlik gibi belirtilerinin varlığını sorgulamalı,
- Rahim kanserleri açısından bireylere eğitim ve danışmanlık sağlamalıdır.

-Over (Yumurtalık) Kanserleri

Kadın genital kanserleri içinde erken tanısı oldukça zor olan ve belirti verdiğinde genellikle ileri evrelerde olan bir kanser türüdür (93). Bu kanserlerin % 80'i diğer organlara yayılım gösterdikten sonra tanılabilmektedir. Ancak over kanserleri için kanama, pelvik ya da abdominal ağrı, zor yemek yeme ya da hızla doyma ve ani idrara çıkma ya da sık idrara çıkmayı kapsayan 4 işaretin bireyde

görülmesi halinde bir hekime yönlendirilmesi ve over kanseri açısından değerlendirilmesi önerilmektedir (37). Erken evre bulguları ve erken tanı konulma şansı çok zor olan bu kanser türü açısından kadınların risk faktörleri yönünden değerlendirilmesi gerekmektedir. İleri yaş, hiç doğum yapmama, yağdan zengin diyet, uzun adet görme, ailede over kanseri öyküsü olma bu kanser türünde risk faktörü olarak karşımıza çıkmaktadır (93).

Gebeliğin Kontrolü

Hapsedilen kadınların % 80'i doğurganlık çağındadır ve bu yüzden gebeliğin saptanması ve yönetilmesi sağlık bakımının temel bileşeni olmaktadır. Kadınların CİK'e girerken rutin olarak gebelik açısından taramaları gerekmektedir. CİK'e giren kadınlarda CYBH'nin yüksek oranlarda olması, alkol ve madde bağımlılığı, prenatal bakım eksikliği, yetersiz beslenme gibi nedenlerle CİK'e giren her kadın, sağlık bakım hizmetleri tarafından yüksek riskli gebelik olarak değerlendirilmelidir. Hemşireler tarafından bireysel değerlendirmeler yapılmalı ve spesifik risk faktörleri belirlenmesi gerekmektedir (37). Eğer birey hamileyse; kan basıncı, Rh uyuşmazlığı, HIV, klamidy, gonore, bakteriyel vajinit, sifiliz ve asemptomatik bakteriüri açısından takip edilmelidir. Bunlara ek olarak viral hepatit B ve C tanısı olan kadınlar bu açıdan da değerlendirilmelidir (69).

Prenatal dönem süresince bakım hizmetlerinin ana amacı anne sağlığını geliştirmek, bireyin gebelik gereksinimlerini anlaması ve gebeliğe ilişkin bilgisinin artırılması olmaktadır. Kadınların büyük çoğunluğu ceza adalet sistemine prenatal bakım almadan girdikleri için kadınların CİK'e kabulünde prenatal izlemlerinin yapılması önem kazanmaktadır. Prenatal izlemler 28 haftaya kadar ayda bir, 28-30 hafta boyunca iki haftada bir 30 haftadan sonra doğuma kadar haftada bir defa yapılmaktadır. Genel hemşirelik bakımı her prenatal izlemde; kilo, kan basıncı, idrarda protein, şeker, keton ve nitrat testlerini içermelidir. Bunların yanında fundus yüksekliği ölçülmeli, fetal hareketler takip edilmeli, eğer mümkünse fetal kalp atımları sayılmalı ve kaydedilmelidir. Aynı zamanda anneyi çocuk bakımına hazırlamak ve dikkat etmesi gereken tehlikeli durumları tanımlayabilmesi için de birey eğitim programı başlatılmalıdır (37). Hemşireler tarafından kadınlara nefes ve doğuma yardımcı teknikler öğretilmeli ve hamilelikleri boyunca danışmanlık

sağlanmalıdır (60). Prenatal ve emzirme dönemleri boyunca CİK yönetimleri de gebeler için besleyici diyetler, zamanında ve düzenli yemekler, sağlıklı bir çevre ve düzenli egzersiz imkanı sağlamalıdır (55). Annenin doğum sonrasında sağlığına kavuşması takip edilmeli ve enfeksiyon gelişmesi önlenmelidir. Anne bebeğine anne sütü verme konusunda desteklenmelidir. Anne sütü alınamadığında yine bebek için gerekli düzenlemeler sağlanmalıdır. Hemşireler tarafından doğumdan sonra bebekler için bağışıklama ve düzenli kontroller yaptırılması sağlanmalıdır (60).

Aile Planlaması

Hapsedilme etkili korunma yöntemleri hakkında bireylere eğitim verilmesi için ideal bir fırsattır. CİK'e gelen kadınlar çoğunlukla doğum kontrol yöntemleri hakkında yanlış fikirlere sahiptirler. Bu nedenle bireylerden giriş muayenesinde kullandığı kontraseptif yöntemler hakkında bilgi alınmalı ve fiziksel değerlendirme boyunca danışmanlık sağlanmalıdır. Bireyler tahliyeden önce de doğum kontrol yöntemleri hakkında bilgilendirilmeli ve bu yöntemleri kullanmaya hazırlanmalıdırlar. Salıverilmeden önce bireye seçenekler anlatılmalı ve bireyin kendine en uygun yöntemi belirlemesi sağlanmalıdır (37).

Menopoz ve Osteoporoz

Menopoz kardiyovasküler sistem, kemikler, karbonhidrat ve lipid metabolizmasında yaptığı değişikliklerle önemli sağlık sorunlarına yol açmaktadır (97).

Yaşlanan kadın, özellikle de kötü beslenme, hareketsizlik ve sigara içme alışkanlıklarına sahip bir birey olarak yaşıdıysa bu dönemde en önemli kaygısı osteoporoz olmaktadır. Menopozdan sonra östrojeniz ilk 10-15 yılda kemik kaybı hızlanmaktadır. Hemşireler, menopoza giren kadınlara, maksimum kalsiyum ve vitamin D desteği konusunda, düzenli egzersiz ve düşmelerden korunma hakkında eğitim vermelidirler (37).

Tüm odalar gün ışığı almasına karşın kadınlar güneş ışığından yeterince yararlanamamaktadır. Bu nedenle CİK'te yaşlanan kadınlar osteoporoz açısından daha riskli bir grup olarak karşımıza çıkmaktadır.

b. Kadın Mahpusların Genel Sağlık Bakım Gereksinimleri

Kronik Hastalıklar

Yüksek oranlarda olduğu bilinen kronik hastalıkların CİK'e girişte belirlenmesi önemlidir. Bireyin ilaçlarını da kapsayan tıbbi tedavi, HIV / AIDS tedavisinin, onkolojik kemoterapi ve gerekli diğer tedavilerin yeniden düzenlenmesi gerekmektedir. Birey tanılabılır kronik hastalıklar açısından hemen ilk periyodik değerlendirmeye tabi tutulmalıdır. Bu periyodik değerlendirme yaşa ve cinsiyete göre en çok görülen kronik hastalıkların taranmasına yönelik olmalıdır. Kronik hastalığı olan bireyler düzenli aralıklarla kontrol edilmeye devam edilmelidir. Kronik hastalıklı bireylerin ilaçlarını düzenli ve sürekli bir şekilde alması sağlanmalıdır. CİK'lerde kronik hastalıkların tedavisi hakkında protokoller de oluşturulmalıdır. Kronik hastalıkların izlenmesinde aşağıda maddeler halinde verilen takipler yapılmalıdır (98);

** Bütün diyabet hastalarının;*

- hemoglobin A1c ortalamalarının takibi,*
- yıllık olarak retinopati tanısı ve yönetimi,*
- yıllık mikroalbuminürinin takip edilmesi,*
- kan basıncı ve kolesterol açısından tarama,*

** Belirlenemeyen viral yükü olup HIV'e aday bireylerin anti-retroviral tedavi açısından izlenmesi,*

** Endikasyonu olan HIV enfekte bireylerin pnömoni profilaksisi açısından takibi,*

** Hipertansiyonu olan bireylerin kan basınçlarının kontrol altında tutulması için takiplerinin yapılması,*

** Kadınların yıllık pap-test taramalarının yaptırılması ve izlenmesi,*

** Hiperlipidemisi olan bireylerin LDL açısından takip edilmesi.*

Kronik hastalıkların yönetiminde hemşirelerin izlemlerin dışında bireylerin tedavilerine uyumlarının sağlanması ve kendi öz bakım becerilerinin geliştirilmesi için birey eğitimleri de yapmaları gerekmektedir.

Hapsedilen popülasyonda kardiyovasküler riskleri azaltmak için taramalar yapılmalıdır. Yıllık kan basıncı takibi ve kan şekeri ölçümü yapılmalıdır. Erkeklerde 35 yaş üstünde, kadınlarda 45 yaş üstünde yıllık, serum kolesterolünün takip edilmesi,

hipertansiyonu ve hiperlipidemisi olan bireylerin diyabet ve glukoz intoleransı açısından takip edilmesi ve bütün bireylerin yıllık olarak obezite ve hafif şişmanlık açısından taranması gereklidir. Sigara içicisi olan 65-75 yaş arası bireyler abdominal aort anevrizması açısından takip edilmeli ve sigara içenler sigara bırakma konusunda ilgili birimlere yönlendirilmelidirler. Tüm diyabetik hastaları miyokard infarktüsünden korumak amacıyla günlük olarak aspirin kullanmaları sağlanmalıdır (37).

Kronik hastalıkların ihmal edilmesi, anatomik defektler, bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan enfeksiyonlar, uygunsuz antibiyotik kullanımı, yüksek dozlara uzun süreli maruziyet ve kötü beslenme durumu CİK'lerde hastalıkların oluşumu ve prognozunu kötü yönde etkilemektedir (70).

Ağız ve Diş Sağlığı

CİK'e gelen bireylerin ağız ve diş sağlığı genel popülasyondan daha kötüdür ve ağız sağlığı gereksinimleri genel popülasyondan daha yüksek orandadır (70, 99). Bu bireylerin ağız ve diş sağlıklarının kötü olmasının nedenleri arasında yüksek oranlarda alkol, sigara, madde kullanımı ve ağız sağlığı hijyenine ilişkin bilgilerinin yetersiz olması sayılabilmektedir. Özellikle madde kullanımı peridontal hastalıkların prevelansını ve ciddiyetini arttırmakla birlikte hatta ağız kanserlerine de yol açabilmektedir (70).

CİK'te kalan bireylere kapsamlı ve önleyici ağız ve diş sağlığı hizmetleri sağlanmalıdır. Her birey için hastalıkların önlenmesi ve bakımın planlanması düzenli aralıklarla ve acil müdahalelerle birlikte devam etmelidir. Her birey için tıbbi özgeçmiş, ağız sağlığı sonuçları, sert ya da yumuşak doku muayene sonuçları, diş grafileri, laboratuvar test sonuçları, patoloji raporları, tanı ve tedavi planları, muayene raporları düzenli olarak kayıt edilmelidir (98). Tüm mahpuslar için CİK'e girişte ağız sağlığı değerlendirilmesi yapılmalı ve düzenli aralıklarla tekrarlanmalıdır (98, 100).

Ağız sağlığının geliştirilmesi için diş sağlığı problemlerine yönelik triaj için yazılı protokoller oluşturulmalıdır (100). Protokollerin dışında ağız sağlığı için yaygın risk faktörleri olan kötü ağız sağlığı, kötü beslenme, kötü ağız hijyeni, kuru ağız ve sigara içmenin ortadan kaldırılması sağlanmalıdır. Bunun dışında yiyecek ve

içeceklerle alınan ekerin azaltılması, florür destekli diş macunlarının kullanılması ve sigara kontrolünün sağlanması gereklidir. Ayrıca yıllık sağlık fuarı düzenleme, açık günler ve sağlık eğlence günleri gibi ağız sağlığı kampanyaları ağız sağlığını geliştirmede kullanılmalıdır (70). CİK'ler mahpus bireylerin sağlık durumlarının (ağız sağlığını da kapsayan) geliştirilmesi için önemli bir fırsat sunmaktadır. Mahpusluk süreci iyi / doğru ağız sağlığı uygulamalarına yönelik grup eğitimlerinin verilmesi ve gerekli tedavilerin sağlanması için iyi bir periyottur (99). CİK'e giren bireylerin diş kayıplarının genel toplumdan daha fazla olduğu, diş tedavilerini tamamlamadıkları ve mahpuslara etkili bir diş sağlığı hizmeti sunulması gerekliliği bildirilmektedir (101).

Bulaşıcı Hastalıklar

Hapsedilen bireyler, HIV / AIDS ve viral hepatitler gibi bulaşıcı hastalıklardan büyük oranda etkilenmektedirler (102). CİK'lerde; aşırı kalabalıklık, çamaşır yıkama imkanlarının yetersizliği, sabun ve suyun yetersizliği, CİK alışanlarının bulaşıcı hastalıklara yönelik bilgilerinin yetersizliği, genç mahpuslara ya da kırılgan gruplara yönelik koruyucu hizmetlerin eksikliği, tıbbi tedavilerde gecikmeler yaşanması gibi nedenler bu hastalıklarının yayılımını hızlandırmaktadır. Ayrıca, şiddet, çete faaliyetleri, korunmasız cinsel ilişki, iğne, dövme ve piercing aletleri, jilet ya da makasın paylaşılması gibi bireylere ait riskli davranışlar da bulaşıcı hastalıkların bir bireyden diğerine kolaylıkla geçmesine katkıda bulunmaktadır (65, 103-105).

Bu nedenle CİK'lerde enfeksiyöz ve bulaşıcı hastalıkların prevalansının CİK alışanları ve mahpuslar arasında etkili bir enfeksiyon kontrol programı ile izlenmesi zorunludur. Ayrıca, enfeksiyon kontrol programı kapsamında; bu hastalıkların meydana gelişi ve geçişi önlenmeli ya da en aza indirilmelidir. Gereksinimi olan bireylere profilaktik ya da tedavi edici müdahaleler yapılmalıdır (98). CİK'lerde enfeksiyon kontrol komitesi kurulmalı ve bu komite (98);

** Yönetimden bir bireyi, doktor, hemşire, hijyen ve enfeksiyon kontrolünde görev alacak diğer personellerden oluşmalıdır,*

** Enfeksiyon kontrol programı ve sorumlu olduğu enfeksiyon kontrol politika, prosedür, sürveyans, temizlik ve dezenfeksiyon yöntemlerini düzenlemeli ve denetlemelidir,*

** Faaliyet, eylem ve önerilerinin yazılı bir halini oluşturmalı ve düzenli olarak toplantılar yapmalıdır,*

** Mahpuslar ve çalışanların kan yoluyla bulaşan patojenlerle maruziyetlerinin önlenmesi için bir plan hazırlmalı, hazırlanan planı geliştirmeli ve güncellenmelidir,*

** Kurum içinde bulaşıcı hastalıkların izlem ve sürveyansı için bir protokol geliştirmelidir,*

** Çevre temizliği ve enfeksiyöz materyaller için tek kullanımlık malzemelerin kullanılması için prosedürler oluşturmalı ve izlenmelidir.*

Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi üç düzeyde gerçekleştirilmelidir. **Bireysel düzeyde müdahaleler;** bakteriyel komplikasyonların önlenmesi, uyuzun tedavi edilmesi ve yaraların kontaminasyonun önlenmesi için antibiyotiklerin sağlanması gibi sağlık personelinin klinik müdahalelerini kapsamaktadır. **Kurumsal düzeyde müdahaleler;** kan yoluyla bulaşan hastalıklara maruziyeti önlemek için güvenli araştırma ve tarama yöntemlerinin kullanılması ya da tüberküloz (TB) yayılımını önlemek için kapalı ortam havalandırılmasının sağlanmasını içermektedir. **Toplum düzeyinde müdahaleler;** halk sağlığı bakış açısıyla organize edilmiş sağlığı geliştirme müdahalelerine yönelik olmaktadır (70).

Bulaşıcı hastalıklara yönelik olarak mahpus ve çalışanlara yönelik sürekli eğitimler düzenlenmelidir. Bu eğitim programları doğru kişisel hijyen uygulamalarını, hastalıkların geçiş ilkelerini ve zararı azaltma konularını kapsamalıdır (98, 65). Mahpuslara uygun tıbbi bakımın sağlanmasında etkili bir stratejinin temel öğeleri; tarama için güncel yöntemlerin kullanılması, ilaçların ve ilgili malzemelerin düzenli olarak sağlanması, reçetelenen ilaçların doğru doz ve aralıklarda alınmasının sağlanması için yeterli personelin olması ve gerektiğinde özel diyetlerin temin edilmesini kapsamaktadır. Benzer şekilde, bulaşıcı hastalığı olan mahpusların fiziki barınma koşulları, sağlıklarının iyileşmesine yardımcı olmalıdır; doğal ışık ve havalandırmanın yanı sıra, temizliğin yeterli ölçüde olması ve aşırı kalabalık sorunun ortadan kaldırılması da önem kazanmaktadır (106).

CİK'lerde HIV / AIDS taraması sağlık bakımının bir bileşeni ve maliyet etkin bir yaklaşım olarak görülmeli ve (90, 91) taramalar bireyin kuruma kabulünde ve yılda bir kez yapılmalıdır (69). CİK'ler HIV / AIDS tanılanması, tedavisi, önlenmesi ve risk azaltma eğitimleri için eşsiz bir fırsat sağlamaktadır. Bu eğitimlerin akran eğitimi yoluyla verilmesinin eğitimin etkinliğini artıracaklığı belirtilmektedir (65, 98). HIV enfeksiyonundan korunma önlemleri arasında dövme / piercing uygulamalar için tek kullanımlık steril iğneler sağlanması da önemlidir (80).

Hapsedilen bireylerde viral hepatit prevalansı hapsedilmeyenlere oranla önemli derecede daha yüksektir. Bağışıklığı olmayan bireylerin aşılması, kronik enfeksiyonu olan bireylerin tanı ve tedavisinin yapılması ve risk azaltma eğitimleri; kronik viral hepatitlerle ilgili maliyetin azaltılmasında ve yeniden suç işleme oranlarının azaltılmasında önemli rol oynamaktadır. Bu yaklaşım sadece hapsedilen bireylerin değil tüm toplumun da sağlığını geliştirecektir (69).

Viral hepatitlerden birincil korunma bağışıklamadır. Bu nedenle CİK'lerde yüksek riskli bireylere Hepatit A ve Hepatit B için aşılama programları uygulanması önerilmektedir(107). Hepatit C'de ise birincil korumada; kan verenlerin taranması ve kanlarının test edilmesi, plazmadan elde edilen ürünlerden virüs inaktivasyonunun sağlanması, enjeksiyonla ilaç kullananlara yönelik risk azaltma danışmanlığı ve hizmetlerin sağlanması, kana maruziyeti önleyen enfeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanması ve devam ettirilmesi yer almaktadır (69). Ayrıca yılda bir kez Hepatit C taraması yapılmalıdır (108).

CİK'e gelen çoğu kadın hapsedilmeden önceki sağlık davranışları nedeniyle CYBH açısından yüksek risk faktörlerine sahiptir (1, 69, 109). Ayrıca CİK'lerde yaşanan korunmasız cinsel deneyimler de bu hastalıkların bulaşmasında önemli bir etken olarak rol oynamaktadır (65). Kadınlarda sifiliz, klamidy ve gonore gibi cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar yüksek bir prevalansa sahiptir (110). Bu nedenle kadınlara girişte serum ve idrar taramalarının yapılması maliyet etkin uygulamalar olarak görülmektedir. Toplum taramalarında saptanamayan bu enfeksiyonlar, sıklıkla asemptomatiktir ve sonunda pelvik enflamatuvar hastalık ve tersiyer sfilizi de kapsayan komplikasyonlara neden olabilmektedir. CİK'lerde özellikle adölesan ve yetişkin kadınlarda klamidy ve gonore enfeksiyonlarının taranması maliyet etkin bir yaklaşımdır (69). Aynı zamanda CYBH'nin semptomları ve korunma yöntemleri

hakkında tüm bireyler eğitilmelidir (98). Bunun yanında bu hastalıkların bulaşmasının önlenmesi için çeşitli cinsel aktivite yöntemleri; kondom, kayganlaştırıcı ve diş bariyerlerinin mahpusların ulaşabilecekleri yerlere konularak dağıtımının sağlanması da önerilmektedir (65).

TB tutukevi ve CİK'lerde dünya çapında en büyük halk sağlığı sorunudur. CİK'lerdeki bireyler TB enfeksiyonun gelişmesi açısından genel topluma kıyasla daha fazla risk altındadırlar (111). TB tutukevi ve CİK'lerde yüksek oranlarda görülmesine katkı sağlayan birkaç faktör bulunmaktadır. Bunlardan biri paylaşılan yaşam alanlarının kalabalık olması ve dinlenme / eğlence alanlarının yetersiz havalanması gibi fiziksel çevreye ait faktörlerin TB geçişini hızlandırmasıdır (1, 33, 58). Bir diğeri ceza süresinin daha uzun olmasının kazanılmış TB enfeksiyonu riskini arttırmasıdır. Ayrıca hapsedilen bireylerin sıklıkla kurum içi ya da kurumlar arasında hareket etmesi TB tedavisini engellemekte ve TB tedavisinin başarısız olmasına, ilaca karşı direnç oluşmasına ve TB'nin taşınmasına neden olmaktadır. Bunların dışında HIV / AIDS enfeksiyonu taşıyan bireyler ya da immünosupresif tedavi alan bireyler, yetersiz beslenme, sigara kullanımı ya da madde kötüye kullanımı olan bireyler ikincil olarak TB açısından yüksek riskli grubu oluşturmaktadırlar (69, 112). Hapsedilmeden önce evsiz olma, ruh sağlığı problemi olma, kayıt dışı göçmen olma gibi hazırlayıcı faktörlere sahiptirler. (66). Çoğunlukla tanı almamış TB'li bir hasta, TB'nin diğer bireylere, CİK çalışanlarına ve eğer tedavi edilmeden topluma dönerse topluma geçişine neden olabilmektedir (69). Çoğunlukla CİK'e giren bireyler fakir, kötü yaşam koşulları, madde kullanımı ve HIV / AIDS gibi TB açısından yüksek risk oluşturan faktörlere sahiptirler. Bu faktörlere birde CİK koşulları eklenince aktif TB vakalarında artış olması muhtemeldir (83).

CİK'e giren bütün bireyler; sağlık personeli olmayan kurum çalışanları ya da sağlık çalışanları tarafından TB geçmişi ve TB semptomlarını standardize bir anket formu ile değerlendirilmelidir. Bireylere aktif ya da latent TB enfeksiyonu, aktif ya da latent TB tedavisi hakkında sorular sorulmalı ve aktif pulmoner TB ana semptomları olan; 3 haftadan daha uzun süren öksürük, hemoptizi ya da göğüs ağrısı varlığı ve sistemik TB semptomları olan ateş, titreme, gece terlemeleri ve kilo kaybı değerlendirilmelidir (113). CİK'e gelen her bireyin ve CİK çalışanlarının kuruma ilk geldiklerinde giriş muayenesinde (111) ve periyodik olarak yılda en az bir defa TB

açısından taranması gerekmektedir (69). Ayrıca CİK personeli ve mahpusların TB'nin ortaya çıkışında etkili olan faktörler ve TB hastalığı hakkında sağlık eğitimine alınmaları gereklidir (70).

CİK'ler TB'nin geçişinin önlenmesinde çevresel kontrol yöntemleri, hava yolu ile geçişin engellenmesi ve TB taramaları temel yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Aynı zamanda TB'li hastaların tedavisi ile de diğer bireylere sekonder geçişin engellenmesi zorunlu olmaktadır. CİK'ten salıverilmeden önce bireylerin toplumda tıbbi hizmetleri kullanımının geliştirilmesi ve yeniden suç işleme eğiliminin azaltılması için taburculuk planlanmasının yapılarak, hayata geçirilmesi gereklidir. Salıverilemeden sonrada sekonder geçişlerin ve ilaç direncinin önlenmesi için bakımın devamlılığı gereklidir (69). TB olduğu bilinen bireyler salıverilmeden sonrada toplumda tedavi ve bakımlarının devamı açısından takip edilmelidir (70).

Tüm bulaşıcı hastalıklar açısından risk altında olan CİK çalışanlarının da bağışıklanması ve korunma önlemleri konusunda eğitilmesi gerekmektedir (83). Çünkü bu hastalıklar CİK çalışanları tarafından da topluma taşınabilmektedirler. Yine CİK çalışanları, aramalarda iğne batmaları konusunda çalışan güvenliği kapsamında ele alınmalı ve koruyucu malzemeler kullanmaları sağlanmalıdır.

Ruh Sağlığı ve İntiharın Önlenmesi

Aşırı kalabalık olma, günlük yaşamın tüm yönleriyle hükümet kural ve rejimiyle yönetilmesi, özel hayat eksikliği, evden uzak olma, aile ile ilgili iletişim eksikliği, geleceğe yönelik güvensizlik, izolasyon, koğu arkadaşlarıyla uyumsuzluk, şiddet, anlamlı aktivitelerin eksikliği ve monotonluk, madde kullanımı, kötü beslenme, jimnastik gibi fiziksel aktivitelere sınırlı ulaşım, çözülmemiş geçmiş yaşam travmaları, sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük ve yeterli bakım alamama gibi CİK koşulları (11, 114) ve erkek personeller tarafından denetlenme gibi faktörler nedeniyle (55) kadınların ruh sağlıklarının zamanla daha da kötüye gittiği bilinmektedir. Bu nedenle CİK'lerde çoğunluğunu depresyon ya da anksiyete bozukluğunun oluşturduğu ruh sağlığı hastalıklarının prevelansı oldukça yüksek oranlardadır (1, 115).

Prevelansı yüksek olan bu hastalıkların CİK'e girişte yeterli tedavisinin sağlanması, intiharın önlenmesi ve tahliye sonrası planlamanın yapılması CİK

tarafından evrensel bir tarama ilkesi olarak görülmelidir (69). Kuruma gelen her birey ruh sağlığı hastalıkları ya da tedavi geçmişi olup olmadığı, psikotropik tedavileri, geçmiş intihar teşebbüsleri ya da düşüncesi hakkında sorgulanmalı, sağlık durumunun değerlendirilmesine ek olarak duygudurum ve psikotik bozukluk semptomlarının varlığı açısından da değerlendirilmelidir (69, 98). CİK'e girişte yapılacak bu taramaların dışında bireylerde yıllık olarak depresyon ve intihar eğilimi taraması yapılması gereklidir (69). Bu taramalar lisanslı bir ruh sağlığı çalışanı ya da bağımsız eğitilmiş bir sağlık çalışanı tarafından yapılmalıdır. Akut psikiyatrik dönemlerde krize müdahale ve kriz yönetimi için spesifik protokoller ve prosedürler oluşturulmalıdır (98).

“CİK'lerde personel eğitimini de içeren intiharı önleme programı için yazılı protokol ve prosedürlerin oluşturulması da bir başka nokta olarak karşımıza çıkmaktadır. CİK çalışanları aldıkları uygun eğitimlerle intihar eğilimi açısından bireyleri takip etmelidirler. Sağlık çalışanı intihar düşüncesi olan bireyi psikiyatrik değerlendirme için ruh sağlığı çalışanına yönlendirmelidir. Bireyin izolasyonu önlenmeli ve kurum çalışanları tarafından sürekli gözlenmelidir. Bir intihar girişimi olması durumunda ruh sağlığı çalışanı hemen yazılı protokol ve prosedürler doğrultusunda müdahale etmelidir. Ayrıca CİK personeli, görevleri ne olursa olsun, intihar riskinin göstergeleri hakkında bilinçlendirilmeli ve bunları tanımak üzere eğitilmelidir” (98).

“Hapsedilen kadınların bakımında karşımıza çıkan en önemli sorunlardan biri de kendine zarar vermedir. CİK hemşireleri kendine zarar veren bireyleri anlamalı ve mahpusun stresle başa çıkmadaki güçlüklerini ve ifadelerini “duymalıdır”. Etiketlemeden uzak durmalı, hasta ile terapötik ilişkilere odaklanmalı ve psikolojik streslerle başedebilmesi için alternatif metotları kullanması için desteklemelidir. CİK hemşireleri yeme bozukluğu olan kadınlara karşı alarmda olmalı, yeme bozuklukları belirti ve semptomlarını dikkatle izlemelidirler. CİK'lerde kadın bireylerin büyük çoğunluğu travma deneyimlemiştir, bu nedenle CİK'lerde kadınlara bilgilendirilmiş travma yaklaşımı ile hizmet sunulması da önemli bir nokta olarak vurgulanmaktadır. Bu yaklaşımda bireye sabit, düşük ses tonu kullanma, şu an üzerine odaklanma, şu an güvenlik hakkı için bilgilendirme, şu an bulunduğu yerle ilgili düşüncelerine odaklanarak şu an hakkında basit sorular sormayı

gerektirmektedir. Hemşireler bireylere bu yaklaşım ile ulaşmalıdırlar. Ayrıca en yaygın ruh sağlığı problemlerinden olan psikojenik krizlerde CİK hemşireleri krizin yapısını, zamanını ve kriz eyleminin özelliklerini gözlemler ve kayıt altına alarak bu durumun tanınmasında ve hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli bir role sahip olmaktadır” (37).

CİK'ler; davranışsal ve duygusal problemler, madde kullanım problemleri ve zihinsel engellilik gibi akut ya da kronik ruh sağlığı hastalıkları olan tüm bireyler için tanı ve tedavi edici sağlık hizmetlerini sunmalıdırlar (98). Ayrıca bireylerin ilk tahliyelerinde kendine zarar verme ve intihar oranlarının yüksek olması nedeniyle kadınların tahliye sonrasında bakımlarının kesintisiz devam ettirilmesini sağlamalıdırlar (1).

Alkol ve Madde Bağımlılığı

CİK nüfusunda alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı görülme oranlarının erkeklerde % 18-30, kadınlarda ise % 10-24 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı prevalansının erkeklerde % 10-48, kadınlarda ise % 30-60 arasında olduğu belirtilmektedir. Kadınlarda madde bağımlılığı oranları toplumdan ve erkeklerden oldukça yüksek olmaktadır (116). Tüm dünyada hapsedilen kadınların büyük çoğunluğu madde bağımlılığı için tedavi ihtiyacındadırlar. Madde bağımlılığı CİK'te tedavi edilmez ise genellikle bağımlılığı finanse etmek üzere yeniden suç işleme olasılığı; uyuşturucuyla ilgili suçlar; hırsızlık veya seks işçiliği üzerinden artarak devam etmektedir.

Sağlık Eğitimi Gereksinimleri

Toplumda ulaşamayan bireylerin hapsedilme sürecinde hemşirelik hizmetlerinden yararlanması sağlanır. Bu yüzden her sağlık personeli özellikle de hemşireler hapsedilme süresi boyunca hem kadının sağlığını geliştirme hem de çocuk ve ailesinin sağlığını geliştirme için fırsat bulurlar. CİK'te çalışan hemşireler çocuklu annelerin sağlıklı yaşam ve hastalıklardan korunma hakkında bilgi ve becerilerini geliştirebilmeleri için destek sağlamalıdır. Sağlıklı yaşam ve hastalıklardan korunma için eğitim verilecek alanların konu başlıkları ise temel çocuk güvenliği, beslenme ve aile yemeklerini hazırlama, enfeksiyonların yayılımının önlenmesi, sigara ve ağır

içiciliğin tehlikeleri, fiziksel aktivite, diş kayıplarının önlenmesi, güneş güvenliği ve temel ilk yardımdır (37).

2.6. Ceza İnfaz Kurumunda / Hapishanede Hemşirelik

Ceza adalet sistemi hemşireliği, uygulamada ilk olarak 1797 başlarında ABD'nin New York şehri Newgate CİK'inin açılmasıyla gündeme gelmiş olmasına rağmen, CİK hemşireliği çok sonraları başlamıştır. CİK hemşireliği profesyonel literatürde 1970'lerde gündeme gelmeye başlamıştır (36, 37). Thomas Eddy ilk defa CİK hastanesi ve eczanesini açmıştır. 1800'lerde reformist, eğitimci hemşire Dorothea Lynde Dix CİK'lerde ruh sağlığı problemi olan hastalar ve mahpuslar için CİK reformunu başlatmış, kasaba / eyalet CİK'lerine ziyaretler yapmıştır. Dix'in çabalarına rağmen hemşirelik, CİK'lerde görünür olamamıştır. Ancak Kasım 1976'da görünür hale gelebilmiştir. Rena Murtha 1975 yılında CİK hemşireliğinin öncüsü olmuştur. O günden bu yana ise hemşireler ceza adalet sistemi içerisinde temel sağlık bakım hizmetleri, ruh sağlığı hizmetleri, yaşam sonu bakım, teletıp, yaşlı sağlığı, tahliye planlaması, kronik bakımın yönetimi gibi temel rollere sahip olmuşlardır (36).

CİK hemşireliği ANA tarafından 1975 yılında hemşirelik uzmanlık / uygulama / çalışma alanı olarak tanımlamış ve ilk defa (117-120) ve *“ceza adalet sistemi içerisinde eşsiz ve farklı bir çevrede hasta bakım hizmetleri ve hemşirelik uygulamalarının sunulması”* olarak tanımlanmaktadır (121). Bu tanımlı ANA 2013 yılında *“ceza adalet sistemi hemşireliği; ceza adalet sistemi altındaki yargılama sürecindeki bireyler, aileler, toplumlar ve toplulukların optimal sağlık düzeylerinin ve yeteneklerinin korunması, geliştirilmesi, hastalık ve yaralanmalarının önlenmesi, tanı ve tedaviyle ilgili insanların acılarının hafifletilmesi, savunuculuk yapılması ve sağlık bakım hizmetlerinin verilmesi”* olarak revize etmiştir (36, 117). ANA, ceza adalet sisteminin; bölge CİK'lerini, eyalet ve federal CİK'leri, çocuk gözaltı merkezlerini ve madde kötüye kullanım merkezlerini kapsadığını bildirmiştir (37).

ANA, 1985 yılında CİK'lerde hemşirelik uygulamalarının kapsamını belirlemiş (120), 1995 yılında CİK hemşireliği kapsam ve standartlarını, 2007 yılında ise CİK hemşireliği ilkelerini yayınlamıştır. Bu ilkeler aşağıda maddeler halinde verilmektedir. Hemşireler (37);

** Hastaların sağlıklarını profesyonellik ilkeleri doğrultusunda geliştirmeli ve devam ettirmelidir,*

** Her hastanın durumuna, sahip olduğu değerlerine bakmadan, onur ve saygıyla tedavi edilmesini sağlamalıdır,*

** Hastaların bakımının fiziksel, psikososyal ve ruhsal yönlerini kapsayan bütüncül gereksinimlerini karşılamak için sağlık bakım ekibinin diğer üyeleri, CİK personeli ve toplumdaki meslektaşları ile işbirliği içerisinde olmalıdır,*

** Hemşireler her bireyi hasta ve aile eğitimi yoluyla hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi sorumluluğunu alması için cesaretlendirmelidir. Aynı zamanda her hemşire sürekli kalite geliştirme için gerekli olan hemşirelik uygulamalarını izleme ve değerlendirme sorumluluğunu devam ettirmelidir,*

** Lider olmalıdırlar, sağlık bakım ekibinin diğer üyeleri ve CİK personeli ile işbirliği içerisinde uygun, adil politika ve prosedürler yoluyla hasta bakım kalitesini en üst düzeye yükseltmelidir,*

** Profesyonel ve kişisel gelişimi teşvik eden hemşire yöneticiler tarafından yönlendirilmelidir.*

ANA, CİK hemşirelerinin fakülte mezunu lisanslı hemşire olması gerektiğini belirtmektedir (36). ANA tarafından aktarıldığına göre minimum hemşirelikte yüksek lisans düzeyinde eğitime sahip olmaları gerektiğini 2020 yılına kadar ise CİK'lerde çalışan hemşirelerin daha yüksek eğitim düzeylerine çıkmaları ve doktora mezunu olanların sayısının ise arttırılması gerektiğini savunmaktadır (36).

ABD'de CİK'lerde çalışan hemşirelerin tercihen sertifikalı (Bkz. Ek 11 CİK Hemşireliği Sertifika Sınavı Konu Alanları) olması, hemşirelik alanında diploma sahibi, ön lisans ya da lisans sahibi olması gerekmektedir. Bunlara ek olarak; ön lisans ya da lisans diplomasına sahip hemşireler ya da lisanslı uygulama hemşireleri de (iki yıllık yüksek okul mezunu) çalışabilmektedirler. ABD'de CİK'lerde çalışan hemşirelerin çoğunluğu lisans diplomasına sahip hemşireler ya da lisanslı uygulama hemşireleridir (iki yıllık yüksek okul mezunu). CİK'lerde çalışan hemşireler Eyalet Hemşirelik Yönetim Kurulu (State Boards of nursing)'nun yaptığı Ulusal Lisans / Yeterlik Belgesi Sınav Konseyi'nin (National Council Licensure Examination) sınavını geçmek zorundadır (122). İrlanda'da CİK'lerde lisanslı uygulama hemşireleri ve lisanslı psikiyatri hemşireleri çalışmaktadır. Bunların bir kısmı

(çoğunluğu) bir hastane ya da kolej diplomasına sahip, bir kısmı lisans diplomasına sahip ve çok küçük bir kısmı da yüksek lisans derecesine sahiptir (66).

“ABD’de CİK’lerde çalışan hemşireler iki multidisipliner (The American Correctional Association (ACA) ya da the National Commission on Correctional Health Care (NCCHC)) örgütten sertifika alabilmektedirler. Sertifika alınabilecek kurumlardan biri olan ve 2007 yılında sertifika programı başlatan ACA iki tip sertifika vermektedir: Bunlardan biri CİK hemşirelerine yönelik diğeri ise CİK’lerde bulunan hemşire yöneticilere yöneliktir. CİK hemşirelerine sertifika sağlayan diğer bir kurum olan NCCHC ilk olarak 1991’de sertifika programı başlatmış, ancak 2009’da disipline spesifik sertifika programına geçmiştir. Günümüzde de CİK sağlık profesyonellerine ve CİK hemşirelerine yönelik üç tip sertifika vermektedir. Bu iki kurum dışında CİK Sağlık Profesyonelleri oluşumu ise en az iki yıldır CİK’lerde çalışan lisanslı hemşirelere sürekli eğitim kapsamında sertifika programları sağlamaktadır” (36, 37) .

CİK’lerde sağlık hizmetleri hemşire tarafından sunulmaktadır ve hemşireler birincil sağlık bakım hizmeti (TSH) sağlayıcılarıdır (123, 124). Bu hemşireler acil ve toplum sağlığı hemşireliği ile birincil bakım ve kronik sağlık bakımının verildiği bir kombinasyondan oluşur (124). Birincil sağlık bakım hizmetleri; izlem faaliyetleri, sağlık bakımı, bireylerin bilgi ve durumlarını, sağlık davranışlarını değerlendirme, kendi sağlıklarının sorumluluğunu alabilme ve yönetebilme yeteneklerini kazanabilmeleri için eğitim, danışmanlık ve destek sağlama faaliyetlerini içermektedir (125). Birincil sağlık bakım hizmetleri; sağlık hizmetlerinin temeli olması ve insanların yaşadıkları ortamda sunulması, sürekli olması, daha çok gereksinimi olana daha çok sunulması, sağlığın geliştirilmesi ve sağlığın sürdürülmesine odaklanması gibi ilkeleri (126) nedeniyle de CİK’ler için en uygun model olarak görülmektedir.

CİK’ler hemşirelik bakımı açısından CİK popülasyonun demografik özellikleri, çevresel kısıtlamalar ve etik ikilemlerin yaşandığı özel bir alandır (37). Bu nedenle ANA, CİK’lerde çalışan hemşirelerin bireylerin gereksinimlerine hazır olması, birincil sağlık bakım hizmetlerini anlaması ve bu kapsamda hizmet sunulması gerektiğini vurgulamaktadır (121). Sağlık hizmetinin etkin ve etkili dağılımı için CİK toplumuna yönelik hemşirelik bakım ilkeleri halk sağlığı

hemşireliği uygulamalarına dayanmalıdır (6, 118). Türkiye’de son çıkan yasal düzenleme ile ceza ve tutukevi hemşireliği halk sağlığı hemşirelerinin bir uygulama alanı olarak belirlenmiştir (42). Bu özel uygulama alanı; hemşirelik hizmetlerinin yönetim, güvenlik ve CİK kültürü tarafından kontrol edildiği özel bir alandır (32).

2.6.1. Ceza İnfaz Kurumu / Hapishane Hemşireleri İçin Kapsam ve Standartlar

Hemşirelik uygulamaları; hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme faaliyetlerine temellenen, hastalık ve yaralanmaların tespiti ve tedavisini, danışmanlık faaliyetlerini içeren ve bakımın etkinliğinin değerlendirildiği bir kapsamda sunulmaktadır (125). Hemşirelik bakım standartlarının belki de en önemlisi, bu uygulamaların, sağlık kayıtlarının ve hastanın bakıma yanıtlarının kayıt altına alınmasıdır (37).

ANA, CİK hemşirelik uygulamalarının özelliklerini; temel (birincil) sağlık hizmetlerinin sunulması, vaka yönetimi, otonomi, tedavi yönetimi, hasta savunuculuğu olduğunu belirtmektedir. Bunun dışında CİK’lerde görev alan hemşirelerin sağlık bakım gereksinimlerinin ihmalini önlenme, CİK ve güvenlik uygulamalarına hazır olma, güvenlik kuralları kapsamında hemşirelik bakım standartlarını CİK koşullarına göre yeniden düzenleme rolleri için standart eğitim programlarının oluşturulmasının sağlanması zorunluluğunu bildirmektedir (117). Bakım standartlarının son revizyonları 2007 ve 2013’te yapılmıştır (117). Bakım standartları iki bölümden oluşmaktadır:

Birinci Bölüm “Bakım Standartları (Hemşirelik Süreci)”;

Standard 1. Değerlendirme

Standard 2. Tanılama

Standard 3. Hedef belirleme

Standard 4. Planlama

Standard 5. Uygulama

Standard 5A. Bakımın koordine edilmesi

Standard 5B. Sağlık eğitimi ve sağlığın geliştirilmesi

Standard 5C. Danışmanlık

Standard 5D. Kuralcı otorite ve tedavi

Standard 6. Değerlendirme (117).

Standart 1 Değerlendirme: “CİK hemşiresi hastanın sağlığı ve koşulları ya da durumu ile ilgili sürekli ve sistematik olarak kapsamlı veri toplar” (36). 2013 yılında standart 1 “fiziksel, fonksiyonel, psikososyal, duygusal, bilişsel, cinsel, kültürel, dönemsel, ruhsal / kişisel, ekonomik veriler, bireyin eşsizliği temelinde sürekli ve sistematik bir değerlendirme ile bütüncül ve kapsamlı veriler toplama” olarak tanımlanmıştır (124). Droes (118)’in kalitatif çalışmasında hemşirelerin CİK’lerde en önemli uygulamalarının bireylerin sağlık değerlendirmesi olduğunu vurgulamıştır. Bu standart kapsamında hemşire; hemşire vizitleri (sick call) yapma, transfer yapma, klinik uzmanlara yönlendirme, değerlendirmeleri inceleme, ruh sağlığı hizmetlerini verme, acillere müdahale etme, kayıt tutma, sağlık eğitimleri verme ve diyabet bakımı verme becerilerine sahip olmalıdır. Bu aşamada toplanan veriler iki başlık altında toplanır (37):

Subjektif Veriler: Subjektif veriler; bireyin kendisinden elde edilen sağlık özgeçmişini, soygeçmişini, sosyal geçmişini, riskli davranışlarını ve hastanın şikâyetlerini içermektedir

Objektif Veriler: Objektif veriler vital bulgular ve kilonun değerlendirmesini de içeren fiziksel değerlendirme ile başlar. Vital bulgular kan basıncı, nabız, solunum ve vücut ısısını kapsar. Hemşire inspeksiyon, palpasyon, oskültasyon ve perküsyon yöntemlerini kullanarak vücut sistemlerini değerlendirir.

Bireyin problemini tanılama ve öncelikleri belirleme ilk değerlendirmeden elde edilen bilgilere temellendirilmektedir. Bireyselleştirilmiş bir sağlığı değerlendirme; sağlığı geliştirme ve desteklemede erken fırsatlar yaratmakta, kronik hastalıklardan korunmayı sağlamakta ve erken tanılanmada yardımcı olmaktadır (67). Hemşirelerin hemşirelik sürecinin bu ilk aşamada ki en önemli problemleri CİK’lere girişte bireysel sağlık gereksinimlerinin değerlendirmesinde kullanılabilecek tanımlanmış bir formun eksikliği olarak görülmektedir (38).

Standart 2 Tanılama: “CİK hemşiresi tanı ya da sorunu belirlemek için topladığı verileri analiz eder”. Hemşireler hastanın durumu hakkında karar vermede hemşirelik tanılarını kullanırlar. CİK hemşireleri tanılarını belirlerken tanı, sağlık örüntüleri ve organizasyonel yapıları da düşünerek değerlendirme yapmaktadırlar

(36). Tanılarda bir sınıflama sistemi olarak NANDA(North American Diagnosis Association International), NIC (Nursing Intervention Classification), NOC (Nursing Outcome Classification), PNDS (International Classification of Nursing Practice), ICD (International Classification of Diseases), DMS (Diagnostic and Statistical Manual Mental Health Disorders) kullanılabileceği belirtilmektedir (127).

Standart 3 Hedef Belirleme: “Hemşireler bireyselleştirilmiş bakım planları için hastada ulaşılmak istenen bakım sonucu tanımlar” (36).

Standart 4 Planlama: “CİK hemşiresi hastada beklenen bakım sonuçlarını elde etmek için strateji ve alternatifleri belirleyen bir plan geliştirir” (36, 37).

Standart 5 Uygulama: “CİK hemşiresi belirlenen planı uygular”. Hemşire değerlendirmeyi tanımladıktan, hemşirelik tanısını belirledikten, uygun girişimi planladıktan sonra, bakım planını güvenli ve zamanında uygulamaktan sorumludur (37).

Standart 6 Değerlendirme: “CİK hemşiresi sonuçlara ulaşmayı sürekli değerlendirir”. Hemşirelik sürecinin son aşamasıdır (37).

İkinci Bölüm “Ceza İnfaz Kurumları Hemşireliği Uygulama Standartları”;

Standard 7. Etik

Standard 8. Eğitim

Standard 9. Kanıta dayalı uygulama ve araştırma

Standard 10. Bakımın kalitesi

Standard 11. İletişim

Standard 12. Liderlik

Standard 13. İşbirliği

Standard 14. Profesyonel uygulamaların değerlendirilmesi

Standard 15. Kaynakların kullanımı

Standard 16. Çevre sağlığı (36).

2.6.2. Ceza İnfaz Kurumu / Hapishane Hemşirelerinin Rol ve Sorumlulukları

CİK'te çalışan hemşirelerin; bireylerin fiziksel, psikolojik, duygusal, manevi ve sosyal gereksinimlerini değerlendirme, bakım verme,- bakımı yönetme,

danışmanlık yapma, sağlık eğitimi, diğer kuruluşlarla işbirliği, klinik karar verme, liderlik, savunuculuk yapma, araştırma yapma gibi çok boyutlu rolleri bulunmaktadır (6, 36, 37).

CİK hemşirelerinin; hastalıkları önleme, sağlığı geliştirme, sağlık eğitimi, hasta bireylerin iyileşmesi ve sağlığın sürdürülmesi, bireylerin kendi sağlık sorumluluklarını almaları için cesaretlendirilme gibi temel görev ve sorumlulukları mevcuttur (36). Bakımın merkezinde bireyin olduğu, hastanın ailesinin ya da bakım verici konumdaki diğer kişilerin bakımın devamlılığı kapsamında ele alınmasını sağlamaya ilişkin sorumlulukları da vardır. Bunların dışında CİK hemşirelerinin araştırmalara katılmak, araştırma sonuçlarını yayınlamak gibi sorumluluklar da bulunmaktadır (36).

NCCHC, hemşirelerin sağlık hizmetleri standartları çerçevesinde; hastalıkların önlenmesi, sağlıklı yaşam tarzlarının seçimi, öz-bakımın geliştirilmesine yönelik bireyselleştirilmiş eğitim verilmesinden, enfeksiyon kontrol programları kapsamında; çevresel düzenlemeler, maruziyet kontrol planları, hastalıkların sürveyansı ve bağışıklama programı oluşturulması, periyodik muayenelerin yapılması ve taburculuk planlamasının yapılmasından da sorumlu tutmaktadır (129).

Condon ve diğ. (43). CİK'lerde hemşirelerin rol ve sorumluluklarının kapsamını sağlık gereksinimlerinin karşılanması, sağlığı geliştirme ve kronik hastalıkların yönetimi olarak belirleyen yayınlara da rastlanmaktadır. Pek çok kaynakta tanımlanan hemşirelik rol ve sorumluluklarının temelinde ise CİK'lerde bulunan topluma geri dönecek bireylerin sağlıklı yaşam tarzı seçimlerine teşvik edilerek, proaktif (risklerin önceden değerlendirildiği ve önlemlerin alındığı) sağlık yönetimi yapılması gerekliliği belirtilmektedir (36, 38). İyi bir CİK sağlığının iyi bir halk sağlığı olduğu düşünüldüğünde de, hemşirelerin temel rolünün bu riskli grubun üyelerinin sağlığının geliştirilmesi olduğu kabul edilmektedir (77, 129).

Sağlığı Geliştiren CİK'ler sağlığı geliştirme aktiviteleri arasında; bireysel ya da aktif hastalık merkezli risk azaltma/önleme müdahaleleri-izleme, danışmanlık, hijyen paketleri, bulaşıcı hastalıkları azaltma ve yasadışı ilaç alımını yönetmeyi saymaktadır. Bu sayılanlar ise sağlık çalışanlarının sağlık eğitimi müdahaleleri olmaksızın gerçekleştirilemeyecek faaliyetlerdir. CİK'lerdeki hemşirelerin sağlığı geliştirmedeki rolü tamda bu noktada ortaya çıkmaktadır (76).

Amerikan Halk Sağlığı Derneği / Birliği (American Public Health Association (APHA)) CİK'lerin toplumda ulaşılması çok güç olan bireylerin sağlıklı yaşam tarzı tercihleri yapmalarının sağlanması için eşsiz yerler olduğu belirtilmekte ve. eğitim verilmesi gereken ana konu başlıkları aşağıda verilmektedir (98);

- * ruh sağlığı (kişisel gelişim ve stres yönetimi),
- * madde kullanımı (alkol vb.),
- * sigara, yaralanma ve şiddeti önleme,
- * aile planlaması ve cinsellik,
- * beslenme, diyet ve kilo kontrolü,
- * hastalıkların önlenmesi ve kontrolü (kronik hastalıklar, hastalıkların tanılanmasında kullanılan kendi kendine meme, vulva ve testis muayene yöntemleri),
- * enfeksiyon hastalıklar ve dövmenin komplikasyonları hakkında bilgilendirme,
- * kadınlara özgü konularla ilgili (menstrasyon, gebelik, prenatal ve postnatal bakım, menopoza müdahaleler,
- * kişisel hijyen, güvenlik ve ilk yardım (Kardiyopulmoner resüsitasyon (CPR)),
- * fiziksel egzersiz ve kardiyovasküler/pulmoner sağlık,
- * diş sağlığı ve taburculuk / tahliye planlaması olarak belirlemiştir.

Hemşirelik açısından en önemli rol vaka bulma olarak görülmektedir. Vaka bulma bireysel ya da toplu izlemler ve seçilmiş muayenelerle; hastalıkları tedavi etme, bulaşıcı hastalıkların yayılımının önlenmesi, komplikasyon ve sekellerin önlenmesi, engelliliğin kısa süreli olması faaliyetlerini içermektedir (130).

Eğitimci rolü kapsamında her bireye sağlık bilgisi sağlarken, sağlık eğitimi yaparken, sağlığı ve iyilik halini geliştirme için danışmanlık yaparken aynı zamanda davranış değişikliğine yönelik uygulamalar da yapabilecekleri düşünülmektedir (128).

Liderlik rolü kapsamında, çatışma yönetimi, güçlü iletişim becerisi, ekip içi işbirliği ve mahpusların çevrelerini değiştirebilmeleri konusunda liderlik yapmaları önerilmektedir (131).

Hasta savunuculuğu rolü kapsamında, bireylerin en son ortaya konmuş kanıtlara dayanan, maliyet etkin, uygulama kapsam ve standartları içeren, klinik rehberlere uygun kaliteli sağlık bakımı almasının sağlanması beklenmektedir (36).

CİK hemşirelerin klinisyen / bakım verici rolü kapsamında acil durumları değerlendirme, diyabet, artrit, epilepsi, ruh sağlığı problemleri, bağımlılık, kırıklar, ölüm ve kanser, solunum ve kardiyak hastalıklar gibi kronik hastalıklara yönelik bakım vermesi beklenmektedir.

2.6.3. Ceza İnfaz Kurumunda / Hapishanede Hemşirelik Bakım Süreçleri

a. Sağlık Taraması

Kabul ya da Giriş Muayenesi

ANA, 2006 yılında hemşirelerin birincil sağlık bakımı sağlayıcıları olduğunu ve giriş taramaları, sağlık izlemleri, hasta bakımı, bireyin sağlık davranışının değerlendirilmesi, eğitim, danışmanlık ve bireylerin kendi sağlık sorumluluklarını almalarına yardım etme hizmetlerini vermeleri gerektiğini vurgulamıştır (30)

Easley'in aktardığına göre; kaspamlı bir sağlık bakımı mahpusların CİK'e kabulünde gerçekleştirilecek kapsamlı bir sağlık değerlendirmesi ve taramalar ile başlamalıdır (132). Tüm mahpusların CİK'e girişte tıbbi bir kontrol ve sağlık taramasından geçirilmeleri hayati önem taşımaktadır. Bu kontrolde: (a) herhangi bir sağlık problemi yaşayan bireyin en kısa zamanda (acilen) uygun tedaviye başlatılması; (b) önceki tutukluluk / gözaltı sırasında herhangi bir kötü muameleye maruz kalıp kalmadığının tespiti ve uygun tedbirlerin alınması açısından öneminin büyük olduğu vurgulanmaktadır. Özellikle pek çok kadın için CİK'e girişte geçirdikleri sağlık kontrolünün hayatlarındaki ilk sağlık taraması olduğu düşünüldüğünde ilk muayenenin / değerlendirmenin önemi daha da artmaktadır (55).

Giriş değerlendirmelerinin bireyin kuruma kabulünde ya da en geç 24 saat içerisinde bir sağlık çalışanı tarafından yapılması gerektiğini belirtmektedirler (67). APHA (98) ise bu değerlendirmelerdeki süreyi bireyin girişinden sonraki 7 gün içerisinde tamamlanması gerektiğini ve bu değerlendirmede giriş muayenesi ve giriş taramalarının bir arada yapılması gerektiğini vurgulamaktadır.

Birkaç değişik tipte sağlık taraması yapılabilmektedir. Bunlar; giriş muayenesi yada kabul taraması (kabul, transfer, mahkeme dönüşü), ruh sağlığı

taraması, iş ya da program izinlerinde tarama, kısıtlama ya da izolasyonun kontraendikasyonları için taramalar olarak sıralanabilmektedir (37).

Bireylerin CİK'lere kabul /giriş muayenesi iki ya da üç aşamalı olabilmektedir;

Tıbbi ayırım olarak tanımlanan ilk aşamanın amacı: Bireylerin fiziksel ya da ruhsal gereksinimlerinin ortaya konması, acil değerlendirme ve tedavi planının yapılmasını kapsamaktadır. Amerika National Commission on Correctional Health Care (NCCHC), hemşirelerin ya da CİK memurlarının acil durum işaret ve semptomlarını tanımlayabilmeleri için eğitim almış olmaları durumunda medikal ayırım taramasını yapmalarına izin vermektedir (37). Ancak giriş muayenesinin sağlık profesyonellerince yapılamadığında genellikle yetersiz tanılama yapıldığı sorun olarak bildirilmektedir. Bu nedenle giriş sağlık değerlendirmelerinin bağımsız lisanslı bir sağlık çalışanı ya da fiziksel değerlendirme sertifikasına sahip bir hemşire tarafından yapılması gerektiği savunulmaktadır (98).

İkinci aşama: Hapsedilen birey hakkında sağlık bilgilerinin toplanması için yapılan giriş taramasıdır. Hemşireler bu taramayı görüşme, gözlem ve kısa fiziksel değerlendirme ile yapmaktadırlar. Bu aşamanın amacı ise; bireylerin acil sağlık gereksinimlerinin tanımlanması, bakımın devamlılığının sağlanması, birey için uygun koşulların sağlanması, bulaşıcı hastalıkların diğer bireylere bulaşmasının önlenmesi, ek değerlendirme ve tedavi gerektiren acil olmayan sağlık koşullarının ileride dikkatten kaçmadan zamanında müdahale edilebilmesidir (37).

Giriş sağlık değerlendirmesinde (98);

- * *İlaç yoksunluğu ya da ilaç yoksunluğu riski olan bireylerin belirlenmesi,*
- * *Ağrılı durumlar ya da yaralanmaların belirlenmesi,*
- * *Tedavi gerektiren tıbbi acillerin saptanması,*
- * *Sürekli tedavi gerektiren kronik hastalıkların belirlenmesi,*
- * *Ciddi depresyon ve intihar düşüncesi gibi ruh sağlığı problemleri olan bireylerden acil psikiyatrik değerlendirilmesi gerekenlerin belirlenmesi,*
- * *Bulaşıcı hastalıkları olma durumları açısından değerlendirilmesi ve bunların kayıt altına alınması gereklidir.*

Bu aşamada;

- * *Vital bulgular (kan basıncı, nabız, vücut ısısı solunum sayısı ve kilo),*

- * *Derinin apse, döküntü yönünden değerlendirilmesi,*
- * *Travma muayenesi ve dökümantasyonu,*
- * *Ruhsal durum değerlendirmesi,*
- * *Solunumun değerlendirilmesini kapsar.*

Ayrıca;

1. Tıbbi taramalar kapsamında (98);

- * *Vücut boşlularının incelenmesi saç ve kanın adli muayenesi,*
- * *HIV / AIDS enfeksiyonu için zorunlu testlerin yapılması sağlanır.*

2. Giriş muayenesinde laboratuvar ve tanı testleri kapsamında (98);

- * *Sifiliz için hızlı serolojik test,*
- * *Tüberküloz için PPD ya da göğüs filmleri,*
- * *İdrarda gebelik testi,*
- * *Erkeklerde klamidya ve gonore için idrar testi,*
- * *Her birey için idrar tetkiki yaptırılır.*

Fiziksel muayeneye ek olarak;

- * *Pap test,klamidya ve gonorei için serviks taraması,*
- * *40 yaş üstü bireyler için Elektrokardiyogram (EKG),*
- * *Hepatit B bağışıklaması için Hepatit B antikorlarının taranması,*
- * *Hepatit C taraması,*
- * *Kronik hastalıkları tanımlamak için gerekli bütün testler yapılmalıdır.*

3. Tam tıbbi muayene için (37,98);

- * *Tıbbi ve cerrahi özgeçmiş, aile öyküsü,*
- * *Geçmişte ve şuan kullanılan ilaçlar,*
- * *Ruh sağlığına yönelik hastaneye yatışlar ve TB öyküsü,*
- * *Cinsel istismar geçmişi,*
- * *Yüksek riskli cinsel davranışları kapsayan cinsel uygulamalar,*
- * *Allerji ve bağışıklama durumu,*
- * *Sigara kullanma durumu ve*
- * *Obstetrik öykünün kapsamlı olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.*

Bunların dışında tüm sistemler kapsamlı olarak değerlendirilmelidir (baş, gözler, kulaklar, burun, ağız ve boğaz, dişler, boyun, troid, lenf nodları, nabızlar,

akciğerler, göğüs /meme, abdomen, herni, genital, rektal, kas-iskelet, ayak, nörolojik sistem) (98, 129).

CİK'lere girişte yapılan taramaların cinsiyete duyarlı olarak yapılması gerekliliği belirtilmektedir. Bu kapsamda kadınların üreme sistemlerinin değerlendirilmesini gerekmektedir (98). Üreme sağlığı gereksinimlerinin belirlenmesi amacıyla girişte bireyden cinsel geçmiş öyküsü alınması, erken tanı ve tedavi amacıyla pelvik / meme muayenesi, pap test ve mamografi gibi üreme sistemi muayenelerinin yapılması önerilmektedir (37, 98). Ayrıca kadınların giriş muayenesinde; CİK'e geldikleri ilk birkaç günlük dönemle ruh sağlığı semptomları açısından değerlendirilmelerinin yapılması önerilmektedir. Bu değerlendirmede; kötü ruh sağlığı semptomlarının taraması, öğrenme güçlüğü'nün belirlenmesi, otistik hastalıkların delillerinin aranması, kafa yaralanması semptomlarının incelenmesi, kırılğan grupların tespit edilmesi önem arz etmektedir (66).

Hemşirelerin bu değerlendirmelere yönelik olarak kolaylaştırıcı görüşme yöntemleri ve fiziksel değerlendirmeye yönelik olarak eğitim almaları ve eğitimlerini aralıklı olarak yenilemeleri gerekliliği vurgulanmaktadır. Hemşirelerin aldıkları eğitimin yüksek riskli sağlık problemleri kadar en yaygın görülen semptomları tanılamayı, tarama sonuçlarına göre planlayacağı hemşirelik girişimlerini belirlemeyi ve bunları kayıt etmeyi de kapsamı gerektiğinin altı çizilmektedir (37). Tüm bu değerlendirmeleri takiben hemşireler bakımlarını planlamalı, uygulamalı ve sonuçlarını değerlendirmelidirler.

Periyodik Muayeneler

CİK'lerde bulunan bireylerin de, toplumdaki diğer bireyler gibi düzenli olarak hastalıkların önlenmesi ve periyodik sağlık değerlendirmeleri gibi koruyucu sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi beklenmektedir. Çünkü bu hizmetler halk sağlığı yaklaşımının ayrılmaz parçalarıdır ve sigara bırakma, yağ ve kolesterolü düşük bir diyet, öfke kontrolü, kan ve diğer vücut sıvılarıyla temasın önlenmesi gibi riskli davranışların engellenmesine yönelik müdahaleler için fırsat sağlamaktadır.

Minimum bir sağlık değerlendirmesi; aralıklı sağlık geçmişi ve sistemlerin değerlendirilmesi, kilo ve vital bulguları içeren fiziksel muayene, görme keskinliği testleri, diş muayeneleri, eğer daha önce test sonuçları negatif ise mantoux PPD

testleri, CİK'e girdikten bir yıl sonra sifiliz için serolojik testler, 40 yaşındaki her birey için Elektrokardiyogram (EKG) çekilmesi, 40 yaşını geçmiş her bireyin rektal muayene ve gaitada gizli kan testlerinin yapılması, bağışıklama (grip, pnömokok, tetanoz / difteri, Hepatit A ve B, su çiçeği aşıları), kadınlar için meme muayenesi, pap test ve mamografiyi kapsamaması gerektiği bildirilmektedir (98). CİK'lerde bulunan kadınlara yönelik yapılacak testlerden pap test yılda bir defa ya da arka arkaya üç defa normal sonuçlu test varsa en azından üç yılda bir defa yapılması , kendi kendine meme muayenesi yapmalarının sağlanması, kırk yaş ve daha ileri yaşta olan kadınlarda yıllık olarak klinik meme muayenesi ve mamografinin yapılması gerekmektedir. Kolon kanserine yönelik olarak yıllık olarak gaitada gizli kan bakılması ya da her 5-10 yılda bir sigmoidoskopi ya da kolonoskopi yapılması beklenmektedir. Kan basıncının en az 2 yılda bir defa ve kolesterolün her 5 yılda bir kez izlenmesi de önerilmektedir. Yıllık TB, HIV / AIDS ve HCV taraması diğer bir maliyet etkin bir yaklaşım olarak görülmektedir. Sigara içenlerde akciğer ve genel kanser taramasının yapılması da önerilmektedir (69).

Çıkış Muayenesi

Bulunulan CİK'ten başka bir CİK'e giden ya da topluma geri dönen bireylerin bakımının devam ettirilmesinin sağlanması büyük önem arz etmektedir (98). Bu kapsamda bireylerin **salıverilmeden** bir gün önce muayene edilmesi ve taburculuk / tahliye planlamasının son aşamasının tamamlanması gerekmektedir. **Mahpus transfer edilirken;** geçmiş öyküsü, fiziksel ve laboratuvar bilgileri ile hasta problemlerinin listesi gidilecek kuruma mahpus eşliğinde gönderilmesi, ayrıca tedavileri, muayeneleri, ilaçları ve diğer gereksinimlerini içeren uygulamalara yönelik yapılan planlamalarının da beraberinde gönderilmesi gerekmektedir. **Mahpus topluma geri dönerken;** dosya bilgileri ve planlamaların bir kopyasının bireye verilmesi önerilmektedir. Taburculuk / tahliye planlamasında ise bireyin bakımının devamlılığının sağlanması için ilgili kuruluşlarla işbirliği sağlanması gerektiği belirtilmektedir (98).

b.Hemşirelik Vizitleri (Nursing Sick Call)

Tıbbi yardım arayışı anlamına gelen“Yardım Çağrısı= Sick Call” askeri bir terminoloji olmasına rağmen, CİK'lerde bireylerin sağlık bakımına ulaşma

yöntemlerini ifade eden bir terminoloji olarak kullanılmaktadır. Yardım çağrıları birincil sağlık hizmetleri düzeyinde çok önemli olarak görülmektedir. Bu çağrılar sırasında, hemşireler hasta bireyi değerlendirmekte ve bakım gereksiniminin düzeyini belirlemektedir. Hemşirelik vizitleri özel bir hemşirelik alanı olarak CİK hemşireliğinin, profesyonel otonomisinin imza attığı bir uygulama olarak görülmektedir. Bu uygulama hemşirenin hastayı bağımsız değerlendirmesini, hemşirelik tanısını belirlemesini ve tedavi planını geliştirmesini, hasta eğitimi ve öz-bakım bilgilendirmesini yapmasını sağlamaktadır. Hemşirelik vizitleri süreci yasal ve profesyonel bakım standartlarını içeren temel klinik esaslara temellenmektedir. Hemşirelik vizitlerinin temel ilkeleri bireylerin günlük sağlık bakımına engelsiz ulaşımının sağlanması ve hastalara verilen sağlık hizmetlerinin güvenilir olmasını temin etmektir (37).

c. Acil Bakım Hizmetleri

Bütün CİK hemşirelerinden psikiyatrik acillerde dahil olmak üzere tüm tıbbi acillere müdahale etmesi beklenmektedir (37).

Her CİK'in acil bakım sağlaması temel gereksinim olarak görülmekte ve acil bakım, temel ilk yardım, CPR (kardiyopulmoner resüsitasyon), tahliye, transfer ve bir hastane acil birimi ya da eşdeğer bir hizmete 24 saat ulaşılabilmeyi kapsaması beklenmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırmanın şekli, tek grupta girişimin yapıldığı öntest-sontest modelinde yarı deneysel desen olarak da kabul edilebilen bir *ön deneysel (deney öncesi) tasarımıdır* (133-138).

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Eylül 2011 - Aralık 2012 tarihleri arasında Ankara ilinde bulunan tek kadın CİK olan Ankara Ceza ve Tevkifevleri Kampüsü Ankara Kadın Kapalı Ceza İnfaz Kurumu (AKKCİK)'nda yürütülmüştür. Bu kurumda bir revir bulunmakta ve mesai saatleri içerisinde Adalet Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan bir sağlık memuru bulunmaktadır.

Fizik Çevre Koşulları

Kurum 3 blok üzerine kurulmuş olup, yüksek güvenli ve orta güvenli olarak dizayn edilmiştir. Ağırlandırılmış müebbet hükümlüleri, adli hükümlü ve tutuklular ile terör hükümlü ve tutukluları için ayrı blok ve odalar (koğuş) bulunmaktadır. Kurumun toplam kapasitesi 352 kişidir. Bünyesinde 3'er kişilik 12 yüksek güvenli koğuş, ağır müebbet hükümlüleri için 7'şer kişilik 4 adet koğuş ile adli mahkumlara ayrılmış 12 şer kişilik 24 adet koğuş bulunmaktadır. Bir koğuş 12 odadan oluşmaktadır, 12 odanın 6 tanesi alt katta 6 tanesi üst kattadır. Her odada bir kişi kalacak şekilde planlanmış olmasına karşın mahpus sayısında artış olması nedeniyle oda kapasitesi iki kişiye çıkarılmıştır. Her odanın 1 balkonu bulunmakta ve odaların balkonu koğuşun kendi havalandırmasına bakmaktadır. Özel olarak çizilmiş mimari yapısından dolayı her oda gün ışığı almaktadır, ancak bireyler gün ışığından tamamen yararlanamamaktadırlar. Gün boyu koğuş havalandırması açık tutulmakta yaz dönemlerinde akşam 20:00 kış dönemlerinde de havanın kararması dikkate alınarak 16:30-17:00 saatleri arasında bahçe kapıları kapatılmaktadır. Sadece ağır müebbet mahpusların havalandırmaları günlük 1 saat (iyi halliliklerine göre bu süre uzatılabilmektedir) ya da daha fazla olmaktadır.

Yeme-İçme Hizmetleri

Yemek merkez CİK'ten hazır gelip 3 öğün odalara dağıtılmaktadır. Mahpuslar da kantinden yiyecek - içecek satın alabilmektedirler. Yemek hazırlama koşulları olmamakla birlikte satın aldıkları ısıtıcılarla bir şeyler yapabilmekte ya da çoğunlukla ekmek, bisküvi, peynir, zeytin veya salata gibi basit yiyeceklerle öğünlerini geçirebilmektedirler. Bunun dışında dışarıdan kurum kantini aracılığı ile belli günlerde bazı yiyecekleri sipariş verebilmektedirler. Kepek ekmek doktor tarafından diyetine uygun bulunursa önerilmektedir. Yine buzdolabı, ısıtıcı çay makinası istenirse mahpuslar tarafından satın alınabilmektedir.

Bireysel Hijyen Koşulları

Her mahpusun kendi odasında banyo ve tuvaleti bulunmaktadır. Her odanın sıcak su gereksinimi haftanın her günü belirlenmiş iki saat içerisinde verilmektedir. Banyo, çamaşır yıkama gibi tüm sıcak su gereksinimlerini bu saatler içerisinde karşılayabilmektedirler. Hijyenik malzemelerini kendileri karşılamakta, ancak bazı malzemeler (diş macunu, diş fırçası, hijyenik ped vb.) zaman zaman kurum tarafından dağıtılmaktadır. Kişiler odalarında kendi çamaşırlarını yıkayarak temizlik yapmaktadırlar. Ayrıca kurum çamaşırhanesiden haftada 1 gün deterjan dağıtılmaktadır.

Isınma Hizmetleri

Kurumun ısınması doğal gazlı kalorifer sistemi ile gerçekleştirilmektedir.

Sağlık Hizmetleri

Sağlık hizmetleri kurum bünyesinde bulunan bir adet revir, muayene odası, diş muayene odası ve yataklı revir ünitelerinde yürütülmektedir. Kurumda kadrolu doktor bulunmamaktadır, aile sağlığı merkezinde görevli olan aile hekim tarafından ayaktan kontroller yapılmakta, diğer sağlık hizmetleri ise kampüste bulunan Kampüs Devlet Hastanesi, Sincan Yenikent Cezaevi Aile Sağlığı Merkezi ve diğer hastanelere hasta sevkleri ile gerçekleştirilmektedir. Poliklinik hizmeti olarak sadece başvuranlara verilen tedavi edici sağlık hizmetleri şeklinde, Sincan Yenikent Cezaevi Aile Sağlığı Merkezi'nin AKKCİK'ten sorumlu hekim ve aile sağlığı elemanı

tarafından pazartesi, salı ve perşembe günleri verilmektedir. Bu günler dışında kurumda doktor bulunmamaktadır, ancak ihtiyaç halinde kampüs bünyesinde doktor talebinde bulunulabilmektedir. Bu günler dışında sağlık hizmetleri kadrolu sağlık memuru tarafından sunulmaktadır (hafta içi her gün 08:00-17:00 saatleri arasında). Sağlık memuru revir hizmetlerini, sevk ve tedavi işlemlerini gerçekleştirmektedir. Sağlık memuru revirde doktorun muayenesine katılmakta, kayıtları tutmakta, sevk işlemlerini yapmakta ve mesai saatleri içerisinde meydana gelen acil durumlara müdahale etmektedir. Kurumda, revirde infaz koruma memurları da görevlendirilmektedir. Revirde görevli infaz koruma memuru, ilaç dağıtımını yapmakta ve hastaneye sevk işlemlerinde mahpusa refakat etmektedir. Aile hekimi ile birlikte gelen aile sağlığı elemanı ise çocukların ve gebelerin takiplerinin kayıtlarını tutmakta, doktor muayenesine katılmakta ve kayıt tutmaktadır. Revirde, 08:00 17:00 saatlerinden sonra ve hafta sonları sağlık memuru ve revirde görev yapan infaz koruma memuru bulunmamaktadır. Geceleri meydana gelen acil durumlar için infaz koruma memurları 112 acil servis hizmetlerini aramaktadırlar.

Aile hekimi AKKCİK'e yeni gelen her mahpusu fiziksel şiddete uğrayıp - uğramama açısından muayene etmekte ve özgeçmiş alarak ilk muayenesini yapmaktadır. Mahpuslar için yılda iki kez akciğer filmi çektirilmekte zaman zaman sağlık memurunun girişimleri ile mamografi ve meme ultrasonografisi için bireyler Kanseri Erken Teşhis ve Tarama Merkezi (KETEM)'ne gönderilmektedir.

Sosyal Yaşamları, Eğlence Aktiviteleri ve Eğitim Faaliyetleri

Ayda 3 defa, 1 saat kapalı (camlı bölmeler arkasından) aile görüşmesi ve ayda bir haftada açık (yüz yüze görüşme) aile görüşmesi hakları bulunmaktadır. Aile bireyleri ile ve kuruma geldiklerinde yazılı olarak bildirdikleri 3 arkadaşları ile görüşme yapabilmektedirler, bunun dışında savcılık izni ile diğer yakınları ile görüş yapabilmekte avukat (örneğin tutuklular hafta sonları da dahil olmak üzere 24 saat avukatları ile görüşebilmektedirler) ve vasileri ile de görüş haklarını kullanabilmektedirler. Haftada 10 dakika telefon görüşmesi yapabilmektedirler (bu haklarını 1 defada kullanabilmektedirler). Kurumda hükümlü ve tutuklular için hafta içerisinde mesai saatlerinde her oda için ayrı ayrı belirlenen yarım saatten az ve bir saatten çok olmayacak şekilde düzenlenmiş bulunan saatlerde ziyaretçileri tarafından

kapalı görüş alanlarında görüş yapabilmektedirler. Kurumda her ayın ilk haftası kanun, tüzük ve yönetmeliklerle belirlenen aylık eş, çocuk görüşü ve her ayın son haftasında yine tüzükle belirlenen arkadaş görüşleri yaptırılmaktadır. Ağırlaştırılmış müebbet hapis cezası almış birey 15 günde bir, diğer tüm hükümlü ve tutuklular ise gerekli belgeleri tamamlamak ve yakınlıklarını belgelemek suretiyle belirlenen kişilerle, idare tarafından düzenlenen saat ve sürede görüşme yapabilmektedir, yapılan tüm telefon görüşmeleri kayıt altında tutulmaktadır.

Odalarına televizyon ve radyo satın alabilmekte, günlük gazete satın alıdırabilmektedirler. Ayrıca yakınlarının getirdiği ve kütüphaneden aldıkları kitapları odalarında bulundurabilmektedirler. Kurumda sürekli eğitim ve kurs faaliyetleri de sürdürülmektedir. Kurumda bir adet kapalı çok amaçlı salon, bir adet kapalı aletli jimnastik salonu ile bir adet açık ve güvenli spor salonu bulunmakta olup, belirlenen saatlerde hükümlü ve tutuklular bu spor salonlarından faydalanabilmektedirler. Kurumda zamanı belirli olmamakla birlikte eğlence aktiviteleri (müzik dinletileri, söyleşiler vb) düzenlenmektedir.

Kurum psikolog ve sosyal hizmet uzmanları tarafından öfke kontrol, alkol ve uyuşturucu madde programı, intihar ve kendine zarar vermeyi önleme grup çalışmaları, salıverilme öncesi mahkum gelişim programı, HIV AIDS eğitimleri gibi grup çalışmaları ile bireysel görüşmeler yapılmaktadır. Tüm hükümlü ve tutuklular kuruma geldikleri günden itibaren psikolojik ve psikiyatrik kontrolden geçirilerek durumlarına ilişkin sağaltımları gerçekleştirilmektedir. Ayrıca kamu kurumları ve sivil toplum kuruluşları ve üniversitelerle yapılan protokollerle hükümlü ve tutuklulara sürekli olarak iyileştirme ve eğitim desteği sağlanmaktadır. Örneğin Milli Eğitim Bakanlığı ile işbirliği halinde 0-18 Yaş Aile Eğitim Programları sürekli olarak kurum psikolog ve sosyal hizmet uzmanları tarafından yürütülmektedir.

Kurumda mahpuslar Açık İlköğretim Okulu, Açık Öğretim Lisesi ve Açık Öğretim Fakültesine devam edebilmektedirler. Bunun dışında okuma-yazma, takı tasarımı, bilgisayar, kuaförlük, tekstil, trikotaj, dikiş-nakış, resim, folklor ile halk oyunları kursu, muhasebe kursları devam etmektedir.

Maddi Kaynakları

Mahpuslar için günlük harçlık verilmemekte olup, sadece çalışan mahpuslara aylık 100-150 TL arasında ücret ödenmektedir ve sigortaları yatırılmaktadır. CİK'te kalan mahpusların tüm sağlık giderleri Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından karşılanmaktadır. Bunun dışında mahpuslar ailelerinden maddi destek alabilmektedirler. Bazı sivil toplum örgütleri kendiliğinden veya bireysel başvuru ile para, gıda ve temel ihtiyaçları sağlayabilmektedirler.

CİK'te bir gün;

Mahpuslar sabahları saat 08:00 ve akşamları 20:00 da sayım için hazır bulunmaktadırlar. Mahpus bireylerin sayısını tam olarak devrinin yapılabilmesi amacıyla, mahpus sayımlarını gelen ve giden vardiyada bulunan infaz koruma memurları birlikte yapmaktadırlar. Sabah kahvaltıları bir önceki gün akşam yemeği ile birlikte dağıtılmakta hükümlü ve tutuklular kendi gün planlarına göre istedikleri saatte kahvaltılarını yapabilmektedirler. Kapıları sabah sayımı ile birlikte açılan hükümlü ve tutuklular çalışıyorlarsa sabah 08.30'da, eğitim faaliyetlerine katılıyorlarsa saat 09.00'da koğuşlarından alınarak faaliyet alanlarına götürülmektedirler. Öğle yemeği için saat 12:00 ile 13:00 arasında koğuşlarına yemek dağıtımı yapılmakta kişiler istedikleri saatte yemeklerini yiyeabilmektedirler. Çalışan ve eğitimde olan hükümlü ve tutuklular faaliyet saatlerini aksatmayacak şekilde yemek saatlerini planlayabilmektedirler. Akşam 17:00 ile 18:00 saatleri arasında koğuşlarına akşam yemeği dağıtımı yapılmakta kişiler istedikleri saatte yemeklerini yiyeabilmektedirler. Saat 24:00'dan sonra diğer hükümlü ve tutukluları rahatsız edebileceği gerekçesi ile ses yapmak yasaktır. Ses yapmamak koşulu ile istedikleri saate kadar uyanık kalabilmektedirler.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, AKKCİK'e 01 Ocak 2011 - 31 Aralık 2011 tarihleri arasında gelen 216 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi, AKKCİK'de adli suçlu olan ve en az bir yıl CİK'te kalması beklenen kadınlardan, araştırmaya katılmayı kabul eden 30 kadın oluşturmuştur. Örneklem sayısını belirlemek için

power analizi yapılmıştır. G*Power 3.1.8 paket programı kullanılarak örneklem hesaplanmıştır (139). Hemşirelik girişimi öncesi ve sonrası ortalama bilgi, davranış ve durum puanlarındaki 0.5 puanlık (140-142) bir artış anlamlı kabul edilerek, 0.6 standart sapma varsayımıyla $\alpha = 0.01$ ve Güç = 0.95 olarak alınarak minimum **29** kişi yapılması gerektiği hesaplanmıştır. Araştırmanın amacı, süreci ve planlanan girişimlerin sosyal servis çalışanlarına ve revirde görevli bulunan sağlık memuruna anlatıldıktan sonra, kurum çalışanlarının önerileri doğrultusunda belirlenen kadınlarla görüşülmüş ve kadınlara da araştırmanın amacı, süreç ve girişimlerin neler olabileceği anlatılmış ve katılımları konusunda ne düşündükleri sorulmuştur. Bu görüşmelerde kabul etmeyenlerle birlikte 50 kadına ulaşılmış ve araştırmaya katılmayı kabul eden 35 kadınla çalışma başlatılmıştır. Araştırma, 35 kadınla başlamasına karşın Denetimli serbestlik yasasının 2012 yılı nisan ayında yürürlüğe girmesi (143) veya kadınların kurumlar arası sevkle başka bir CİK'e gitmeleri nedeniyle 5 kişi kaybedilmiştir. Kadın mahpuslara ait bazı tanımlayıcı özellikler Tablo 3.1'de verilmektedir.

Tablo 3.1. Kadın mahpuslara ait tanıtıcı özellikler

Özellikler		
Yaş (Yıl)	Sayı (S)	Yüzde (%)
24 ve altı	4	13.3
25-29	5	16.7
30-34	4	13.3
35-39	9	30.0
40-44	4	13.3
45 ve üstü	4	13.3
Doğum Yeri		
İl	14	46.7
İlçe / Köy	15	50.0
Diğer*	1	3.3
Eğitim Durumu		
Okur - Yazar Değil / Okur – Yazar / İlkokul	15	50.0
Ortaokul ve üzeri	15	50.0
CİK'e** Gelmeden Önce Medeni Durum		
Hiç evlenmemiş	5	16.7
Evli	6	20.0
Eşi ölmüş	5	16.7
Boşanmış	8	26.7
Ayrı yaşayan	6	20.0
Çocuk Durumu		
Çocuğu Olmayan	2	8.3
1	9	37.5
2	5	20.8
3	3	12.5
4 ve üzeri	5	20.8
CİK'e Gelmeden Önce Aile Tipi		
Çekirdek aile	9	30.0
Geniş aile	3	10.0
Parçalanmış aile	10	33.3
Tek ebeveynli aile (çocuklarla birlikte yalnız)	6	20.0
Diğer***	2	6.7
AKKCİK'e**** Gelmeden Önce Yaşanılan Yer		
İl	13	43.3
İlçe	1	3.3
Başka bir CİK	16	53.3
CİK'e Gelmeden Önce Çalışma Durumu		
Çalışan	12	40.0
Çalışmayan	18	60.0
CİK'e Gelmeden Önce Çalışılan İşler		
Öğretmen, hemşire, bankacı ve noter	4	33.3
Diğer*****	8	66.7

Tablo 3.1. (Devam) Kadın mahpuslara ait tanıtıcı özellikler

Özellikler	Sayı (S)	Yüzde (%)
CİK'e Gelmeden Önce Düzenli Geliri Olma Durumu		
Geliri yok	23	76.7
Geliri var	7	23.3
CİK'e Gelmeden Önce Sağlık Güvencesi Olma Durumu		
Var	10	33.3
Yok	20	66.7
CİK'te Çalışma Durumu		
Çalışıyor	12	40.0
Çalışmıyor	18	60.0
AKKCİK'te Aileden Madddi Destek Alma Durumu		
Destek almıyor	19	63.3
Destek alıyor	11	36.7
Suç Türü		
Kişiyeye Karşı Suçlar	18	60.0
Diğer*****	12	40.0
Ceza Süresi		
120 Ay ve Altı	12	40.0
120 Aydan Daha Fazla	18	60.0
Ceza Süresi Ortalama±SS	198.13±142.78	
Cik'te Kalınan Süre		
24 Ay ve Altı	12	40.0
24 Aydan Fazla	18	60.0
CİK'te Kalma Süre Ortalama±SS	42.0±34.29	

**Yurtdışı

**Ceza İnfaz Kurumu (CİK)

***Partner ile birlikte yaşayan veya yalnız yaşayan

****Ankara Kadın Kapalı Ceza İnfaz Kurumu (AKKCİK)

*****Ev temizliği, el işi yapma, bohçacılık, çöp toplama, kağıt mendil satma, parayla sex, konsomatristlik, hırsızlık, oryantallik

***** Malvarlığına karşı suçlar, göçmen kaçakçılığı ve insan ticareti, genel ahlaka karşı suçlar, kamu idaresinin güvenliğine ve işyerlerine karşı suçlar, kamunun sağlığına karşı suçlar, hürriyete karşı suçlar, emniyeti suistimal, polise hakaret ve siyasi suçlar.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız değişkenler; temel bağımsız değişken hemşirelik girişimi olmakla birlikte, yaş, eğitim durumu, medeni durum, suç türü, toplam ceza süresi, CİK'te kalınan süre, CİK'e gelmeden önce; çalışma durumu, aylık düzenli gelir, sağlık güvencesi, CİK'te; çalışma durumu gibi bireye ilişkin tanıtıcı tüm bilgileri kapsamaktadır. Tanıtıcı özellikler Tablo 3.1.'de verilmektedir.

Bağımlı değişkenler; bireylerin kendi bildirimleri ve araştırmacının değerlendirmeleri sonucunda saptanan belirtileri kapsayan fiziksel sağlık ve sağlık davranışı problem sayıları, bireylerin problemlerine yönelik bilgi, davranış ve durum değişimlerinin değerlendirilmesi amacıyla kullanılan Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ) puanları, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarındaki değişimlerin belirlenmesi amacıyla kullanılan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) puanları bağımlı değişken olarak alınmıştır.

3.4. Verilerin Toplanması

3.4.1. Veri Toplama Form ve Araçları

Araştırmanın verileri araştırmacı tarafından oluşturulan Kadın Değerlendirme Formu (Bkz. EK 2), SYBDÖ II (Bkz. EK 3) ve OS (Bkz. EK 4) kullanılarak toplanmıştır. Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak 60-90 dk arasında toplanmıştır.

Kadın Değerlendirme Formu

Araştırmada kullanılan literatüre dayalı olarak hazırlanan Kadın Değerlendirme Formu'nda, sosyodemografik özellikler ve tanıtıcı bilgiler yer almaktadır (Bkz. EK 2). Form altı bölümden oluşmaktadır:

Sosyodemografik Özellikler ve Genel Bilgiler: Yaş, eğitim durumu, doğum yeri, medeni durumu, aile tipi, çocuk sayısı, ekonomik durumu, suç türü, toplam ceza süresi, CİK'te kalınan süre, CİK'e gelmeden önce; yaşanan yer, çalışma durumu, aylık düzenli gelir, sağlık güvencesi, CİK'te; çalışma durumu, aylık düzenli gelir, aileden maddi destek alma, daha önce CİK'te bulunma durumunu içeren bilgilerin toplanmasına yönelik sorular yer almaktadır.

Sağlık Öyküsü, Soygeçmişi, Sağlık Durumu, Sağlık Algısı, Sağlık Davranışı: Sağlık öyküsü, soygeçmişi, sağlık durumu, kendi sağlığını değerlendirme, sağlık tanımı, sağlığın elinde olma durumu, sağlığı koruma, sağlığı korumayı bilme, korumayı öğrenmeyi isteme, sağlığı geliştirmenin elinde olma durumu, sağlığı geliştirmeyi bilme, sağlığı geliştirmeyi öğrenmeyi isteme; sağlık davranışlarına yönelik bilgileri elde etmede kullanılan sorular yer almaktadır.

Günlük Yaşam Aktiviteleri: Günlük yaşam aktivitelerinin incelendiği bu bölümde aktivite, uyku ve dinlenme, beslenme ve hijyen gibi kadınların sağlıklarını olumlu veya olumsuz etkileyebilecek davranışlar, sağlığı koruyucu davranışlar ve geliştirilmesi gereken davranışlarının belirlenmesi için kullanılan bilgilerin toplanması amaçlanmıştır.

Obstetrik Öykü: Bu bölümde kadın sağlığı açısından risk oluşturan etkenlerin belirlenmesi amacıyla kadınların menarş yaşı, evlenme yaşı, gebelik sayısı, düşük sayısı, kürtaj sayısı, menapoz yaşı gibi sorular yer almıştır.

Cinsel Sağlık Davranışları: Kadınların ilk cinsel ilişki yaşı, CİK'e gelmeden önce cinsel birliktelik yaşama durumu, cinsel birliktelik sırasında korunma durumu gibi kadın sağlığını tehdit eden cinsel ve üreme sağlığı problemlerinin saptanabilmesine yönelik sorular ile rutin ve koruyucu testleri düzenli olarak yapma / yaptıрма durumları incelenmiştir.

Sistem Değerlendirmesi: Sistem değerlendirmesi formu; yaşam bulguları, Beden Kitle İndeksi (BKI) bilgileri, baştan ayağa sistemlere göre belirti ve bulguların değerlendirilmesini içermektedir.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Walker, Scherist ve Pender tarafından geliştirilen ve toplam 48 maddeden oluşan ölçek SYBDÖ'nün ilk versiyonudur (144). Walker ve Hill-Polerecky tarafından ölçeğe eklenen 4 madde ile 52 maddeye çıkarılan ölçeğin II. versiyonu (145) oluşturulmuştur. Türkiye'de güvenilirlik ve geçerlik çalışması Bahar ve diğ. (146) tarafından yapılan ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0.92 bulunurken, Türkçe uyarlaması ve İngilizce orijinali arasında eşdeğerliliği (Kendal W:0.188, p:0.246) olduğu da bulunmuştur. Ölçek altı alt boyut ve 52 maddeden oluşmaktadır: (1) sağlık

sorumluluğu (3., 9., 15., 21., 27., 33., 39., 45. ve 51. maddeler), (2) fiziksel aktivite (4., 10., 16., 22., 28., 34., 40. ve 46. maddeler), (3) beslenme (2., 8., 14., 20., 26., 32., 38., 44. ve 50. maddeler), (4) manevi gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52), (5) kişilerarası ilişkiler (1., 7., 13., 19., 25., 31., 37., 43. ve 49. maddeler) ve (6) stres yönetimidir (5., 11., 17., 23., 29., 35., 41. ve 47. maddeler). Ölçeğin tüm maddeleri olumlu doğrultuda olup “Hiçbir zaman” yanıtı için 1, “Bazen” yanıtı için 2, “Sık sık” yanıtı için 3, “Düzenli olarak” yanıtı için 4 puan verilmektedir. Ölçeğin tümünün puanı SYBDÖ puanını vermektedir. Ölçeğin toplamından alınabilecek puan aralığı 52-208 arasında olmakla birlikte, ölçek alt boyutlarından alınabilecek puanların alt ve üst sınırları; sağlık sorumluluğu 9-36, fiziksel aktivite 8-32, beslenme 9-36, manevi gelişim 9-36, kişiler arası ilişkiler 9-36 ve stres yönetimi 8-32'dir. Ölçekten alınan puanın artması sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının arttığını göstermektedir (146). Kadınların sağlığı geliştirici davranışları Bahar ve diğ. (146) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılan SYBDÖ II ile değerlendirilmiştir. Ölçek ilk ve son değerlendirme olmak üzere iki defa kullanılmıştır.

3.4.2. Omaha Sistemi

Yarı deneysel tasarım içerisinde de görülen ön deney (deney öncesi) tasarımda yapılan bu çalışmanın girişim müdahalesini, kadınların sağlık gereksinimleri doğrultusunda verilen hemşirelik bakım girişimleri oluşturmaktadır. Bu sistem, Amerika Ziyaretçi Hemşireler Birliği (Visiting Nurse Association-VNA) tarafından geliştirilmiş ve 1970'li yıllarda ABD'de kullanılmaya başlamıştır (147). Sistemin Türkçe'ye uyarlanması ve toplum sağlığı hemşireliği eğitiminde kullanılması Erdoğan ve Esin tarafından 2004 yılında gerçekleştirilmiştir (148). Sistemin Türkçe geçerlik ve güvenirliği ise 2006 yılında Erdoğan ve Esin tarafından yapılmıştır (149).

OS; Problem Sınıflama Listesi (PSL), Hemşirelik Girişim Şeması (HGŞ), Problem Değerlendirme Ölçeği (PDÖ) olmak üzere üç bölümden oluşmaktadır (Bkz. EK 4, 5, 6).

(1) PSL (Bkz. EK 4), bireye odaklı hemşirelik tanılarını içermektedir. Bu liste hemşireyi bireyin sağlıkla ilgili gereksinimlerine odaklaştırmayı, uygulama rehberi olarak harekete geçirmeyi ve bilgilendirmeyi sağlamaktadır (150). PSL'de

çevresel, psikososyal, fizyolojik ve sağlık davranışları olmak üzere dört tanı alanı bulunmaktadır. Çevresel alan yakın ve uzak çevre ile ilgili problemleri; psikososyal alan davranış, duygu, iletişim, ilişki ve gelişim ile ilgili problemleri; fizyolojik alan yaşamı sürdürmek için gerekli olan fonksiyonlarla ilgili sağlık problemlerini ve sağlık davranışları alanı da, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesini sağlayan aktiviteler ile ilgili problemleri tanımlamaktadır. Araştırmanın amacı dikkate alınarak kadınların fizyolojik ve sağlık davranışları alanları kullanılmıştır. Bu alanlarda toplam 42 problem ve bu problemlerin altında yer alan standart belirtiler bulgular bulunmakla birlikte her problem için “diğer” seçeneği de bulunmaktadır (150). Problemler aktüel (mevcut bulunan), potansiyel-olası (risk faktörleri) ve sağlığı geliştirme olarak sınıflandırılabilir. PSL’de alt boyutlar belirlendikten sonra, bu durumun kimi etkilediği (birey, aile ya da grup) belirlenerek süreç devam ettirilmektedir (149).

(2) PDÖ (Bkz. EK 5), problemin düzeyini ve bakımın sonuçlarını değerlendirmektedir. Beş maddeli ve likert tipi bir ölçektir. Bireyin problemi “bilgi”, “davranış”, “durum” boyutları ile 1’den 5’e kadar tek bir puan ile değerlendirilmektedir .

Sağlık sonuçları bireyden beklenen en olumsuz ve en olumlu değerler arasında derecelendirilmektedir (149, 150). Ölçek problemler arasındaki farklılıkları, problemin büyüklüğünü, öncelikleri, problemin şiddetini ve bakımın sonuçlarını değerlendirmeye yardım etmektedir. Ölçekte belirlenen tüm problemler değil, öncelikli olan problemler değerlendirilmektedir. Sorunun ve girişimin niteliğine göre kaç kez ve ne zaman değerlendirme yapılacağına hemşire karar vermektedir. Değerlendirme, birey ile ilk karşılaşmada, bakım süresince düzenli aralıklarla ve bakımın sonunda yapılmaktadır (149). Araştırmada PDÖ ilk ve son değerlendirme olmak üzere iki defa kullanılmıştır.

(3) HGŞ (Bkz. EK 6), hemşirelik girişimleri, hedefler ve bireye özgü planlanan girişimlerin listesini sağlamaktadır. Hemşirenin PSL’de tanımladığı ve PDÖ ile değerlendirdiği problemlere göre düzenlenmektedir. Hemşirelik bakım planları, bu şemanın girişim kategorileri doğrultusunda hazırlanmaktadır. Hemşirelik

girişim kategorileri: Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık (**ERD**), Tedavi ve İşlem (**Tİ**), Vaka Yönetimi (**VY**) ve Sürveyans (**SV**)'tır (149).

1. Hemşirelik Girişim Kategorileri

Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık (ERD), bireylerin bilgilenmesini, özbakım ve sağlık sorunları ile başa çıkma konusunda sorumluluk almasını sağlayan hemşirelik girişimlerini kapsamaktadır.

Tedavi ve İşlem (Tİ), risk faktörlerini ve belirti-bulguları erken dönemde tanınmak, önlemek, azaltmak ve hafifletmek için uygulanan teknik girişimleri göstermektedir.

Vaka Yönetimi (VY), birey için sağlık ve sosyal hizmet veren kuruluşlar ile iletişim kurmak, bireylerin sağlık bakımı alma haklarını savunmak ve bireyin uygun toplumsal kaynakları kullanması için rehberlik etmeyi kapsamaktadır.

Sürveyans (SV), mevcut problem ile ilişkili olarak periyodik gözlem yapmak, veri toplamak, analiz ve değerlendirme yapmak, kontrol altında tutmak ve izlemeyi amaçlamaktadır.

2. Hedefler

Seçilen kategorilere yönelik olarak planlanan hemşirelik girişimlerini açıklamak için kullanılmaktadır (149) (Bkz. EK 4 OS Hedefler Listesi).

3. Bireye Özel Girişimler

Bireye özgü bilgilerle planlanan girişimlerin ayrıntılı dökümünü sağlamaktadır (150).

Araştırmada belirlenen öncelikli problemlere yönelik tanı, hemşirelik girişimleri, hedef ve bireye özel girişimler belirlenmektedir.

3.5. Araştırmada Uygulanan Girişim

Araştırmacı uygulamaya başlamadan önce AKKCİK'da 8 hafta süre ile gözlem ve değerlendirmelerde bulunmuştur. Bu sürede CİK koşulları, CİK nüfusunun özellikleri, CİK hizmetleri, sağlık hizmetleri ve hemşirelik hizmetleri değerlendirilmiştir. Araştırma bu süreçten sonra planlanmıştır. Araştırmada

kullanılan formların neleri içereceğine ve hemşirelik sürecinin nasıl uygulanacağına ilişkin değerlendirmelerde bu aşamada yapılmıştır. Araştırmada öncelikle bireyler oluşturulan formlar, SYBDÖ II, fizik muayene, anamnez, sağlık dosyası (mahpuslara ait tıbbi bilgilerin yer aldığı dosya) ve OS ile fiziksel sağlık ve sağlık davranışları açısından değerlendirilmiştir.

Değerlendirmeler sonucunda elde edilen bilgiler gruplanmış ve elde edilen belirti- bulguar OS tanı kodları ile ifade edilmiştir. Daha sonra bireylerin problemlerine yönelik olarak bilgi, davranış ve durum puanları belirlenmiştir. Süreç tanılara yönelik hedefler belirlenmesi ve girişimler planlanması ile devam etmiştir. Tanılar ele alınırken öncelik sırası dikkate alınmış ve problemlere en hayati olandan en basite doğru bir sıralama uygulanmıştır. Mahpuslarla gerçekleştirilen görüşmelerde bu sıralama dikkate alınarak gerçekleştirilmiştir. Yani en çok ihtiyacı olandan en az ihtiyacı olana doğru bir görüşme sayısı belirlenmiştir.

Hemşirelik süreci uygulanırken kadın mahpusların motivasyonlarının artırılması amacıyla bazı uygulamalar (diş macunu, diş fırçası ve diş ipi gibi ihtiyaçların dağıtılması, ihtiyacı olanlara su ve yiyecek temin edilmesi gibi) yapılmıştır. Bu uygulamalar çoğunlukla araştırmacı tarafından finanse edildiği gizlenerek yapılmıştır. Bu tip motivasyonel uygulamaların davranış değişikliği yaratmada etkili olduğu gözlenmiştir. Hemşire olarak; araştırma süreci boyunca bakım verme, danışmanlık yapma, işbirliği sağlama, vaka bulma, vaka yönetme, liderlik, savunuculuk ve eğiticilik rolleri sıklıkla kullanılmıştır.

Araştırma sonundaki değerlendirmelerde değerlendirme formları, SYBDÖ II, fizik muayene, anamnez, sağlık dosyası ve OS ile yapılmıştır. Elde edilen belirti bulguların OS'de tanı kodları belirlenmiş ve PDÖ değerlendirilmeleri yapılmıştır. Yeni tanılar için PDÖ kullanılmamıştır. Araştırma; fiziksel sağlık ve sağlık davranışları problemlerine yönelik bir amacı benimsemesine karşın, bireylerde saptanan diğer problemlere duyarsız kalınmamış en azından danışmanlık ve işbirliği sağlanarak diğer problemlerinde çözülmesine katkıda bulunulmuştur.

3.6. Araştırmanın Ön Uygulaması

Araştırmanın ön uygulaması, ön uygulamanın yapılabilmesi için Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü'nden yazılı izin (Bkz. EK 8)

alındıktan sonra, 25 Ağustos 2011 tarihinde AKKCİK'ten çıkmalarına bir hafta kalmış olan 10 kadın ile yapılmıştır. Araştırmanın ön uygulaması, araştırmaya katılmayı kabul eden 10 kadına araştırmanın amacı açıklanıp, yazılı onamları alındıktan sonra araştırma veri toplama formları uygulanmıştır. Araştırmanın ön uygulaması sonrasında, veri toplama formlarında gerekli düzeltme ve düzenlemeler yapılmıştır. Ön uygulamada tüm formların uygulanması ve fizik muayenenin tamamlanmasının 60 ile 90 dakika arasında değişim gösterdiği saptanmıştır.

3.7. Araştırmanın Uygulama Basamakları

Araştırmanın uygulaması 01 Eylül 2011 – 28 Aralık 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş ve araştırma dört aşamada yürütülmüştür. Görüşmeler yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak, psiko - sosyal servis çalışanlarının görüşme odası olarak kullandıkları odada veya revirin muayene odasında yapılmıştır. Görüşmelere psiko - sosyal servis çalışanlarından bir kişi veya infaz koruma memurlarından bir kişi eşlik etmiştir. Görüşmeler psiko-sosyal servisin görüşme odasında gerçekleştirilirken gerekli evraklar ve tıbbi malzemeler (baskül, tansiyon aleti, stetoskop, abeslank, mezura vb.) bu odaya taşınmıştır. Görüşmelerden sonra bireylerin fiziksel sağlık ve sağlık davranışlarına yönelik değerlendirmeler yapılmıştır.

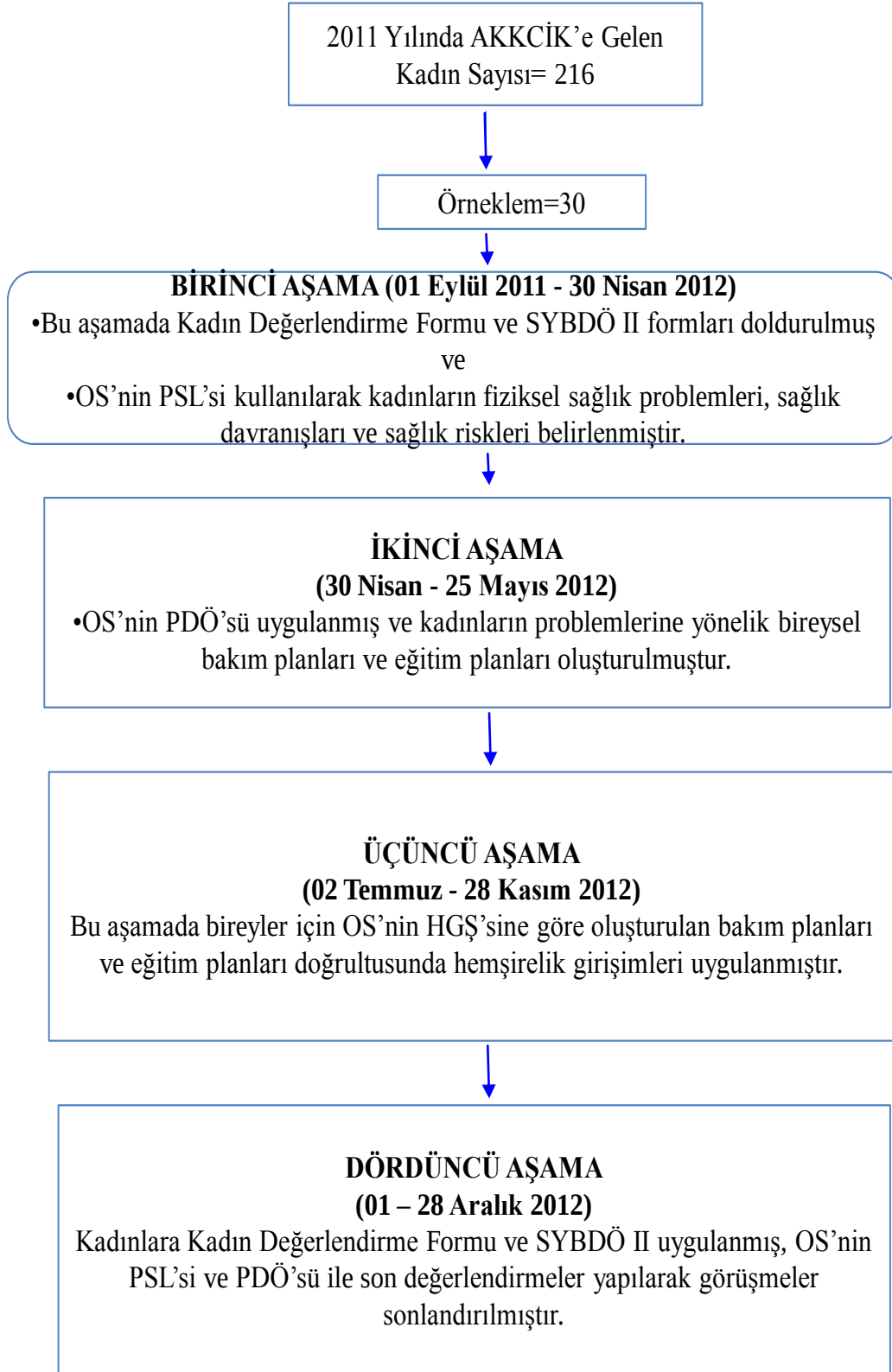
Uygulamaya başlamadan önce kadın mahpuslara araştırmanın amacı ve süreci hakkında bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerin yazılı onamları alınmıştır.

Birinci Aşama (01 Eylül 2011 - 30 Nisan 2012): Araştırmanın birinci aşama uygulamasını yapmak için araştırmacı hafta içi iki gün 08-17 saatleri arasında kurumda bulunmuştur. Bu aşamada Kadın Değerlendirme Formu ve SYBDÖ II uygulanmıştır. Kadın Değerlendirme Formu kapsamında kadınların sağlık durumlarını değerlendirmeye yönelik sistemlere ilişkin belirti ve bulgular değerlendirilmiştir. Belirti - bulgular bireyin beyanı, CİK çalışanlarının bildirimleri, fizik muayene / sistemlerin değerlendirilmesi, hasta dosyaları ve gözlem yoluyla elde edilmiştir. Değerlendirmeler sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda bireylerin mevcut sorunlarına yönelik hemşirelik tanıları ve tanılara ait belirti - bulgular PSL kullanılarak kodlanmıştır.

İkinci Aşama (30 Nisan 2012 - 25 Mayıs 2012): İkinci aşamada saptanan her hemşirelik tanısına yönelik olarak kadınlara PDÖ uygulanmıştır. Uygulama süreci boyunca her kadına ait problem listesi oluşturulmuş ve bu problemler öncelik sırasına göre (en az ilk üç problem) bakım planında ele alınmıştır. Oluşturulan bireysel bakım planlarında PSL'de belirlenen problemlere yönelik hedefler belirlenmiş ve HGŞ kategorileri kapsamında bireye özel girişimler göz ardı edilmeden girişimler planlanmıştır.

Üçüncü Aşama (02 Temmuz 2012 - 28 Kasım 2012): Bu aşamada saptanan problemlere yönelik olarak oluşturulan bireysel bakım planları (Bkz. EK 4) doğrultusunda hemşirelik girişim kategorileri kapsamında müdahaleler yapılmıştır. Araştırmacı hafta içi iki-dört gün 08-17 saatleri arasında kurumda bulunmuştur. Kadınlarla haftada bir defa 30 - 45 dakikayı geçmeyen planlı görüşmeler gerçekleştirmiştir. Görüşmelerin planlanmasında bireyin sağlık koşullarının ciddiyet derecesi göz önünde bulundurulmuştur. Bu kapsamda bireylerle en az 6, en çok 10 görüşme yapılmıştır.

Dördüncü Aşama (01 Aralık – 28 Aralık 2012): Araştırmanın son aşamasında Kadın Değerlendirme Formu, OS ve SYBDÖ II formları hemşirelik girişimlerinden sonra tekrar uygulanmıştır. Bu aşamada, yapılan hemşirelik girişimlerinin kadınların sağlığı davranışları ve fiziksel sağlık düzeyine olan etkileri değerlendirilmiştir. Araştırmacı haftanın iki ya da dört günü kurumda 08-17 saatleri arasında bulunmuştur. Son aşamada elde edilen değerlendirmeler doğrultusunda saptanan problemler PSL'de yer alan hemşirelik tanıları ve belirti - bulgularına göre tekrar kodlanmıştır.



Şekil 3.1. Araştırmanın Uygulama Akış Şeması

3.8.Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için, Hacettepe Üniversitesi Araştırma Değerlendirme Komisyonu Etik Kurulu'ndan (Bkz. EK 1) ve AKKÇİK'te uygulanabilmesi için Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü'nden (Bkz. EK 8) gerekli izinler alınmıştır. Daha sonra çalışma grubuna alınan tüm kadınlara araştırmanın amacı, katılımın gönüllü olacağı ve bilgilerin gizli kalacağı belirtilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden kadınların “bilgilendirilmiş onam formu ile yazılı onamları” alınmıştır (Bkz. EK 9). Araştırmada kullanılan SYBDÖ II'nin kullanılabilmesi için ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliğini 2008 yılında yapan Bahar'dan izin alınmıştır (Bkz. EK 10).

3.9. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin istatistiksel analizinde bir istatistik paket program kullanılmıştır. Araştırmanın istatistiksel değerlendirilmelerinde istatistiksel anlamlılık sınırı olarak $p < 0.05$ kabul edilmiştir.

Örneklem büyüklüğünü belirlemek için power analizi yapılmıştır. Bunun için 'GPower 3.1.8' paket programı kullanılmıştır.

Sürekli verilere ilişkin tanımlayıcı istatistiklerde Ortalama, Standart Sapma, Ortanca, Minimum, Maksimum değerleri, kesikli verilerde ise yüzde değerleri verilmiştir.

Fizyolojik alanda ve sağlık davranışı alanındaki problem sayılarının hemşirelik girişimi öncesi ve sonrasındaki karşılaştırmaları McNemar Test ile değerlendirilmiştir.

OS'deki fizyolojik ve sağlık davranışı alandaki problemlerin her birinin ayrı bilgi, davranış ve durum düzeylerinin hemşirelik girişimden önce ve sonra değişip değişmediğine ilişkin karşılaştırmalar Wilcoxon İşaret Testi ile yapılmıştır.

Fizyolojik alandaki ve sağlık davranışı alanındaki problem başına bilgi, davranış ve durum puanlarının hemşirelik girişimi öncesi ve sonrası farklılığı Wilcoxon İşaret Testi ile değerlendirilmiştir.

Fizyolojik alandaki hemşirelik girişimi öncesi toplam problem sayıları ile hemşirelik girişimi sonrası toplam problem sayıları arasındaki farkların; ÇİK'teki

kadınların tanıtıcı bilgileri ve CİK'teki durumları ile karşılaştırmasında Mann_Whitney U testi ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır.

Kadınların SYBDÖ önce ve sonra puanları arasındaki farklılık değerlendirilirken Wilcoxon İşaret Testi kullanılmıştır.

4. BULGULAR

CİK'te sunulan hemşirelik hizmetlerinin kadın mahpusların sağlık davranışları ve fiziksel sağlık düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yapılan bu araştırmadan elde edilen bulgular hipotezler kapsamında sunulmuştur:

1. Ceza infaz kurumunda sunulan hemşirelik hizmetlerinin kadın mahpusların fiziksel sağlık ve sağlık davranışları problemlerinin çözümüne etkisi

2. Ceza infaz kurumunda sunulan hemşirelik hizmetlerinin kadın mahpusların problemlerine yönelik bilgi, davranış ve durum düzeylerine etkisi

3. Ceza infaz kurumunda sunulan hemşirelik hizmetlerinin kadın mahpusların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine etkisi

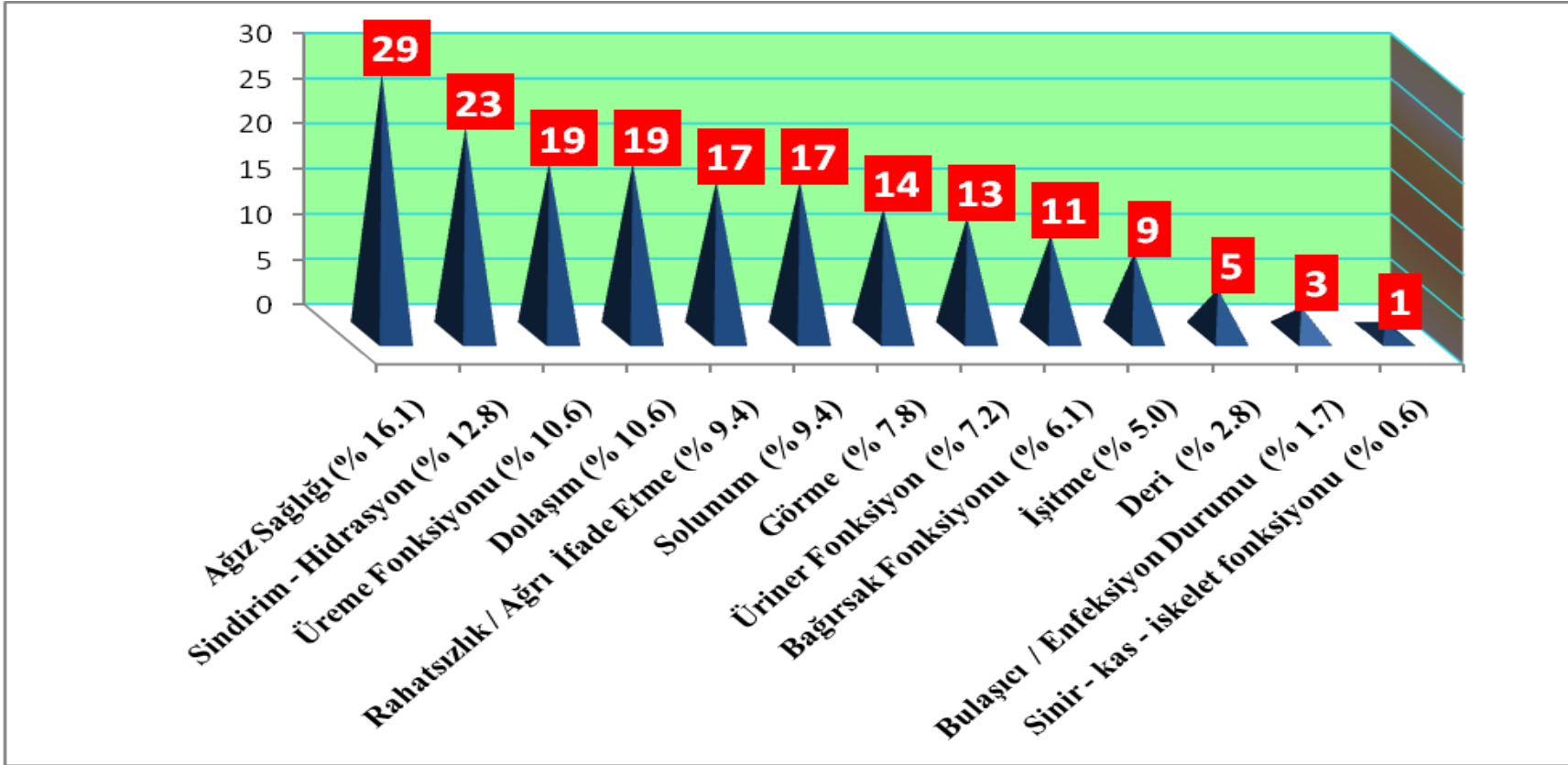
4.1. Ceza İnfaz Kurumunda Sunulan Hemşirelik Hizmetlerinin Kadın Mahpusların Fiziksel Sağlık ve Sağlık Davranışları Problemlerinin Çözümüne Etkisi

Bu bölümde CİK'te sunulan hemşirelik hizmetlerinin mahpusların fiziksel sağlık ve sağlık davranışları problemlerinin çözümüne etkisinin değerlendirilmesine ilişkin bulgular sunulmuştur.

Tablo 4.1. Mahpusların fiziksel ve sağlık davranışları problemlerinin OS tanı alanlarına göre dağılımı

Problem Alanı	S	%
Fizyolojik	180	56.4
Sağlık Davranışları	139	43.6
Toplam	319	100.0

Araştırmada, bireylere tekrarlı olarak yapılan bireysel görüşmeler, fiziksel muayene / sistem değerlendirmeleri, anamnez bulguları, dosya incelemeleri ve gözleme dayalı olarak elde edilen verilerin yanı sıra, CİK çalışanlarından elde edilen bilgiler ve bireylerin başvurularına dayalı olarak OS'de toplam 319 hemşirelik tanısı / problemi kodlanmıştır. Kodlanan bu tanılarının % 56.4'ünü fizyolojik alan problemleri oluşturmuş, % 43.6'sını sağlık davranışları alanı problemleri oluşturmuştur (Tablo 4.1.1).



*Yüzdelar toplam üzerinden alınmıştır.

Grafik 4.1. Mahpusların Fizyolojik Alan Problem Tanılarının Dağılımı

Grafik 4.1'de kadın mahpusların fizyolojik alan problemlerine yönelik hemşirelik tanılarının dağılımı yer almaktadır. Fizyolojik alanda belirlenen 180 hemşirelik tanısı arasında en sık kullanılanları sırasıyla ağız sağlığı (n: 29, % 16.1), sindirim - hidrasyon (n: 23, % 12.8), üreme fonksiyonu (n: 19, % 10.6), dolaşım (n: 19, % 10.6), rahatsızlık / ağrı ifade etme (n: 17, % 9.4) ve solunum (n: 17, % 9.4) olmuştur. Birey başına ortalama 6 fizyolojik problem saptanmıştır. Bireyler arasında birden fazla fiziksel sağlık problemi olanlar bulunmaktadır.

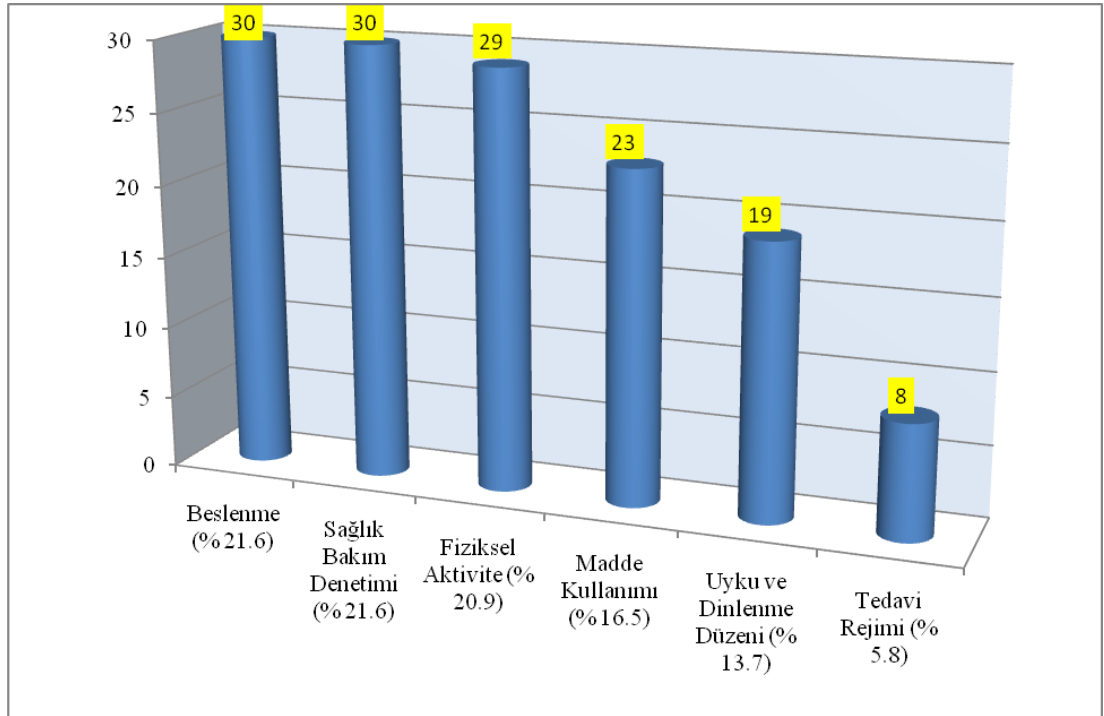
Tablo 4.2. Mahpusların fizyolojik alan problem tanılarını belirlemede kullanılan belirti - bulguların dağılımı

Omaha Kod Sistemi	Belirti – Bulgular*	S	%**
17	İşitme		
01	Normal ses tonunu duymada güçlük	6	1.9
04	Sese anormal yanıt	5	1.6
18	Görme		
01	Küçük karakterli yazıları görmede güçlük	4	1.3
02	Uzaktaki cisimleri görmede güçlük	9	2.9
03	Yakındaki cisimleri görmede güçlük	3	1.0
06	Şaşılık/göz kırpması/gözlerde sulanma/bulanık görme	4	1.3
20	Ağız Sağlığı		
01	Dişlerde şekil bozukluğu/kırık/ kayıplar	26	8.3
02	Çürükler	24	7.6
03	Aşırı tartar	27	8.6
04	Yaralı/şiş/kanayan dişeti	15	4.8
08	Diğer (Troid bezinde büyüme, lenf bezinde şişme ve ağızda yara)	8	2.5
22	Ağrı		
01	Rahatsızlık/ağrı ifade etme	17	5.4
24	Deri		
02	Döküntü	2	0.6
03	Aşırı kuru	5	1.6
25	Sinir-Kas-Iskelet Fonksiyonu		
01	Hareketlerde sınırlılık	1	0.3
02	Kas gücünde azalma	1	0.3
09	Yürüme/hareket etme gücü	1	0.3
26	Solunum		
01	Anormal solunum tipleri	16	5.1
08	Burun akıntısı/nazal konjesyon	1	0.3
09	Anormal solunum sesleri	2	0.6
27	Dolaşım		
01	Ödem	2	0.6
03	Nabız sayısında azalma	3	1.0
04	Deride renk değişikliği/siyanoz	2	0.6
06	Damarlarda varis oluşması	1	0.3
08	Anormal kan basıncı ölçümleri	7	2.2
10	Kalp ritminde düzensizlik	6	1.9
11	Kalp hızında aşırı artış	5	1.6
13	Göğüs ağrısı	6	1.9
28	Sindirim – Hidrasyon		
01	Buanti/kusma	6	1.9
03	Hazımsızlık	3	1.0
04	Reflü	3	1.0
06	Anemi	8	2.5
29	Bağırsak Fonksiyonu		
01	Defekasyon sıklığında/dışkı kıvamında anormallik	11	3.5
06	Kramp karın bölgesinde rahatsızlık	22	7.0
30	Üriner Fonksiyon		
01	İdrar yaparken yanma/ağrı	6	1.9
02	İdrar kaçırma	4	1.3
03	Sıkışma hissi/sık idrara gitme	11	3.5
31	Üreme Fonksiyonu		
01	Anormal akıntı	9	2.9
02	Anormal menstrasyon şekli	13	4.1
04	Üreme organlarında veya memede kitle, şişme ve hassasiyet	3	1.0
34	Bulaşıcı / Enfeksiyon Durumu		
01	Enfeksiyon	3	1.0
05	Tarama/kültür/laboratuvar sonuçlarında pozitiflik	1	0.3
06	Bulaşmayı önleme için gereç/malzeme/politikaların yetersiz olması	1	0.3
07	Enfeksiyon kontrolü ilkelerinin izlenmemesi	1	0.3
Toplam		314	100.0
Kişi başına düşen belirti-bulgu sayısı		10.4	

*Bir bireyde birden fazla belirti-bulgu görülebilmektedir.

**Yüzdeler toplam üzerinden alınmıştır

Araştırmada fizyolojik alana ait hemşirelik tanılarının belirlenmesinde 314 belirti - bulgu kullanılmıştır. Tanı alanları dikkate alınmadan en çok kullanılan belirti - bulgular sırasıyla, aşırı tartar (% 8.6), dişlerde şekil bozukluğu / kırık / kayıplar (% 8.3), çürükler (% 7.6), kramp / karın bölgesinde rahatsızlık (% 7.0), rahatsızlık / ağrı ifade etme (% 5.4), anormal solunum tipleri (% 5.1), yaralı / şiş kanayan dişeti (% 4.8), anormal mensturasyon şekli (% 4.1), defekasyon sıklığında / dışkı kıvamında anormallik (% 3.5) ve sıkışma hissi / sık idrara gitme (% 3.5)'dir. Fizyolojik alanda birey başına 10.4 belirti - bulgu belirlenmiştir (Tablo 4.2).



* Yüzdelere toplam üzerinden alınmıştır.

Grafik 4.2. Mahpusların Sağlık Davranışı Alanı Hemşirelik Tanılarının Dağılımı

Mahpusların OS sağlık davranışları alanına yönelik olarak saptanan hemşirelik tanıları sırasıyla; beslenme (% 21.6), sağlık bakım denetimi (% 21.6), fiziksel aktivite (%20.9), madde kullanımı (% 16.5), uyku ve dinlenme düzeni (% 13.7) ve tedavi rejimi (% 5.8)'dir (Grafik 4.2). Birey Başına düşen sağlık davranışı problem sayısı= 4.6'dır. Bir bireyde birden fazla sağlık davranışına yönelik problem alanı belirlenmiştir.

Tablo 4.3. Mahpusların sağlık davranışı alanına ait hemşirelik tanımlarını belirlemede kullanılan belirti – bulguların dağılımı

Omaha Kod Sistemi	Belirti – Bulgular*	S	%**
35	Beslenme		
01	Fazla kilo (yetişkinlerde Beden Kitle İndeksi (BKİ)'nin 25 ve üzerinde olması)	17	5.7
02	Düşük kilo (yetişkinlerde BKİ'nin 18 ve altında olması)	2	0.7
03	Günlük kalori/sıvı alımının standardın altında olması	6	2.0
04	Günlük kalori/sıvı alımının standardın üstünde olması	17	5.7
05	Dengesiz beslenme	30	10.1
07	Önerilen beslenme programını sürdürmemesi	3	1.0
09	Besin alma hazırlamada yetersizlik	30	10.1
10	Hipoglisemi	1	0.3
11	Hiperlisemi	2	0.7
36	Uyku ve Dinlenme Düzeni		
02	Gece sık sık uyanma	16	5.4
04	Uykusuzluk	15	5.0
06	Yaşa ve fiziksel duruma göre yetersiz uyku/dinlenme	7	2.3
37	Fiziksel Aktivite		
01	Sedanter yaşam biçimi	24	8.1
02	Yetersiz/düzensiz egzersiz	5	1.7
39	Madde Kullanımı		
04	Sigara/tütün ürünlerinin içimi / kullanımı	23	10.1
41	Sağlık Bakım Denetimi		
01	Rutin/koruyucu sağlık bakımını yaptırmama	30	10.1
02	Değerlendirme/tehdavi gerektiren semptomlar için bakım almama	24	8.1
03	Sağlık randevularına gitmeme	3	1.0
05	Sağlık bakım kaynaklarının sürekliliğinin olmaması	4	1.3
06	Sağlık bakım kaynaklarının yetersiz olması	17	5.7
07	Tedavi planının yetersiz olması	9	3.0
42	Tedavi Rejimi		
01	Önerilen doz/tedavi programına uymama	2	0.7
03	İlaç sağlayan sistemin yetersiz olması	2	0.7
05	Biten ilaçların yerine konmaması	1	0.3
07	Tedavi rejiminin yetersiz olması	8	2.7
Toplam		298	100.0
Birey Başına Düşen Tanı Ortalaması		9.9	

*Bir bireyde birden fazla belirti-bulgu görülebilmektedir.

**Yüzde toplam üzerinden alınmıştır.

Tablo 4.3'te hemşirelik tanımlarına ait belirti - bulgular verilmektedir. Tablodan da görüldüğü gibi en sık kodlanan belirti - bulgular sırasıyla; dengesiz beslenme (% 10.1), besin alma - hazırlamada yetersizlik (% 10.1), rutin / koruyucu sağlık bakımı yaptırmama (% 10.1), sedanter yaşam biçimi (% 8.1), değerlendirme /

tedavi gerektiren semptomlar için bakım almama (% 8.1), fazla kilo (% 5.7), günlük kalori / sıvı alımının standardın üstünde olması (% 5.7), sağlık bakım kaynaklarının yetersiz olması (% 5.7), gece sık sık uyanma (% 5.4) ve uykusuzluk (% 5.0)'tur. Kişi başına düşen belirti - bulgu ortalaması 9.9'dur (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Mahpuslara uygulanan hemşirelik girişim kategorilerinin dağılımı

Tanı Alanları	Girişim Kategorileri				
	ERD	SV	VY	Tİ	Toplam
	S (%)	S (%)	S (%)	S (%)	S (%)
Fizyolojik	64 (9.2)	254 (36.4)	294 (42.1)	86 (12.3)	698(100.0)
Sağlık Davranışı	140 (41.8)	85 (25.4)	71 (21.2)	39 (11.6)	335(100.0)
Toplam	204 (19.7)	339 (32.8)	365 (35.3)	125 (12.1)	1033(100.0)

ERD: Eğitim, Rehberlik ve Danışmanlık SV: Sürveyans VY: Vaka Yönetimi Tİ: Tedavi ve İşlem

Tablo 4.4'te kadın mahpusların fizyolojik ve sağlık davranışları tanıları için toplam 1033 hemşirelik girişimi belirlenmiştir. Tüm tanı alanlara yönelik olarak HGŞ'de sırasıyla VY (% 35.3), SV (% 32.8), ERD (% 19.7) ve Tİ (% 12.1) girişimleri uygulanmıştır. Fizyolojik alana yönelik hemşirelik girişimleri en çoktan en aza doğru sırasıyla VY (% 42.1), SV (% 36.4), Tİ (% 12.3) ve ERD (% 9.2) 'dir. Sağlık davranışları alanında ise sırasıyla ERD (% 41.8), SV (% 25.4), VY (% 21.2) ve Tİ (% 11.6)'dir (Tablo 4.4).

Tablo 4.5. Mahpusların ilk ve son değerlendirmede saptanan hemşirelik tanı sayılarının dağılımı

Problem Alanı	İlk Değerlendirme			Son Değerlendirme			p [*]
	Toplam Problem Sayısı (n= 319) S (%)	Birey Başına Düşen Problem Sayısı Ort±SS	Birey Başına Düşen Problem Sayısı Ortanca (Min-maks)	Toplam Problem Sayısı (n= 305) S (%)	Birey Başına Düşen Problem Sayısı Ort±SS	Birey Başına Düşen Problem Sayısı Ortanca (Min-maks)	
Fizyolojik	180 (56.4)	6.00±2.52	6 (1-11)	178 (58.4)	5.93±2.56	6(1-11)	0.793
Sağlık Davranışları	139 (43.6)	4.63±0.72	5 (3-6)	127 (41.6)	4.23±0.82	4(2-6)	0.001

Ort; Ortalama, SS; Standart Sapma, Min; Minimum, Maks; Maksimum

*Wilcoxon İşaret Testi

Tablo 4.5.'te toplam problem sayılarının ilk ve son değerlendirmede değişip değişmediğine ilişkin tanımlayıcı bilgiler ve p değerleri verilmiştir. Araştırma sũrecinde kadınlardan alınan anamnezler, kadınlarla yapılan gũrũřmeler, fiziksel muayene bulguları, bireylerin ilettikleri problemler, akut ortaya çıkan ya da CİK çalışanları tarafından iletilen sorunlara dayalı olarak belirlenen tanı sayısı ilk değerlendirmede 319, son değerlendirmede 305'tir. Fizyolojik alanda ilk değerlendirmede toplam 180 (% 56.4) hemşirelik tanısı saptanırken, son değerlendirmede 178 (% 58.4) hemşirelik tanısı saptanmıştır. Fizyolojik alandaki toplam problem sayısının ilk ve son değerlendirme ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($p>0.05$).

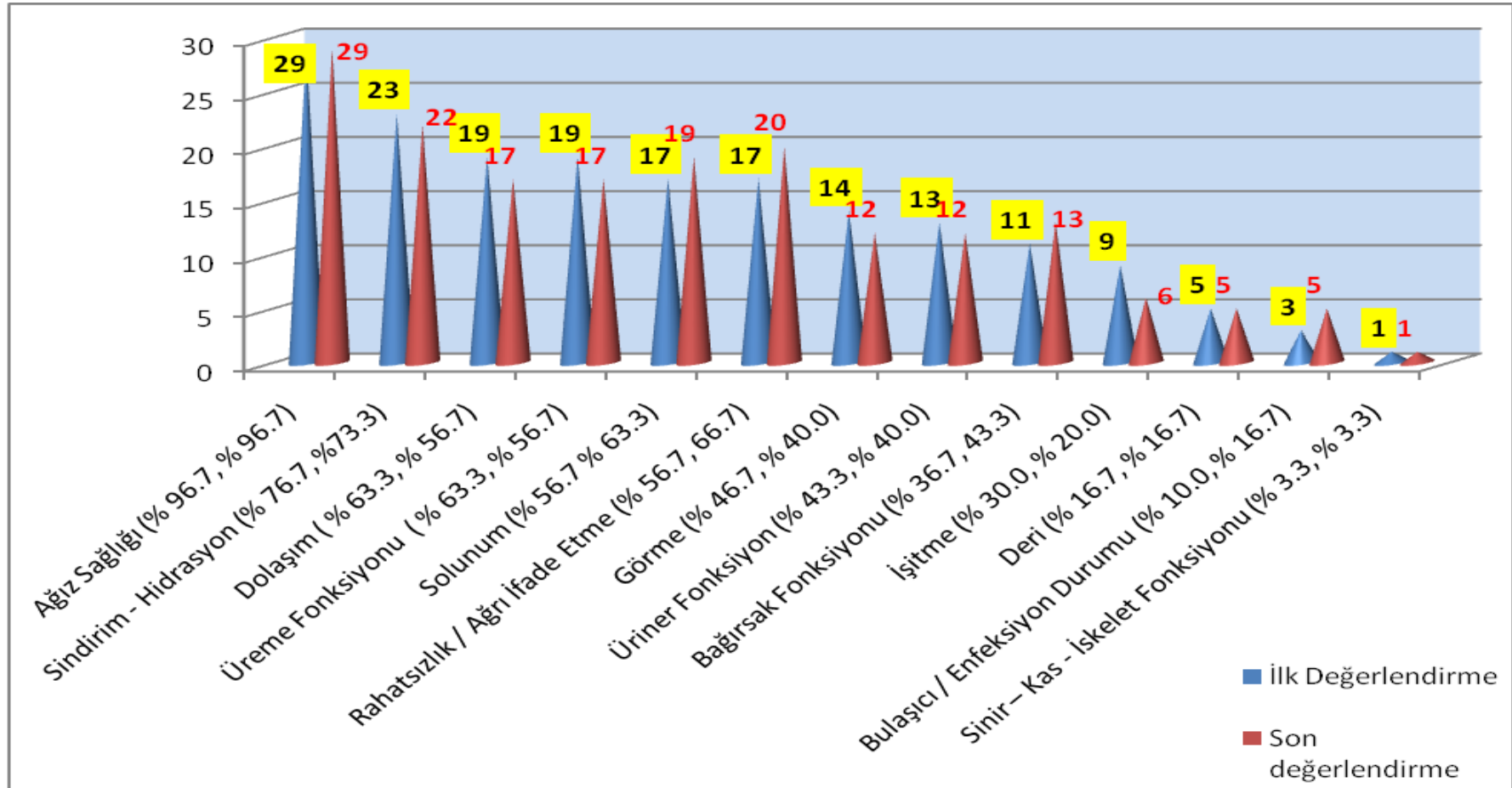
Sağlık davranışı alanında ilk değerlendirmede toplam 139 (% 43.6) hemşirelik tanısı saptanmış, son değerlendirmede ise 127 (% 41.6) hemşirelik tanısı saptanmıştır. Sağlık davranışı alanındaki toplam problem sayısının ilk ve son değerlendirmede elde edilen ortancaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur ($p<0.01$) (Tablo 4.5). İlk değerlendirmede elde edilen toplam problem sayısı ortancası 4 (2-6), son değerlendirmede elde edilen toplam problem ortancasına 5 (3-6) gũre daha dũřũktũr. Son değerlendirmede hemşirelik tanı sayısında azalma olmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 4.6. İlk ve son değerlendirmede fizyolojik alana ait hemşirelik tanı sayılarının dağılımı

Hemşirelik Tanıları	İlk değerlendirme (n=30)		Son değerlendirme (n=30)		p*
	S	%	S	%	
Ağız Sağlığı	29	96.7	29	96.7	1.000
Sindirim - Hidrasyon	23	76.7	22	73.3	1.000
Dolaşım	19	63.3	17	56.7	0.727
Üreme Fonksiyonu	19	63.3	17	56.7	0.625
Solunum	17	56.7	19	63.3	0.500
Rahatsızlık / Ağrı İfade Etme	17	56.7	20	66.7	0.250
Görme	14	46.7	12	40.0	0.500
Üriner Fonksiyon	13	43.3	12	40.0	1.000
Bağırsak Fonksiyonu	11	36.7	13	43.3	0.687
İşitme	9	30.0	6	20.0	0.250
Deri	5	16.7	5	16.7	1.000
Bulaşıcı / Enfeksiyon Durumu	3	10.0	5	16.7	0.625
Sinir – Kas - İskelet Fonksiyonu	1	3.3	1	3.3	1.000

*McNemar Test

Tablo 4.6'da kadınların fizyolojik alana yönelik hemşirelik tanı sayılarının ilk ve son değerlendirmedeki yüzde dağılımları sunulmaktadır. Son değerlendirmede belirlenen toplam 178 hemşirelik tanısından en sık kullanılanları: ağız sağlığı (n= 29), sindirim - hidrasyon (n= 22), rahatsızlık / ağrı ifade etme (n= 20), solunum (n= 19), üreme fonksiyonu (n= 17) ve dolaşım (n= 17)'dir (Grafik 4.3). Fizyolojik alandaki hemşirelik tanılarının, işitme, görme, ağız sağlığı, ağrı- rahatsızlık ifade etme, deri, sinir -kas-iskelet fonksiyonu, solunum, dolaşım, sindirim-hidrasyon, bağırsak fonksiyonu, üriner fonksiyon, üreme fonksiyonu ve bulaşıcı / enfeksiyon durumu problem alanlarının hiçbirinde ilk ve son değerlendirmelerde elde edilen yüzdeleri arasında fark bulunamamıştır ($p>0.05$).



Grafik 4.3. İlk ve son değerlendirmede fizyolojik alana ait hemşirelik tanı sayılarının dağılımı

Tablo 4.7. İlk ve son değerlendirmede fizyolojik alanda belirlenen hemşirelik tanı sayıları arasındaki farkların mahpusların özelliklerine göre dağılımı

Mahpusların Özellikleri	n	Fizyolojik Alandaki Problem Sayılarındaki Farklar		P*
		Ort±SS	Ortanca (Min-maks)	
Yaş grupları				
24 yaş ve altı	9	-0.22±0.44	0 (-1-0)	0.533
25 yaş ve üzeri	21	0±1.79	0 (-3-3)	
Suç türü				
Kişiye karşı suçlar	18	0.22±1.63	0 (-3-3)	0.368
Diğer**	12	-0.5±1.24	0 (-3-1)	
Ceza süresi				
120 ay ve altı	12	-0.25±1.60	0 (-3-3)	0.723
120 aydan fazla	18	0.06±1.47	0 (-3-3)	
CİK'te kalış süresi				
24 ay ve altı	12	0.92±1.38	0.5 (-1-3)	0.006
24 aydan fazla	18	-0.72±0.23	0 (-3-1)	
Eğitim durumu				
İlkokul ve altı	15	0.07±1.71	0 (-3-3)	0.539
Ortaokul ve üzeri	15	-0.2±1.32	0 (-3 - 3)	
Medeni durum				
Bekar	6	-0.83±1.17	-0.5 (-3 -0)	0.159
Evli	6	-0.33±1.03	0 (-2-1)	
Eşi ölmüş veya ayrı yaşayan	18	0.28±1.67	0 (-3 - 3)	
Aile tipi				
Çekirdek veya geniş	15	-0.40±0.99	0 (-3 -1)	0.250
Parçalanmış	15	0.27±1.87	0 (-3-3)	
CİK öncesi çalışma durumu				
Çalışıyor	12	0.25±1.54	0 (-3-3)	0.465
Çalışmıyor	18	-0.28±1.49	0 (-3 - 3)	
CİK öncesi sağlık güvencesi				
Yok	20	-0.3±1.34	0 (-3 -3)	0.248
Var	10	0.40±1.78	0 (-3-3)	
CİK'te çalışma durumu				
Çalışmıyor	17	0.18±1.59	0 (-3 -3)	0.145
Çalışıyor	13	-0.38±1.39	0 (-3-3)	

*Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis

**Malvarlığına karşı suçlar, göçmen kaçakçılığı ve insan ticareti, genel ahlaka karşı suçlar, kamu idaresinin güvenliğine ve işyerlerine karşı suçlar, kamunun sağlığına karşı suçlar, hürriyete karşı suçlar, emniyeti suistimal, polise hakaret ve siyasi suçlar.

Fizyolojik alandaki ilk değerlendirmede elde edilen problem sayıları ile son değerlendirmedeki toplam problem sayıları arasındaki farkın araştırma grubuna ait özellikleri ile karşılaştırması Tablo 4.7'de tanımlayıcı istatistikler ve p değerleriyle

verilmiştir. Hemşirelik girişimi öncesi ve sonrası toplam problem sayıları farklarının ortancası CİK'te kalış süresine göre farklı bulunmuştur ($p<0.01$). CİK'teki kalış süresi 24 ay ve altında olanların problem sayılarındaki değişim (fark) ortancası 0.5(-1 -3) CİK'teki kalış süresi 24 aydan fazla olanların problem sayılarındaki değişim ortancasından 0(-3 -1) daha büyüktür. 24 ay ve altında olanların problem sayılarındaki azalma daha fazladır.

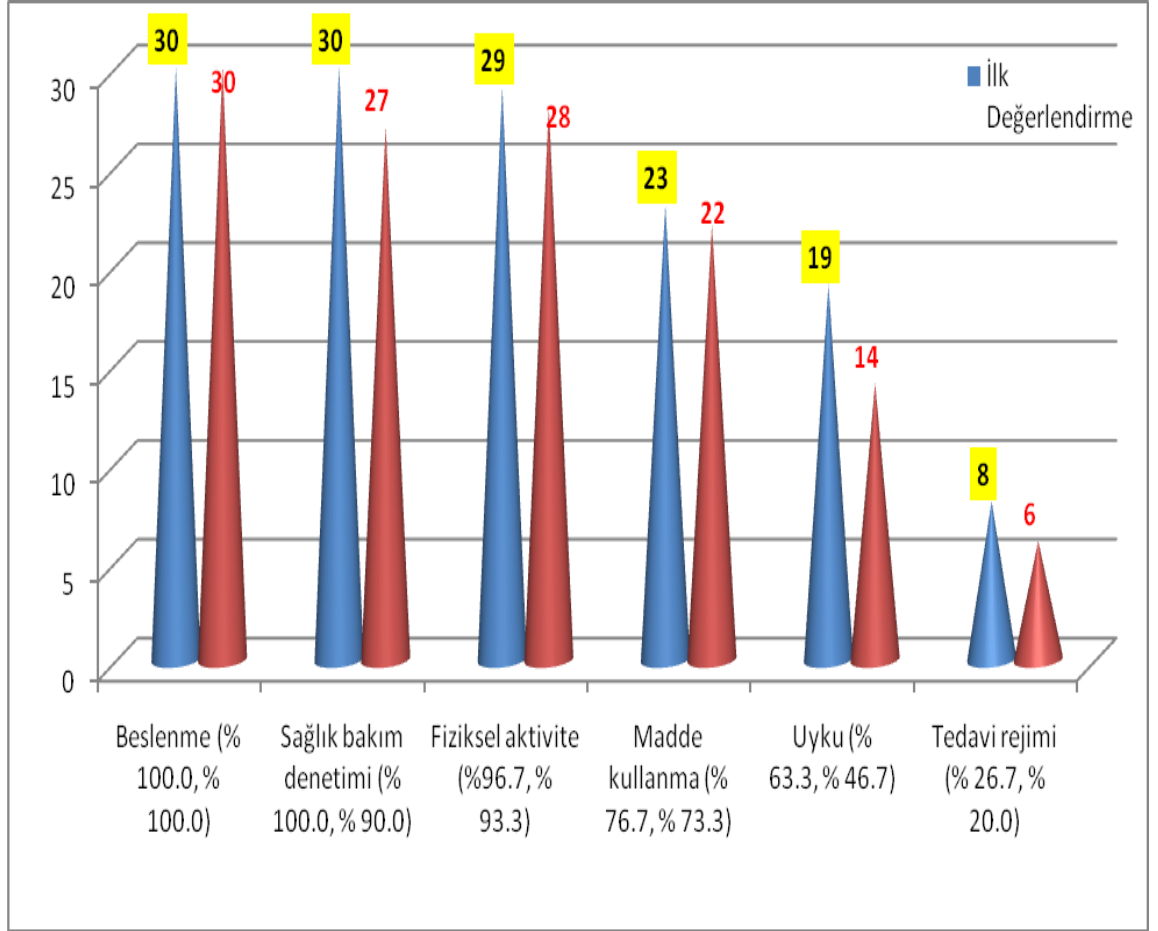
Tablo 4.8. İlk ve son değerlendirmede sağlık davranışı alanına ait hemşirelik tanı sayılarının dağılımı

Sağlık Davranışı Alanı Hemşirelik Tanıları	İlk Değerlendirme (n=30)		Son Değerlendirme (n=30)		p [*]
	S	%	S	%	
Beslenme	30	100.0	30	100.0	**
Sağlık bakım denetimi	30	100.0	27	90.0	0.250
Fiziksel aktivite	29	96.7	28	93.3	1.000
Madde kullanma	23	76.7	22	73.3	1.000
Uyku	19	63.3	14	46.7	0.180
Tedavi rejimi	8	26.7	6	20.0	0.500

*McNemar Test

**Tüm bireylerde görülmesi nedeniyle istatistiksel analiz yapılamamıştır.

Tablo 4.8'de ve Grafik 4.4'te kadınların sağlık davranışları alanına yönelik göre belirlenen hemşirelik tanı sayılarının yüzde dağılımları verilmektedir. Sağlık davranışı alanındaki; beslenme, uyku ve dinlenme, fiziksel aktivite, madde kullanımı, sağlık bakım denetimi, tedavi rejimi problemlerin varlığının hiçbirinde önce ve sonra yüzdeleri arasında fark bulunamamıştır ($p>0.05$).



Grafik 4.4. İlk ve son değerlendirmede sağlık davranışı alanına ait hemşirelik tanıların dağılımı

Tablo 4.9. İlk ve son değerlendirmede sağlık davranışı alanında belirlenen hemşirelik tanı sayıları arasındaki farkların mahpusların özelliklerine göre dağılımı

Mahpusların Özellikleri	Sağlık davranışı alanındaki problem sayılarındaki farklar			p [*]
	n	Ort±SS	Ortanca (Min-maks)	
Yaş grupları				
24 yaş ve altı	9	-0.33±0.5	0 (-1-0)	0.790
25 yaş ve üzeri	21	-0.42±0.6	0 (-2 -0)	
Suç türü				
Kişiye karşı suçlar	18	-0.28±0.46	0 (-1-0)	0.267
Diğer**	12	-0.58±0.67	-0.5(-2 -0)	
Ceza süresi				
120 ay ve altı	12	-0.42±0.5	0 (-1-0)	0.787
120 aydan fazla	18	-0.39±0.61	0 (-2-0)	
CİK'te kalış süresi				
24 ay ve altı	12	-0.17±0.39	0 (-1-0)	0.124
24 aydan fazla	18	-0.56±0.62	-0.5 (-2-0)	
Eğitim durumu				
İlkokul ve altı	15	-0.40±0.63	0 (-2-0)	0.870
Ortaokul ve üzeri	15	-0.40±0.51	0 (-1-0)	
Medeni durum				
Bekar	6	-0.33±0.52	0 (-1-0)	0.616
Evli	6	-0.67±0.82	-0.5 (-2-0)	
Eşi ölmüş veya ayrı yaşayan	18	-0.33±0.48	0 (-1-0)	
Aile tipi				
Çekirdek veya geniş	15	-0.47±0.64	0 (-2-0)	0.683
Parçalanmış	15	0.33±0.49	0 (-1-0)	
CİK öncesi çalışma durumu				
Çalışıyor	12	-0.42±0.51	0 (-1-0)	0.787
Çalışmıyor	18	-0.39±0.61	0 (-2-0)	
CİK öncesi sağlık güvencesi				
Yok	20	-0.35±0.59	0 (-2-0)	0.448
Var	10	-0.50±0.53	-0.5 (-1 -0)	
CİK'te çalışma durumu				
Çalışmıyor	17	-0.41±0.51	0 (-1-0)	0.742
Çalışıyor	13	-0.38±0.65	0 (-2 -0)	

*Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis

**Malvarlığına karşı suçlar, göçmen kaçakçılığı ve insan ticareti, genel ahlaka karşı suçlar, kamu idaresinin güvenliğine ve işyerlerine karşı suçlar, kamunun sağlığına karşı suçlar, hürriyete karşı suçlar, emniyeti suistimal, polise hakaret ve siyasi suçlar.

Sağlık davranışı alanındaki ilk değerlendirmede elde edilen toplam problem sayıları ile son değerlendirmede elde edilen toplam problem sayıları arasındaki farkın araştırma grubunun özellikleri ile karşılaştırılması Tablo 4.9'da tanımlayıcı istatistikler ve p değerleriyle verilmiştir. Tablodanda görüldüğü gibi, kadınların sağlık davranışları alanındaki problemlerinin ilk ve son değerlendirme değişim ortancaları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

4.2. Ceza İnfaz Kurumunda Sunulan Hemşirelik Hizmetlerinin Kadın Mahpusların Problemlerine Yönelik Bilgi, Davranış ve Durum Düzeylerine Etkisi

Bu bölümde; hemşirelik hizmetlerinin kadın mahpusların sahip oldukları fizyolojik ve sağlık davranışlarına yönelik bilgi, davranış ve durum puanlarına olan etkisi değerlendirilmiştir.

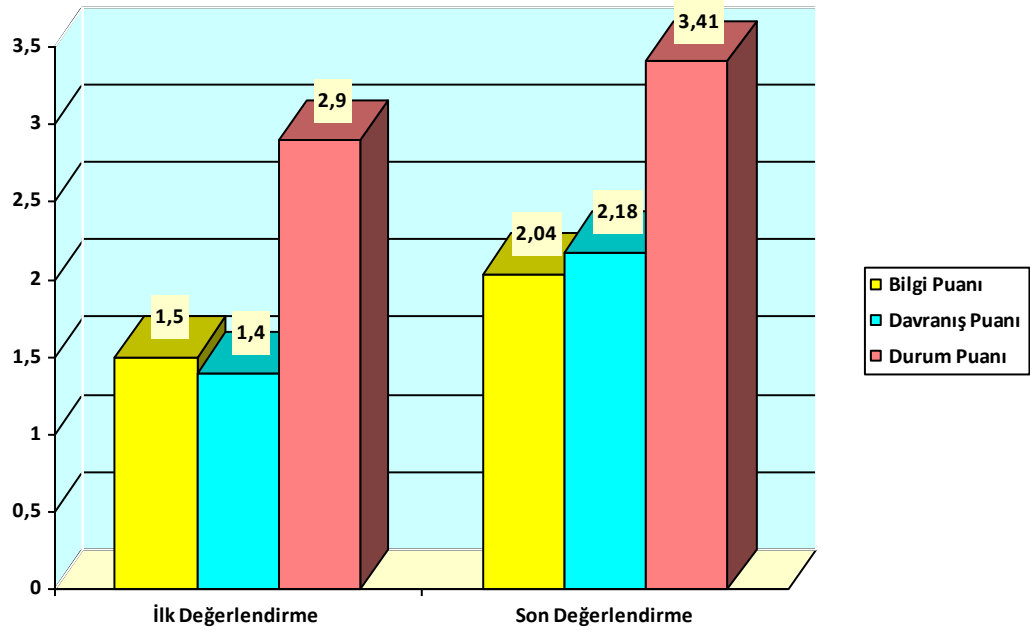
Tablo 4.10. İlk ve son değerlendirmede mahpusların fizyolojik alanda belirlenen hemşirelik tanılarına ait bilgi, davranış ve durum puanlarının dağılımı

PDÖ Alt Boyutları	İlk Değerlendirme		Son Değerlendirme		p [*]
	Ort±SS	Ortanca (Min-maks)	Ort±SS	Ortanca (Min-maks)	
Bilgi puanı	1.50±0.54	1.33(1-3)	2.04±0.58	1.94(1.1-3.5)	0.000
Davranış puanı	1.40±0.49	1.2(1-3)	2.18±0.85	2.08(1-4.5)	0.000
Durum puanı	2.90±0.39	2.94(2-3.7)	3.41±1.27	3.38(1.7-8)	0.025

*Wilcoxon İşaret Testi

İlk ve son değerlendirmede fizyolojik alanda belirlenen problemlere ait olan bilgi, davranış ve durum puanlarına ait tanımlayıcı istatistikler ve farklılıklar Tablo 4.10'da verilmiştir. Fizyolojik alandaki ortalama bilgi puanı ortancaları ilk ve son değerlendirmeler arasında farklılık göstermektedir ($p<0.001$) (Tablo 4.10) Son değerlendirmede bilgi puanı ortancası 1.94 (1.1-3.5) ilk değerlendirme bilgi puanı ortancasına 1.33 (1-3) göre daha yüksektir ($p<0.001$). Son değerlendirmede bilgi puanı 24 kişide ilk değerlendirmeye göre artmıştır. Fizyolojik alandaki ortalama davranış puanı ortancaları ilk ve son değerlendirmede farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Son değerlendirme ortalama davranış puanı ortancası 2.08 (1-4.5) ilk değerlendirme ortalama davranış puanı ortancasına 1.2 (1-3) göre daha yüksektir ($p<0.001$) (Grafik 4.5). Son değerlendirmede davranış puanı 27 kişide ilk değerlendirmeye göre artmıştır. Fizyolojik alandaki ortalama durum puanı ortancaları ilk ve son değerlendirme arasında farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Son değerlendirme ortalama durum puanı ortancası 3.38 (1.7-8) ilk değerlendirme

ortalama davranış puanı ortancasına 2.94 (2-3.7) göre daha yüksektir ($p<0.001$). Son değerlendirmede ortalama durum puanı 19 kişide ilk değerlendirmeye göre artmıştır.



Grafik 4.5. İlk ve son değerlendirmede fizyolojik alan hemşirelik tanılarına ait bilgi, davranış ve durum puanlarının dağılımı

Tablo 4.11. İlk ve son değerlendirmede fizyolojik alanda belirlenen hemşirelik tanı alanlarına ait bilgi, davranış ve durum puanlarının dağılımı

Hemşirelik Tanıları	PDÖ	İlk	Son	P*
		Değerlendirme	Değerlendirme	
		Ortanca (Min-Maks)	Ortanca (Min-Maks)	
İşitme	Bilgi	1 (1-3)	1.5 (1-3)	1.000
	Davranış	1 (1-2)	1.25 (1-2)	0.317
	Durum	4 (3-4)	4 (3-5)	0.414
Görme	Bilgi	1.5 (1-3)	2 (1-3)	0.063
	Davranış	1 (1-4)	1 (1-4)	0.180
	Durum	3 (2-4)	3 (2-5)	0.180
Ağız Sağlığı	Bilgi	2 (1-3)	3 (1-3)	0.000
	Davranış	1 (1-3)	3 (1-4)	0.000
	Durum	3 (1-4)	3 (1-4)	0.012
Ağrı / Rahatsızlık İfade Etme	Bilgi	1 (1-3)	1 (1-4)	0.038
	Davranış	1 (1-3)	1 (1-4)	0.023
	Durum	3 (1-4)	3 (1-4)	0.083
Deri	Bilgi	1 (1-1)	1 (1-3)	0.180
	Davranış	1 (1-1)	1 (1-4)	0.180
	Durum	4 (2-4)	4 (3-5)	0.046
Solunum	Bilgi	1 (1-3)	1 (1-3)	0.063
	Davranış	1 (1-4)	1 (1-4)	0.070
	Durum	3 (2-4)	4 (2-4)	0.046
Dolaşım	Bilgi	1 (1-2)	1 (1-2)	0.063
	Davranış	1 (1-3)	1 (1-3)	0.038
	Durum	3 (2-4)	3 (2-5)	0.141
Sindirim-Hidrasyon	Bilgi	1 (1-3)	2 (1-3)	0.023
	Davranış	1 (1-3)	2 (1-4)	0.009
	Durum	3 (1-4)	3 (1-5)	0.083
Bağırsak Fonksiyonu	Bilgi	1 (1-4)	1 (1-4)	0.317
	Davranış	1 (1-3)	2 (1-4)	0.102
	Durum	2 (1-4)	3 (1-5)	0.063
Üriner Fonksiyon	Bilgi	1 (1-3)	2 (1-3)	0.023
	Davranış	1 (1-1)	2 (1-4)	0.010
	Durum	3 (2-4)	3 (2-5)	0.429
Üreme Fonksiyonu	Bilgi	1 (1-3)	2 (1-3)	0.004
	Davranış	1 (1-3)	2 (1-4)	0.000
	Durum	3 (1-4)	3 (1-5)	0.007
Bulaşıcı / Enfeksiyon Durumu	Bilgi	1 (1-3)	1 (1-4)	0.317
	Davranış	1 (1-4)	2 (2-4)	0.157
	Durum	2 (2-2)	3 (1-5)	0.414

*Wilcoxon İşaret Testi

OS'deki fizyolojik alandaki problemlerin her birinin ayrı ayrı bilgi, davranış ve durum düzeylerinin ilk ve son değerlendirmelerde değişip değişmediğine ilişkin tanımlayıcı bilgiler ve p değerleri Tablo 4.11'de verilmiştir. Bilgi davranış ve durum düzeyleri sıralı verilerle tanımlanmıştır. Tablodan da görüldüğü gibi, fizyolojik alana yönelik problemlerde son değerlendirmede ilk değerlendirmeye göre ağız sağlığı ve üreme fonksiyonu alanında bilgi, davranış ve durum puanlarında anlamlı artış olmuştur ($p<0.05$). Son değerlendirmede ilk değerlendirmeye göre anlamlı artış ($p<0.05$) yaşanan alanlar se; rahatsızlık / ağrı ifade etme probleminin bilgi ve davranış puanlarında, deri ve solunum problemlerinin durum puanlarında, sindirim - hidrasyon ve üriner problemlerin bilgi ve davranış puanlarında, solunum problemi alanında durum puanında, dolaşım probleminde davranış puanı alanıdır (Tablo 4.11).

Tablo 4.12. İlk ve son değerlendirmede fizyolojik alanda belirlenen hemşirelik tanılarının bilgi puanlarının mahpusların özelliklerine göre dağılımı

Mahpusların Özellikleri	Ortalama bilgi puanlarının değişimleri			p*
	n	Ort±SS	Ortanca (Min-maks)	
Yaş grupları				
24 yaş ve altı	9	0.39±0.35	0.37 (0-1)	0.397
25 yaş ve üzeri	21	0.60±0.72	0.57 (-0.83-2)	
Suç türü				
Kişiye karşı suçlar	18	0.46±0.64	0.47 (-0.83-1.67)	0.632
Diğer**	12	0.65±0.63	0.49 (0-2)	
Ceza süresi				
120 ay ve altı	12	0.65±0.49	0.77 (0-1.35)	0.305
120 aydan fazla	18	0.46±0.74	0.25 (-0.83-2)	
CİK'te kalış süresi				
24 ay ve altı	12	0.47±0.49	0.47 (-0.62-1.16)	0.950
24 aydan fazla	18	0.57±0.73	0.43 (-0.83-2)	
Eğitim durumu				
İlkokul ve altı	15	0.56±0.66	0.71 (-0.62-2)	1.000
Ortaokul ve üzeri	15	0.50±0.63	0.45 (-0.83-1.67)	
Medeni durum				
Bekar	6	0.77±0.53	0.66 (0.11-1.67)	0.500
Evli	6	0.64±0.73	0.43 (0-2)	
Eşi ölmüş veya ayrı yaşayan	18	0.42±0.64	0.28(-0.83-1.15)	
Aile tipi	15			
Çekirdek veya geniş	15	0.55±0.62	0.3 (0-2)	0.683
Parçalanmış		0.52±0.68	0.62 (-0.83-1.55)	
CİK öncesi çalışma durumu				
Çalışıyor	12	0.40±0.59	0.28 (-0.62-1.67)	0.368
Çalışmıyor	18	0.62±0.66	0.66 (-0.83-2)	
CİK öncesi sağlık güvencesi				
Yok	20	0.45±0.58	0.25 (-0.62-2)	0.198
Var	10	0.70±0.74	0.83 (-0.83-1.67)	
CİK'te çalışma durumu				
Çalışmıyor	17	0.41±0.68	0.20 (-0.83-1.67)	0.263
Çalışıyor	13	0.69±0.57	0.62 (0-2)	

*Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis

**Malvarlığına karşı suçlar, göçmen kaçakçılığı ve insan ticareti, genel ahlaka karşı suçlar, kamu idaresinin güvenliğine ve işyerlerine karşı suçlar, kamunun sağlığına karşı suçlar, hürriyete karşı suçlar, emniyeti suistimal, polise hakaret ve siyasi suçlar.

Tablo 4.12'de kadınlar için fizyolojik alanda belirlenen hemşirelik tanılarının bilgi puanlarında ilk ve son değerlendirmelerde meydana gelen değişimlerin mahpusların özelliklerine göre karşılaştırılması sunulmaktadır. Tablodan da

görüldüğü üzere, fizyolojik alandaki bilgi puanlarındaki değişim kadınların özelliklerinin hiçbirisi ile farklı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.12).

Tablo 4.13. İlk ve son değerlendirmede fizyolojik alanda belirlenen hemşirelik tanıılarının davranış puanlarının mahpusların özelliklerine göre dağılımı

Mahpusların Özellikleri	n	Ortalama davranış puanlarının değişimleri		p*
		Ort±SS	Ortanca (Min-maks)	
Yaş grupları				
24 yaş ve altı	9	0.51±0.29	0.54(0-1)	0.144
25 yaş ve üzeri	21	0.90±0.79	1 (-0.67-3)	
Suç türü				
Kişiyeye karşı suçlar	18	0.77±0.78	0.66 (-0.67-3)	0.819
Diğer**	12	0.80±0.57	0.78 (0-2)	
Ceza süresi				
120 ay ve altı	12	0.68±0.42	0.66 (0-1.34)	0.692
120 aydan fazla	18	0.85±0.84	0.68 (-0.67-3)	
CİK'te kalış süresi				
24 ay ve altı	12	0.53±0.36	0.45 (0-1.21)	0.079
24 aydan fazla	18	0.95±0.82	1 (-0.67-3)	
Eğitim durumu				
İlkokul ve altı	15	0.73±0.58	0.57 (0-2)	0.744
Ortaokul ve üzeri	15	0.83±0.81	0.8 (-0.67-3)	
Medeni durum				
Bekar	6	1.02±0.98	0.56 (0.50-3)	0.717
Evli	6	0.90±0.71	0.63 (0.25-2)	
Eşi ölmüş veya ayrı yaşayan	18	0.66±0.59	0.77 (-0.67-1.55)	
Aile tipi				
Çekirdek veya geniş	15	0.87±0.78	0.57 (0-3)	0.806
Parçalanmış	15	0.69±0.61	0.75 (-0.67-1.55)	
CİK öncesi çalışma durumu				
Çalışıyor	12	0.78±0.76	0.53 (0.18-3)	0.545
Çalışmıyor	18	0.78±0.67	0.80 (-0.67-2)	
CİK öncesi sağlık güvencesi				
Yok	20	0.71±0.53	0.56 (0-2)	0.475
Var	10	0.93±0.97	0.80 (-0.67-3)	
CİK'te çalışma durumu				
Çalışmıyor	17	0.74±0.82	0.58 (-0.67-3)	0.483
Çalışıyor	13	0.84±0.51	0.86 (0.25-2)	

*Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis

**Malvarlığına karşı suçlar, göçmen kaçakçılığı ve insan ticareti, genel ahlaka karşı suçlar, kamu idaresinin güvenliğine ve işyerlerine karşı suçlar, kamunun sağlığına karşı suçlar, hürriyete karşı suçlar, emniyeti suistimal, polise hakaret ve siyasi suçlar.

Fizyolojik alandaki problemlere ait ilk değerlendirme ortalama davranış puanlarının son değerlendirme ortalama davranış puanları ile farkının kadınların özellikleri ve durumları ile karşılaştırılması Tablo 4.13'te tanımlayıcı istatistikler ve p değerleriyle verilmiştir. Karşılaştırmalarda Mann_Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Fizyolojik alandaki problemlere ait davranış puanlarındaki meydana gelen değişim mahpusların özelliklerinin hiğbiri ile farklı bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.13).

Tablo 4.14. İlk ve son değerlendirmede fizyolojik alanda belirlenen hemşirelik tanılarının durum puanlarının mahpusların özelliklerine göre dağılımı

Mahpusların Özellikleri	Ortalama durum puanlarının değişimleri			
	n	Ort±SS	Ortanca (Min-maks)	p*
Yaş grupları				
24 yaş ve altı	9	0.57±0.35	0.62 (0-1)	0.349
25 yaş ve üzeri	21	0.49±1.46	0.33(-1.40-5.17)	
Suç türü				
Kişiyeye karşı suçlar	18	0.42±1.42	0.52 (-1.4-5.17)	0.518
Diğer**	12	0.64±0.90	0.33 (-0.23-3)	
Ceza süresi				
120 ay ve altı	12	0.60±0.96	0.45 (-0.65-3)	0.602
120 aydan fazla	18	0.45±1.40	0.41 (-1.4-5.17)	
CİK'te kalış süresi				
24 ay ve altı	12	-0.08±0.77	-0.11 (-1.40-1)	0.025
24 aydan fazla	18	0.90±1.33	0.63 (-0.83-5.17)	
Eğitim durumu				
İlkokul ve altı	15	0.29±1.11	0 (-1.40-3)	0.305
Ortaokul ve üzeri	15	0.73±1.34	0.54 (-0,83-5.17)	
Medeni durum				
Bekar	6	1.39±1.88	0.84 (0-5.17)	0.717
Evli	6	0.42±0.85	0.65 (-1.17-1.20)	
Eşi ölmüş veya ayrı yaşayan	18			
Aile tipi				
Çekirdek veya geniş	15	0.73±1.36	0.57 (-1.17-5.17)	0.250
Parçalanmış	15	0.29±1.08	0.33 (-1.40-3)	
CİK öncesi çalışma durumu				
Çalışıyor	12	0.59±1.57	0.33 (-1.40-5.17)	0.755
Çalışmıyor	18	0.46±0.98	0.55 (-1.17-3)	
CİK öncesi sağlık güvencesi				
Yok	20	0.46±0.94	0.41 (-1.40-3)	0.619
Var	10	0.61±1.73	0.27 (-0.83-5.17)	
CİK'te çalışma durumu				
Çalışmıyor	17	0.38±1.47	0.20 (-1.4-5.17)	0.213
Çalışıyor	13	0.67±0.84	0.57 (-0.45-3)	

*Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis

**Malvarlığına karşı suçlar, göçmen kaçakçılığı ve insan ticareti, genel ahlaka karşı suçlar, kamu idaresinin güvenliğine ve işyerlerine karşı suçlar, kamunun sağlığına karşı suçlar, hürriyete karşı suçlar, emniyeti suistimal, polise hakaret ve siyasi suçlar.

Fizyolojik alandaki problemlere ait ilk değerlendirme ortalama durum puanlarının son değerlendirme ortalama durum puanları ile farkının mahpusların özellikleri ile karşılaştırması Tablo 4.14'te tanımlayıcı istatistikler ve p değerleriyle verilmiştir. Karşılaştırmalarda Mann Whitney U ve Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Fizyolojik alandaki problemlere ait durum puanlarının ilk ve son değerlendirmedeki değişim (fark) ortancası CİK'te kalış süresi 24 aydan az olanlarla, 24 aydan fazla olanlar arasında farklılık göstermektedir ($p<0.05$). 24 aydan daha kısa zamandır CİK'te kalanların durum puanları değişimi ortancası -0.11 (-1.40-1) CİK'te kalış süresi 24 aydan fazla olanların ortancasına 0.63 (-0.83-5.17) göre daha düşüktür. 24 aydan fazla zamandır CİK'te kalan kadınlarda fiziksel alandaki durum puanları değişimi daha fazla olmuştur (Tablo 4.14).

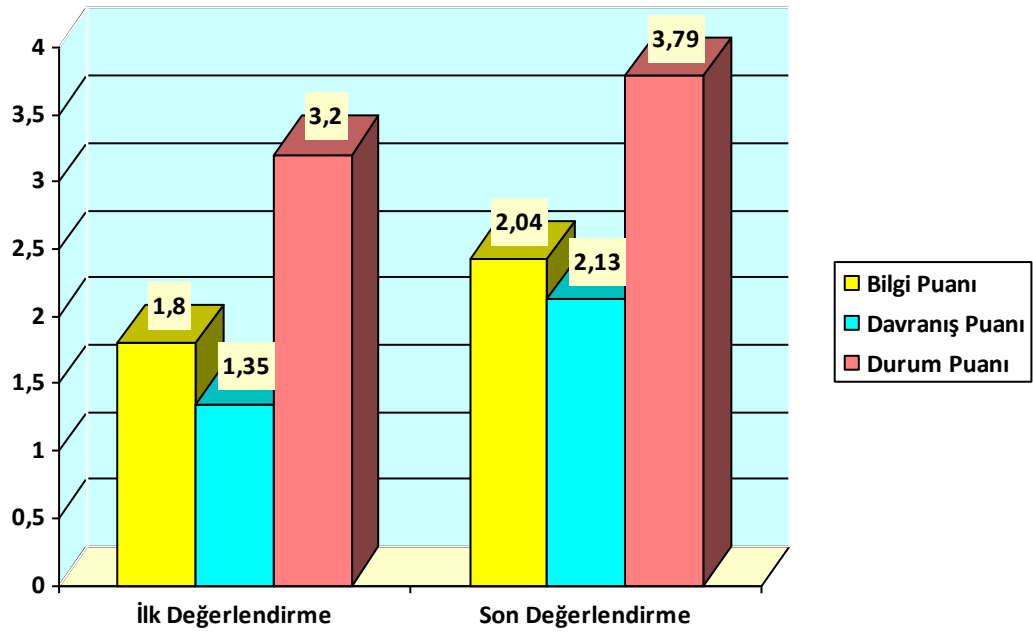
Tablo 4.15. İlk ve son değerlendirmede sağlık davranışı alanında belirlenen hemşirelik tanılarına ait bilgi, davranış ve durum puanlarının dağılımı

PDÖ Alt Boyutları	İlk Değerlendirme		Son Değerlendirme		p*
	Ort±SS	Ortanca (Min-maks)	Ort±SS	Ortanca (Min-maks)	
Bilgi puanı	1.80±0.48	1.75(1-2.8)	2.42±0.78	2.25(1.25-4)	0.000
Davranış puanı	1.35±0.44	1.2(1-2.33)	2.13±0.98	1.9(1-5)	0.000
Durum puanı	3.20±0.56	3.20(2-4)	3.79±1.14	3.71(1.6-7.3)	0.005

*Wilcoxon İşaret Testi

Sağlık davranışı alanındaki ortalama bilgi puanı ortancaları ilk ve son değerlendirmelerde farklılık göstermektedir ($p<0.001$) (Tablo 4.15). Son değerlendirmede ortalama bilgi puanı ortancası 2.25 (1.25-4) ilk değerlendirme ortalama bilgi puanı ortancasına 1.75 (1-2.8) göre daha yüksektir ($p<0.001$). Son değerlendirmede bilgi puanı 25 kişide hemşirelik girişimi öncesine göre artmıştır. Sağlık davranışı alanındaki ortalama davranış puanı ortancaları ilk ve son değerlendirmede farklılık göstermektedir ($p<0.001$). Son değerlendirmede ortalama davranış puanı ortancası 1.9 (1-5) ilk değerlendirme ortalama bilgi puanı ortancasına 1.2(1-2.3) göre daha yüksektir ($p<0.001$) (Grafik 4.6). Son değerlendirmede davranış puanı 25 kişide ilk değerlendirmeye göre artmıştır. Sağlık

davranışı alanındaki ortalama durum puanı ortancaları ilk ve son değerlendirmelerde farklılık göstermektedir ($p<0.01$). Son değerlendirme ortalama durum puanı ortancası 3.71 (1.6-7.3) ilk değerlendirme durum puanı ortancasına 3.2(2-4) göre daha yüksektir ($p<0.01$). Son değerlendirmede durum puanı 16 kişide ilk değerlendirmeye göre artmıştır (Tablo 4.15).



Grafik 4.6. İlk ve son değerlendirmede sağlık davranışı alanı hemşirelik tanılarına ait bilgi, davranış ve durum puanlarının dağılımı

Tablo 4.16. İlk ve son değerlendirmede mahpusların sağlık davranışı alanında belirlenen hemşirelik tanılarına ait bilgi, davranış ve durum puanlarının dağılımı

Hemşirelik Tanıları	PDÖ	İlk Değerlendirme	Son Değerlendirme	P*
		Ortanca (Min-Maks)	Ortanca (Min-Maks)	
Beslenme	Bilgi	2 (1-4)	2 (1-4)	0.000
	Davranış	1 (1-4)	2 (1-4)	0.006
	Durum	3 (1-4)	3 (1-4)	1.000
Uyku ve Dinlenme Düzeni	Bilgi	1 (1-3)	2 (1-3)	0.083
	Davranış	1 (1-4)	1 (1-4)	0.046
	Durum	3 (1-4)	4 (1-5)	0.086
Fiziksel Aktivite	Bilgi	2 (1-3)	2 (1-3)	0.025
	Davranış	1 (1-3)	2 (1-4)	0.000
	Durum	3 (2-5)	3 (1-5)	0.739
Madde Kullanımı	Bilgi	3 (1-3)	3 (1-3)	0.083
	Davranış	1 (1-2)	1 (1-3)	0.005
	Durum	4 (2-5)	4 (2-5)	0.705
Sağlık Bakım Denetimi	Bilgi	1 (1-3)	2 (1-3)	0.002
	Davranış	1 (1-3)	2 (1-4)	0.000
	Durum	3 (1-5)	3 (2-5)	0.156
Tedavi Rejimi	Bilgi	1,5 (1-3)	2 (1-4)	0.317
	Davranış	1,5 (1-4)	2,5 (1-4)	0.180
	Durum	2 (2-3)	2.5 (1-5)	0.285

*Wilcoxon İşaret Testi

OS'deki sağlık davranışı alanındaki problemlerin her birinin ayrı ayrı bilgi davranış ve durum düzeylerinin ilk ve son değerlendirmede değişip değişmediğine ilişkin tanımlayıcı bilgiler ve p değerleri aşağıdaki Tablo 4.16'da verilmiştir. Bilgi, davranış ve durum düzeyleri sıralı verilerle tanımlanmıştır. Sağlık davranışı alanına ait problemlerden beslenme, uyku, fiziksel aktivite, madde kullanımı ve sağlık bakım

denetimi alanlarında bilgi, davranış ve durum puanlarından herhangi birinde anlamlı değişimler görülmüştür ($p<0.05$). Beslenme problemi alanında bilgi ve davranış puanlarında, uyku ve dinlenme problemi alanında davranış puanında son değerlendirmede ilk değerlendirmeye göre anlamlı artış olmuştur ($p<0.05$). Fiziksel aktivite ve sağlık bakımı problemlerinde bilgi ve davranış puanlarında, madde kullanımı probleminde davranış puanında, sağlık bakımı probleminde bilgi ve davranış puanlarında son değerlendirmede ilk değerlendirmeye göre anlamlı artışlar olmuştur ($p<0.05$).

Tablo 4.17. İlk ve son değerlendirmede sağlık davranışı alanında belirlenen hemşirelik tanılarının bilgi puanlarının mahpusların özelliklerine göre dağılımı

Mahpusların Özellikleri	Ortalama bilgi puanlarının değişimleri			
	n	Ort±SS	Ortanca (Min-maks)	p*
Yaş grupları				
24 yaş ve altı	9	0.48±.032	0.4 (0-1)	0.594
25 yaş ve üzeri	21	0.69±0.60	0.67(0-1.83)	
Suç türü				
Kişiye karşı suçlar	18	0.66±0.58	0.68 (0-1.83)	0.819
Diğer**	12	0.58±0.48	0.45 (0-1.5)	
Ceza süresi				
120 ay ve altı	12	0.67±0.53	0.67 (0-1.8)	0.755
120 aydan fazla	18	0.59±0.55	0.37 (0-1.83)	
CİK'te kalış süresi				
24 ay ve altı	12	0.63±0.56	0.72 (0-1.8)	0.917
24 aydan fazla	18	0.62±0.53	0.45 (0-1.83)	
Eğitim durumu				
İlkokul ve altı	15	0.65±0.51	0.65 (0-1.8)	0.744
Ortaokul ve üzeri	15	0.60±0.58	0.40 (0-1.83)	
Medeni durum				
Bekar	6	0.75±0.59	0.55 (0.25-1.83)	0.268
Evli	6	0.84±0.59	0.77 (0-1.8)	
Eşi ölmüş veya ayrı yaşayan	18	0.51±0.50	0.25 (0-1.5)	
Aile tipi				
Çekirdek veya geniş	15	0.70±0.55	0.67 (0-1.83)	0.436
Parçalanmış	15	0.55±0.53	0.4 (0-1.5)	
CİK öncesi çalışma durumu				
Çalışıyor	12	0.62±0.58	0.52 (0-1.83)	0.917
Çalışmıyor	18	0.63±0.52	0.57 (0-1.80)	
CİK öncesi sağlık güvencesi				
Yok	20	0.45±0.41	0.29 (0-1.5)	0.017
Var	10	0.98±0.60	0.95 (0-1.8)	
CİK'te çalışma durumu				
Çalışmıyor	17	0.65±0.57	0.65 (0-1.83)	0.934
Çalışıyor	13	0.59±0.51	0.5 (0-1.8)	

*Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis

**Malvarlığına karşı suçlar, göçmen kaçakçılığı ve insan ticareti, genel ahlaka karşı suçlar, kamu idaresinin güvenliğine ve işyerlerine karşı suçlar, kamunun sağlığına karşı suçlar, hürriyete karşı suçlar, emniyeti suistimal, polise hakaret ve siyasi suçlar.

Sağlık davranışı alanındaki problemlere ait bilgi puanlarının ilk ve son değerlendirmeler arasındaki değişim (fark) ortancası, sağlık güvencesi olanlarla olmayanlarda farklılık göstermektedir ($p<0.05$) (Tablo 4.17). Sağlık güvencesi olanlarda bilgi puanları değişimi ortancası 0.95 (0-1.8), sağlık güvencesi olmayanların ortancasına 0.29 (0-1.5) göre daha yüksektir. Sağlık güvencesi olanlarda sağlık davranışındaki bilgi puanları değişimi daha fazla olmuştur.

Tablo 4.18. İlk ve son değerlendirmede sağlık davranışı alanında belirlenen hemşirelik tanılarının davranış puanlarının mahpusların özelliklerine göre dağılımı

Ortalama davranış puanlarının değişimleri				
Mahpusların Özellikleri	n	Ort±SS	Ortanca (Min-maks)	p [*]
Yaş grupları				
24 yaş ve altı	9	0.52±0.30	0.5 (0.2-1)	0.349
25 yaş ve üzeri	21	0.89±0.77	0.8 (0-2.75)	
Suç türü				
Kişiyeye karşı suçlar	18	0.74±0.58	0.67 (0-1.75)	0.983
Diğer**	12	0.83±0.84	0.65 (0-2.75)	
Ceza süresi				
120 ay ve altı	12	0.78±0.60	0.9 (0-1.95)	0.692
120 aydan fazla	18	0.77±0.75	0.55 (0-2.75)	
CİK'te kalış süresi				
24 ay ve altı	12	0.85±0.62	0.77 (0-1.95)	0.391
24 aydan fazla	18	0.73±0.73	0.55 (0-2.75)	
Eğitim durumu				
İlkokul ve altı	15	0.75±0.52	0.75 (0-1.95)	0.744
Ortaokul ve üzeri	15	0.80±0.83	0.6 (0-2.75)	
Medeni durum				
Bekar	6	0.62±0.55	0.41 (0.2-1.67)	0.870
Evli	6	0.78±0.43	0.8 (0-1.2)	
Eşi ölmüş veya ayrı yaşayan	18	0.83±0.80	0.55 (0-2.75)	
Aile tipi				
Çekirdek veya geniş	15	0.73±0.47	0.8 (0-1.67)	0.806
Parçalanmış	15	0.82±0.86	0.5 (0-2.75)	
CİK öncesi çalışma durumu				
Çalışıyor	12	0.90±0.79	0.7 (0-2.75)	0.518
Çalışmıyor	18	0.69±0.61	0.62 (0-1.95)	
CİK öncesi sağlık güvencesi				
Yok	20	0.59±0.63	0.5 (0-2.75)	0.022
Var	10	1.14±0.66	1.2 (0-1.95)	
CİK'te çalışma durumu				
Çalışmıyor	17	0.89±0.76	0.75 (0-2.75)	0.483
Çalışıyor	13	0.64±0.56	0.5 (0-1.75)	

*Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis

**Malvarlığına karşı suçlar, göçmen kaçakçılığı ve insan ticareti, genel ahlaka karşı suçlar, kamu idaresinin güvenliğine ve işyerlerine karşı suçlar, kamunun sağlığına karşı suçlar, hürriyete karşı suçlar, emniyeti suistimal, polise hakaret ve siyasi suçlar.

Sağlık davranışı alanındaki problemlere ait davranış puanlarının ilk ve son değerlendirmeler arasındaki değişim (fark) ortancası sağlık güvencesi olanlarla olmayanlarda farklılık göstermektedir ($p<0.05$). Sağlık güvencesi olanlarda davranış puanları değişimi ortancası 1.2 (0-1.95), sağlık güvencesi olmayanların ortancasına 0.5 (0-2.75) göre daha yüksektir. Sağlık güvencesi olanlarda sağlık davranışındaki davranış puanları değişimi daha fazla olmuştur (Tablo 4.18).

Tablo 4.19. İlk ve son değerlendirmede sağlık davranışları alanında belirlenen hemşirelik tanılarının durum puanlarının mahpusların özelliklerine göre dağılımı

Ortalama durum puanlarının değişimleri				
Mahpusların Özellikleri	n	Ort±SS	Ortanca (Min-maks)	p*
Yaş grupları				
24 yaş ve altı	9	0.53±0.71	0.2 (0-1.80)	0.722
25 yaş ve üzeri	21	0.62±1.12	0.16 (-0.60-3.33)	
Suç türü				
Kişiye karşı suçlar	18	0.41±0.90	0.085 (-0.6-2.67)	0.232
Diğer**	12	0.856±1.12	0.3 (0-3.33)	
Ceza süresi				
120 ay ve altı	12	0.65±0.87	0.32 (-0.6- 2.35)	0.368
120 aydan fazla	18	0.56±1.10	0 (-0.6-3.33)	
CİK'te kalış süresi				
24 ay ve altı	15	0.59±1.14	0.2 (-0.6-3.33)	1.000
24 aydan fazla	15	0.59±0.88	0—0.25-2.67)	
Eğitim durumu				
İlkokul ve altı	15	0.59±1.14	0.2 (-0.6-3.33)	1.000
Ortaokul ve üzeri	15	0.59±0.88	0 (-0.25-2.67)	
Medeni durum				
Bekar	6	0.70±1.08	0.12 (0-2.67)	0.852
Evli	6	0.73±1.50	0.46 (-0.6-3.33)	
Eşi ölmüş veya ayrı yaşayan	18	0.51±0.82	0.18 (-0.6-2.35)	
Aile tipi				
Çekirdek veya geniş	15	0.72±1.16	0.2 (-0.6-3.33)	0.624
Parçalanmış	15	0.46±0.83	0 (-0.6-2.35)	
CİK öncesi çalışma durumu				
Çalışıyor	12	0.49±0.90	0.1 (-0.6-2.67)	0.755
Çalışmıyor	18	0.66±1.08	0.18 (-0.6-3.33)	
CİK öncesi sağlık güvencesi				
Yok	20	0.45±0.93	0 (-0.6-3.33)	0.328
Var	10	0.87±1.13	0.57 (-0.6-2.67)	
CİK'te çalışma durumu				
Çalışmıyor	17	0.67±0.99	0.2 (-0.6-2.67)	0.483
Çalışıyor	13	0.49±1.04	0 (-0.6-3.33)	

*Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis

**Malvarlığına karşı suçlar, göçmen kaçakçılığı ve insan ticareti, genel ahlaka karşı suçlar, kamu idaresinin güvenliğine ve işyerlerine karşı suçlar, kamunun sağlığına karşı suçlar, hürriyete karşı suçlar, emniyeti suistimal, polise hakaret ve siyasi suçlar.

Tablo 4.19'da kadınların sağlık davranışı alanında ilk ve son değerlendirmelerde belirlenen hemşirelik tanılarına yönelik olarak elde edilen durum puanları verilmektedir. Araştırma süresince, sağlık davranışı durum puanlarının değişim ortancaları mahpusların özelliklerinin hiçbirisi ile anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0.05$) (Tablo 4.19) .

4.3. Ceza İnfaz Kurumunda Sunulan Hemşirelik Hizmetlerinin Kadın Mahpusların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesine Etkisi

Tablo 4.20. İlk ve son değerlendirmede kadın mahpusların sağlıklı yaşam biçimi davranışları II ölçeği puanlarının dağılımı

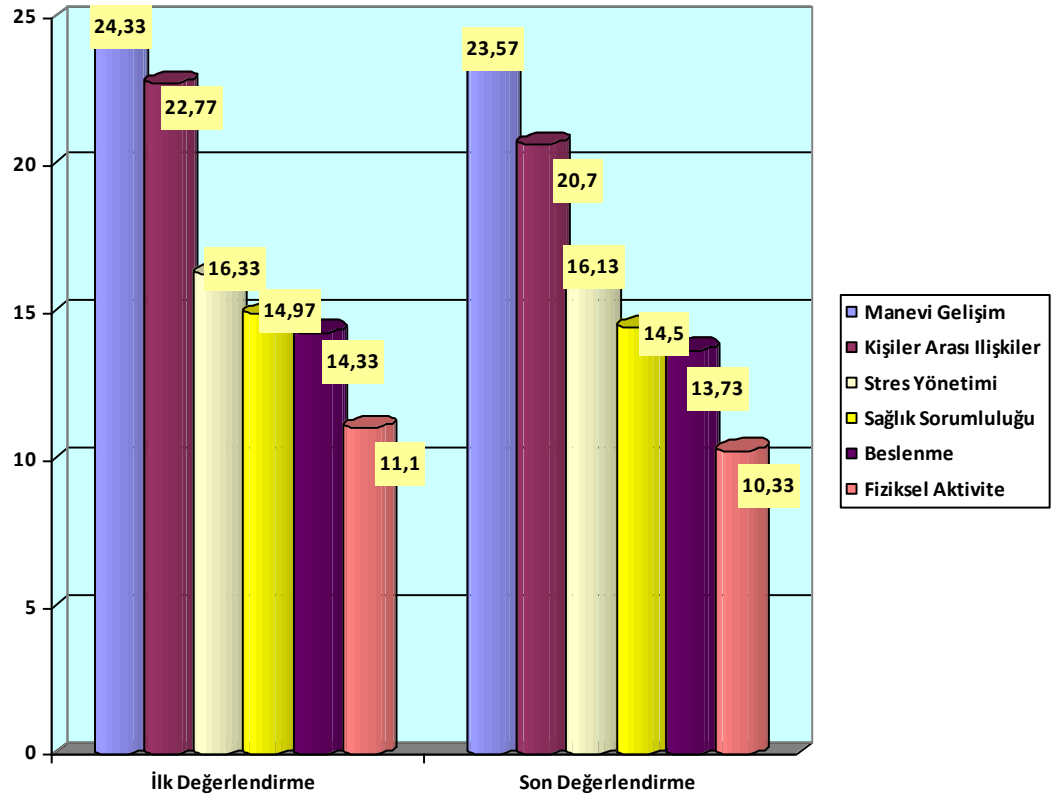
SYBDÖ II	İlk Değerlendirme		Son Değerlendirme		p*
	Ort±SS	Ortanca (Min-maks)	Ort±SS	Ortanca (Min-maks)	
Manevi Gelişim	24.33±5.29	24.5(13-31)	23.57±6.57	25(10-34)	0.820
Kişiler Arası İlişkiler	22.77±5.23	23(14-33)	20.70±6.07	20(9-34)	0.027
Stres Yönetimi	16.33±3.88	16(10-25)	16.13±4.31	15(9-27)	0.725
Sağlık Sorumluluğu	14.97±5.76	12(9-28)	14.50±5.65	12.5(9-34)	0.385
Beslenme	14.33±4.69	13.5(9-27)	13.73±4.14	12(10-24)	0.609
Fiziksel Aktivite	11.10±4.96	8(8-28)	10.33±3.38	8(8-21)	0.294
Toplam Puan	103.83±22.2	98(66-157)	98.97±23.41	97.5(67-157)	0.247

Ort; Ortalama, SS, Standart Sapma, Min; Minimum, Maks; Maksimum

*Wilcoxon İşaret Testi

Kadınların SYBDÖ II'den ilk değerlendirme ve son değerlendirmede aldıkları puanların dağılımlarının normal dağılıma uygunluğu test edilmiş ve kadınların sağlıklı yaşam biçimi ölçeğinden aldıkları puanların hemşirelik girişimi öncesinde ve sonrasında farklı olup olmadığının karşılaştırılmasında Wilcoxon İşaret testi kullanılmıştır. Analizler sonucunda SYBDÖ II'den ilk ve son değerledirmelerde elde edilen toplam puanlar arasında fark bulunamamıştır ($P>0.05$). Sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim ve stres yönetimi alt ölçeklerinin önce ve sonra puanları arasında da fark bulunamamıştır ($P>0.05$). Kişiler arası ilişkiler alt boyutunun ise önce ve sonra puanları arasında fark bulunmuştur ($p<0.05$). (Tablo 4.20).

Kişiler arası ilişkiler son değerlendirme puan ortancası 20 (9-34), ilk değerlendirme puan ortancasına 23(14-33) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktür.



Grafik 4.7. İlk ve son değerlendirmede kadın mahpusların SYBDÖ II puanlarındaki değişimler

5. TARTIŞMA

CİK’te sunulan hemşirelik hizmetlerinin kadın mahpusların sağlık davranışları ve fiziksel sağlık düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi amacı ile yapılan bu araştırmadan elde edilen bulguların tartışması hipotezler kapsamında sunulmuştur:

1. CİK’te sunulan hemşirelik hizmetlerinin kadın mahpusların fiziksel sağlık ve sağlık davranışları problemlerinin çözümüne etkisinin değerlendirilmesi

2. CİK’te sunulan hemşirelik hizmetlerinin kadın mahpusların problemlerine yönelik bilgi, davranış ve durum düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi

3. CİK’te sunulan hemşirelik hizmetlerinin kadın mahpusların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesine etkisinin değerlendirilmesi

5.1. Ceza İnfaz Kurumunda Sunulan Hemşirelik Hizmetlerinin Kadın Mahpusların Fiziksel Sağlık ve Sağlık Davranışları Problemlerinin Çözümüne Etkisi

Araştırmada kadınlara tekrarlı olarak yapılan fiziksel muayene / sistem değerlendirmeleri, anamnez bulguları, dosya incelemeleri ve gözleme dayalı olarak elde edilen veriler ve bireylerin başvurularına dayalı olarak toplam 319 hemşirelik tanısı / problemi belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1). Fizyolojik alana ait problemlerin sağlık davranışı alanındakilerden daha fazla olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.1). CİK’lerde OS’nin kullanıldığı başka bir çalışmaya rastlanmamasına karşın farklı alanlarda yapılan diğer çalışmalarda da; en fazla fizyolojik alana ilişkin problemler saptandığı, onu sağlık davranışı alanına ilişkin problemlerin takip ettiği rapor edilmektedir (141, 142, 151-153). Literatürde; tanı alanları sıralamasının fizyolojik, psikososyal, çevresel ve sağlık davranışları alanı şeklinde farklılık gösterdiği çalışmalara da rastlanmaktadır (154, 155). Türkiye’de farklı alanlarda OS ile yapılan çalışmalarda fizyolojik alan problemlerinin öne çıkması düşündürücü bir bulgudur. Araştırmada da bu durum değişmemiş kadınların en fazla fizyolojik alan problemlerine sahip oldukları belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.1). Bu bulgu, CİK’te kalan bireylerin, özellikle kadınların, fiziksel hastalık problemlerinin olduğu bilgisi ile uyumlu görülmüştür (155, 156). Ayrıca, araştırmada birey başına düşen fiziksel

problem ortalamasının 6 olması literatürdeki mahpusların fiziksel problem ortalamasının 6.3 olduğu verisiyle de benzerlik göstermektedir (12). Yapılan başka çalışmalarda da, kadınların kronik sağlık problemlerinin 2 ile 13 arasında olduğu (157) ve hastalık sayısı ortalamasının 2.6 olduğu bulunmuştur (158). Mahpusların sağlık problemleri CİK'lere girdiklerinde ortaya çıksa da, aslında kadınların fizyolojik sağlık problemlerinin CİK'lerde ortaya çıkmadığı, daha CİK'e girişte fiziksel iyilik hallerinin genel popülasyondan çok daha düşük olduğu bilinmektedir (159). Mahpus kadınların yaşam kalitesi puanlarının, özellikle fiziksel sağlıklarının toplumdaki kadınlardan anlamlı derecede daha düşük olduğu da literatürde geçen bilgiler arasındadır (160). Fiziksel hastalıkların yaygın görülmesinin nedeni; kadınların yoksul ortamlardan gelmesi, eğitim düzeylerinin düşük olması ve sağlık hizmetlerine ulaşımının sınırlı olması ile de açıklanmaktadır (35, 158).

Fizyolojik alana yönelik olarak 180 hemşirelik tanısı kullanılmıştır (Bkz. Tablo 4.1). Fizyolojik alanda öne çıkan tanılar; ağız sağlığı (n= 29), sindirim-hidrasyon (n= 23), üreme fonksiyonu (n= 19) ve dolaşım (n= 19) olmuştur (Bkz. Grafik 4.1). En çok kullanılan tanı olan, ağız sağlığı; aşırı tartar (n= 27), dişlerde şekil bozukluğu / kırık / kayıplar (n= 26), çürükler (n= 24) ve yaralı / şiş / kanayan diş eti (n= 15) belirti - bulguları ile belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.2). CİK'lerde kalan bireylerin ağız sağlığı uygulamalarının yetersiz olduğu ve özellikle kadınların çürük, kayıp ve dolgu skorlarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (99). Diş kayıpları, diş ve dişeti problemlerinin ise genel toplumdan dört kat daha yaygın olduğu bilinmektedir (8, 163). Kadınların ağız sağlığı gereksinimlerinin yüksek olduğu (22, 70) ve CİK'e girdikten sonra diş sağlığı hizmetlerine başvuru oranlarında artışlar olduğu belirtilmektedir (67, 156). CİK'te yapılan başka bir çalışmada ise diş sağlığı problemlerinin mahpuslarda yaygın görülen problemler arasında ikinci sırada yer aldığı belirtilmektedir (162).

Gerek araştırma sonucu, gerek literatür bilgisi mahpusların ağız sağlığı problemlerini yoğun olarak yaşadıklarını ortaya koymuştur. Bu problemin bu kadar yoğun yaşanmasının nedenleri arasında ise sigara içme oranının yüksek olması, yetersiz beslenme, düşük sosyo-ekonomik düzey ve stres sayılmaktadır (161). Ağız sağlığı problemlerine yönelik hazırlayıcı faktörlere sahip mahpusların, CİK'e gelmeden önce ağız diş sağlığına yönelik bakım almamış (163) oldukları da

düşünülmektedir. Kadınlar ağız diş sağlığı hizmetlerinin sunulması önem kazanmaktadır. Mahpusların, ağız diş sağlığı hizmetlerinin yanı sıra, doğru ve yeterli ağız sağlığı uygulamalarına yönelik eğitimler düzenlenmesi, kaçırılmaması gereken bir halk sağlığı fırsatı olarak görülmelidir (99), çünkü Türkiye’de “her üç kişiden biri dişini günde bir kez bile fırçalamamaktadır” (164). Toplum olarak bakıldığında da, Türkiye’de DMFT indeksi (çürük+dolguluk+çekilen diş) düşük olması gerekirken yüksek bir orandadır (6.17) ve bunun 1 olması hedeflenmektedir (165). Bu bulgu Türkiye’de ağız diş sağlığının önemselenmediğini göstermesi açısından önemlidir. Yani CİK’lerde gözlemlenen ağız sağlığı problemleri Türk halkının genel problemi olarak düşünülebilir. Oysa, genel sağlığın bir parçası olan ağız diş sağlığı problemleri; kalp - dolaşım hastalıklarına, diyabete, pnömoniye, kronik solunum hastalıklarına, mide-bağırsak hastalıklarına, ortopedik hastalıklara, psikosomatik hastalıklara, hamilelerde düşük doğum ağırlıklı bebeklere ve düşük riskinde artışa neden olabilmektedir (165). CİK / hapishane hemşireleri, ağız sağlığı hizmetlerinde başlangıç noktası (163) olarak vereceği eğitimlerin, halkın sağlığını direkt etkileyeceğini unutmamalıdır.

Ağız sağlığı hemşirelik tanısına yönelik belirti - bulgular arasında yer almayan, klinik belirti bulgusu olmayan, ancak elle yapılan fizik muayenede troid bezinde büyüme olarak belirlenebilen ve ötroid devam eden guatr ya da troidit vakaları saptanmıştır. Bunun üzerine, Minnesota Üniversitesi'nden OMAHA sisteminin gelişmesinde aktif olarak rol alan kişilerden biri olan, Karen Monsen (Bkz EK 13) ile görüşülerek troid bezinde büyüme tanısı, ağız sağlığı hemşirelik tanısının altına diğer belirti - bulgu olarak eklenmiştir. Aynı zamanda, diğer başlığı altına ağızda yara, lenf bezinde şişme belirti – bulgusu da araştırmacı tarafından eklenmiştir.

Fizyolojik alanda, en sık karşılaşılan problem sindirim-hidrasyon tanısıdır. Bu tanının seçilmesinde etkili olan belirti – bulgular; kramp / karın bölgesinde rahatsızlık (n= 22), anemi (n= 8), bulantı - kusma (n= 6), hazımsızlık (n= 3) ve reflü (n= 3)'dür (Bkz. Tablo 4.2). Bireylerin yaşadıkları mide problemlerinin, yemeklerin kalitesi ve kullanılan yağ nedeniyle olabileceği (168) bildirilmektedir. Araştırmada da, kadınlar yemeklerle ilgili şikayetler bildirmişlerdir (Bkz. EK Tablo 1). Kadınların büyük çoğunluğunun, yemekleri bazen ya da hiç yemedikleri

saptanmıştır. Bunun kadınların sağlıklarını bozabileceği de düşünülmektedir. Anemi ve vitamin eksikliği tanısında meydana gelen artışların (Bkz. EK Grafik 1), bununla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, anemi ve vitamin ilaçları kullanan bireylerin sayılarındaki artışta bunu destekler niteliktedir (Bkz. EK Grafik 2).

Kadınların büyük çoğunluğu rahatsızlık / ağrı ifade etmişlerdir (Bkz. Grafik 4.1). Ağrı kaynaklarının çoğunluğunun, eklem ağrıları ve baş ağrıları olduğu kadınlar tarafından belirtilmiştir. Kadınlar, eklem ağrılarının çoğunlukla CİK'e geldikten bir süre sonra başladığını bildirmişlerdir. Ağrı bulgusunun, kadınların yaşam kalitelerini etkileyeceği göz önünde bulundurularak, ağrı kaynaklarının irdelenmesi önemlidir. Hemşireler bu kapsamda etkin rol almalıdırlar.

Kadınlarda görülen bir diğer hemşirelik tanısı dolaşımdır. Bu tanı başlığında en çok rastlanan belirti ve bulgular; anormal kan basıncı ölçümleri (n= 7), kalp ritminde düzensizlik (n= 6), göğüs ağrısı (n=6) ve kalp hızında aşırı artış (n= 5) olmuştur (Bkz. Tablo 4.2). Araştırmacının yüksek kan basıncı saptadığı bireyleri, CİK sağlık hizmetlerine yönlendirmesi, bu bireylerin hipertansiyon tanısı almalarını ya da hipertansiyon açısından takip altına alınmalarını sağlamıştır. Bazı bireylerde ise CİK sağlık memuru ile işbirliği yapılarak, diyetle yönelik düzenlemeler yapılarak bu problem çözülmeye çalışılmıştır. Math ve diğ. (61), kadınların CİK'e geldiklerinde hipertansiyon öyküsüne sahip olmadıklarını belirtmelerine karşın, yapılan değerlendirmeler sonucunda hipertansif birey oranının (% 20.5), hipertansif olduğunu bildiren birey oranından (% 3.6) daha fazla bulunduğunu bildirmektedirler. Araştırmada da, ilk değerlendirmede hipertansif birey sayısı 3 iken, son değerlendirmede tanı alan birey sayısının 5 olduğu görülmüştür (Bkz. EK Grafik 1). Mahpus bireylerin, daha önce sağlık hizmetlerine başvurmadıklarının (% 53.3), semptomları olsa dahi sağlık bakımı almamalarının (Bkz. EK Tablo 2) belirlenmesi, aslında bu hastalıkların CİK'e gelmeden ortaya çıktığı düşüncesini destekler niteliktedir. Araştırmada, kadınların sahip oldukları risk faktörleri incelenmiş ve %40.0'nın hipertansif hastalıklar açısından ailesel riske sahip olduğu belirlenmiştir (Bkz. EK. Tablo 3). Bu veri, kadınların gelecekte hipertansif hastalıklar açısından risk grubunda olduklarını ve yakından takip edilmeleri gerektiğini göstermektedir. Plugge ve diğ. (167) tarafından da, mahpus kadınların kardiyovasküler hastalıklar açısından risk altında oldukları ortaya konmuştur. Dolaşımla ilgili sorunların,

kadınların sağlık davranışları ile ilişkisi olabileceği de düşünülmüştür. Beslenme, egzersiz ve ağız sağlığı ile ilgili sorunların olması, aile öyküsünde ki riskler, mahpusluğun getirdiği stresli yaşam, gelecekle ilgili umutların tükenmiş olması gibi nedenlerin hipertansiyonu arttırabileceği düşünülmektedir.

Solunum hemşirelik tanısı 17 birey için belirlenmiştir . Bu bireylerde görülen belirti bulgular; anormal solunum tipleri (n= 16), anormal solunum sesleri (n=2) ve burun akıntısı / nazal konjesyon (n= 1) olmuştur (Bkz. Tablo 4.2). Solunum problemlerinin; bir kısmının stres kaynaklı olduğu, bir kısmının üşütme, çok sık kapalı ve kalabalık ortamlarda bulunma ve bireylerin sigara kullanma alışkanlıklarıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Yapılan başka çalışmalarda da, mahpus bireylerde en yaygın görülen fiziksel sağlık problemlerinin, solunum sistemine ait olduğu saptanmıştır (168, 169). Sık rastlanan solunum problemleri nedeniyle, hemşirelerin bireylerin solunum kapasitelerini ölçmeleri, sigara bırakma müdahalelerinde bulunmaları, astım yönetimini yapmaları ve bireylere bu yönde eğitim vermeleri önem kazanmaktadır. Yapılacak hemşirelik girişimleri, bireylerin problemlerinin ilerlemesinin önlenmesi ve ortaya çıkabilecek problemlerin erken aşamada en az zararla atlatılmasında önemli bir müdahale olacaktır.

Kadınlarda görülen bir diğer hemşirelik tanısı üreme sağlığına ilişkindir. Üreme sistemi problemleri en sık kodlanan üreme fonksiyonu tanısının kodlanmasını gerektirmiştir. Bu tanının belirlenmesinde kullanılan belirti-bulgular; anormal menstrasyon şekli (n= 13), anormal akıntı (n= 9) ve üreme organlarında veya memede kitle, şişme ve hassasiyet (n= 3)'tir (Bkz. Tablo 4.2). Bu tanı alanında karşımıza çıkan üreme organlarında veya memede kitle, şişme ve hassasiyet saptanan bir kadına ileri evre (IV. Evre) metastatik meme kanseri tanısı konulmuştur. Tedavisine kemoterapi ile başlanan kadının, meme kanserine yönelik geçmiş risk faktörleri başlangıçta değerlendirilmiştir ve erken menarş yaşadığı (9 yaş), memelerinde büyüklük farkının 2 yıldır olduğu, ancak kendisinde herhangi bir ağrı yaratmadığı ve sağlık güvencesi olmadığı için sağlık hizmetlerine başvurmamıştı saptanmıştır. Bu kadının kanser prognozunun gittikçe kötüleştiği ve araştırmanın bitiminden yaklaşık 5 ay sonra hastanede hayatını kaybettiği öğrenilmiştir. Araştırmada, erken menarş yaşayan 2 kadın, ailesel risk faktörü bulunan 6 kadın (Bkz EK Tablo 3) ve fazla kilo problemi olan 17 kadın olduğu düşünüldüğünde; bu

kadınların meme kanseri açısından oldukça riskli bir grupta yer aldıkları görülmektedir. Mahpus bireylerin 31'inin her 5 yılda yeni kanser tanısı alması, CİK popülasyonunun tüm kanser türleri için risk altında olduğunu, ancak kadınların (saptanan kanser türlerinin % 83.0'nın serviks karsinomu olması) üreme organları kanserleri açısından daha büyük bir risk altında olduklarını ortaya koymaktadır (94). CİK'lerde bulunan kadınların büyük bir kısmının hormon tedavisi alma (%61.0), obez olma (%32.0), yağlı bir diyetle sahip olma (%58.0), kronik sigara kullanıcısı olma (%70.0) ve ağır alkol kullanma öyküsü olması (%26.0) gibi meme kanseri açısından birden fazla risk faktörüne sahip oldukları Noble ve Alemango (84) tarafından da rapor edilmiştir . Bunlara ek olarak katılımcıların %26.0'ının erken menarş yaşadığı, %13.0'ının birinci derece yakınlarında meme kanseri olduğu ve %6.0'ının daha önce meme biyopsi yaptırdığı belirlenmiştir (84). Araştırmada da, kadınların üreme özellikleri incelenmiş ve mahpus bireylerin de yukarıda sayılan risklere sahip olduğu görülmüştür (Bkz. EK Tablo 3-5).

Araştırma sonucu ve literatür kadınların üreme sağlığı açısından değerlendirilmeleri ve koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında taramaların belirli aralıklarla yapılması gerektiğini öne çıkarmaktadır. Kadınların, cinsiyete özel sağlık bakım hizmeti almaları gerekliliği üzerinde durularak, bu kadınların CİK'e girişte ve düzenli aralıklarla; pap-smear testi, meme ultrasonografisi ve mamografi yaptırılması gereklidir. Özellikle CİK'te çalışan hemşireler tarafından, bu bireylere kanserin erken belirti bulgularına yönelik eğitimler verilmesi ve taramalardan geçirilmesi için işbirliği sağlamaları gerektiği belirtilmektedir. Araştırma kapsamında, kadınlara üreme sistemi, üreme sistemi hastalıkları, erken tanı ve tedavi yöntemleri anlatılmıştır. Meme kanseri olan kadın için; kanserin prognozu, tedavi yöntemleri, olası yan etkileri anlatılmış ve sürekli olarak danışmanlık sağlanmıştır. Ayrıca bu birey için savunuculuk rolü kapsamında; CİK müdürü, psikososyal servis ile işbirliği yapılarak Cumhurbaşkanlığı affı alması sağlanmış, ancak birey (çocuklarının kendinin kötü durumunu görmelerini istememesi nedeniyle) çıkmaktan vazgeçmiştir.

Mahpus kadınların, yaklaşık dörtte birinin vajinit tanısı aldıkları (170) ve neredeyse yarısının en az bir CYBH geçirdiği (171) bildirilmektedir. Araştırmada da, 11 kadının vajinit tanısı aldığı ve bir kadının HIV pozitif tanısı aldığı görülmektedir (Bkz. EK Grafik 1). Vajinit kaynaklarının neler olabileceğine dair yapılan

incelemeler; kadınların neredeyse tamamının yanlış tuvalet ve menstruasyon hijyeni uygulamalarına sahip olduklarını (Bkz. EK Tablo 6) göstermiştir. Kadınların cinsel olgunluğa eriştiği ve doğurganlık fonksiyonlarının gerçekleştiği 15-49 yaş dönemi, aynı zamanda genital enfeksiyonların artış gösterdiği riskli bir dönemdir. Bu dönemde gelişebilecek genital enfeksiyonlar, kadınların genital hijyen uygulamalarını doğru bir şekilde uygulamaları ile önlenabilmektedir. Bu nedenle toplumla benzer özellikler gösteren bu bireylerin, kişisel bakım davranışları kapsamında; genital hijyen ve genel hijyene yönelik alacakları sağlık eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile CİK'lerde bulunan kadınların genital hijyen uygulamalarının geliştirebileceği, kadın sağlığının korunabileceği ve geliştirilebileceği düşünülmektedir. Bu noktada, sağlık eğitimi rolü ile hemşire de vazgeçilmez bir ekip üyesi olarak öne çıkmaktadır. Özellikle, kadınların CİK'te bulunan ve bulunmayan kadınların genital bölgeyi temizleme şekli, tuvaletten sonra el yıkama alışkanlığı, iç çamaşırı değiştirme sıklığı, hijyenik ped kullanma, ped ihtiyacını karşılama, ped değiştirme sıklığı, ped değiştirme öncesi ve sonrası el yıkama, menstruasyon sırasında duş alma şeklinin benzerlik gösterdiği (172) gerçeği, mahpus kadınlara yapılacak bir girişimin toplumsal düzeyde etkilerinin olacağını düşündürmektedir. Aynı zamanda, CİK'te olmanın kadınların bazı genital hijyen uygulamalarını olumsuz yönde etkilediği (172) de düşünüldüğünde, bu kadınlara yapılacak hemşirelik girişimleri daha da önem kazanmaktadır. Kadın mahpusların, genital hijyen davranışlarının istendik düzeye yakın olmasına karşın toplumda yaygın olarak görülen yanlış hijyen uygulamalarını gösterdikleri bilinmektedir (173). Bu nedenle, araştırma kapsamında kadınlara bireysel hijyen uygulamalarının tamamı eğitim olarak sunulmuştur. HIV pozitif kadının geçmiş öyküsü, çalışmanın ilk aşamasında değerlendirilmiş; para ile cinsel ilişki de bulunduğu ve konsomatrist olarak çalıştığı saptanmıştır. Bireyle yapılan görüşmeler esnasında; CİK'e girmeden önce cinsel şiddete de uğradığı öğrenilmiştir. Bu bireye HIV ile ilgili eğitim verilmiş ve aralıklı olarak neler yapması gerektiği konusunda kapsamlı görüşmeler yapılmıştır.

Araştırmada saptanan üreme sağlığı problemleri, mahpus kadınların büyük çoğunluğunun ortak sorunudur (61, 109, 174, 175). Bu nedenle, kadınlara genel anlamda üreme sağlığı hizmetleri verilmesi, sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi

için önemli bir adım olacaktır. Ayrıca, üreme sağlığına yönelik sunulacak koruyucu hizmetlerin, maliyet etkin bir yaklaşım olacağı da unutulmamalıdır. Çünkü, CİK'e giren her birey devletin güvencesi altında ve Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamındadır.

Sinir-kas-iskelet fonksiyonuna ilişkin sadece bir bireyde hareketlerde sınırlılık (n= 1), kas gücünde azalma (n= 1) ve yürüme / hareket etme güçlüğü (n= 1) belirti - bulguları kullanılmıştır (Bkz. Tablo 4.2). Ancak, kadınlarda bulunan bazı belirti bulgular OS'nin yapısı gereği diğer tanı gruplarının altında ele alınmıştır. Bunlar; eklemlerde, bel ve boyunda görülen ağrılar; rahatsızlık / ağrı hemşirelik tanısı altında kodlanmıştır. Bu belirti - bulguların, kas-iskelet sistemine ait spesifik bir hastalığa ait olmayabileceği de (67) düşünülmektedir. Ancak, bilinen birşey vardır ki, bu da mahpus kadınların en fazla şikayetçi oldukları ikinci semptomlarının (% 72.0) tutulma / eklem ağrısı olduğu ve üçüncü semptomlarının (% 67.0) bel ağrısı olduğu (12), kemik / eklem / bel / boyun problemlerinin dört kat daha fazla görüldüğü (8) gerçeğidir. Araştırma da, her ne kadar sinir - kas - iskelet fonksiyonuna dair bir birey için kodlama yapılmamış olsa da, bu bireylerin bu fonksiyona yönelik ağrı tarifledikleri düşünüldüğünde, CİK'te çalışan bir hemşirenin sinir - kas - iskelet fonksiyonuna yönelik problemlerle sık karşılaşacağını bilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda, kadınların zamanla yaşlandıkları ve her koşulun güneş ışığından eşit oranda yararlanmasına karşın, bireylerin yeterince güneş ışığından faydalanamadıkları düşünüldüğünde; sinir - kas - iskelet fonksiyonuna yönelik olarak kadınları osteoporoz gibi daha büyük bir problemin beklediğinin farkında olunması gerekmektedir. Yapılan bir çalışmada, kadın mahpuslarda osteoartrit düzeylerinin toplumdaki kadınlardan daha yüksek olduğu bildirilmektedir (160). Araştırmada kadınların osteoartrit tanısı almadığı, ancak artralji, artropati, tendinit, menisküs gibi tanıları aldıkları saptanmıştır (Bkz. EK Tablo 6, EK Grafik 1).

Kadınlarda görülen başka bir problem ise bağırsak fonksiyonu (n= 11) hemşirelik tanısı (Bkz. Grafik 4.1) altında kullanılan, defekasyon sıklığında / dışkı kıvamında anormallik belirti - bulgusudur (Bkz. Tablo 4.2). Araştırma sonunda, bu belirti - bulgunun 9 bireyde hekim tanısı olarak da görüldüğü saptanmıştır. Bu problemin çoğunlukla beslenme alışkanlığıyla ilişkili olarak ortaya çıktığı

bilinmektedir. Araştırmada, ilk değerlendirmede konstipasyon tanısı alan 8 kişinin, son değerlendirmede 1 kişi daha arttığı ve başlangıçta 3'ünün ilaç kullandığı son değerlendirmede ise 5 kişi daha attığı görülmüştür (Bkz. EK Grafik 2). Bu sonuç, mahpusların bağırsak fonksiyonları ve hastalıkları açısından risk grubu olduklarını göstermesi açısından önemli görülmektedir. Hemşireler, bu bilgiyi değerlendirmeli ve bireylerde ortaya çıkabilecek semptomları kaçırmamalıdır.

Üriner fonksiyon 13 bireyde hemşirelik tanısı olarak kullanılmıştır (Bkz. Grafik 4.1). İdrar yaparken yanma / ağrı (n= 6), idrar kaçıрма (n= 4) ve sıkışma hissi / sık idrara gitme (n= 11) belirti - bulguları görülmüştür (Tablo 4.2). Drennan ve diğ. (24) tarafından CİK'lerde kadınların % 24.0'nın idrar yolu ve bağırsak problemlerine sahip oldukları belirtilmektedir. Kadınların % 44.0'nın üriner semptomları olduğu, % 31.0'nın stres inkontinansı olduğu ve % 24.0'nın sürekli sıkışma halinde inkontinansı olduğu saptanmıştır (24). Üriner sistem bulgularının kadınların yanlış perine ve menstrasyon hijyenlerinin etkili olabileceği düşünülmektedir.

Mahpus bireylerde, özgür bireylere oranla HIV ile enfekte olma 8-10 kat, Hepatit C ile enfekte olma 9-10 kat ve TB olma 4-17 kat daha fazladır (14, 178). Araştırmada, bulaşıcı / enfeksiyon durumu 3 birey için tanımlanmıştır. Araştırma sürecinde HIV ile enfekte bir birey saptanmıştır. Bir bireyin ise HIV pozitifliği önceden belirlenmiştir. Bireylere girişte rutin HIV, Hepatit ve TB taraması yapılmamaktadır. Bu da bu hastalıkların CİK'lerde yayılmasına neden olabileceğini düşündürmektedir. HIV pozitiflik tanısı alan bireyin tanıyı alması CİK'e girdikten 3 - 4 ay sonra olmuştur. Bu tip hastalıkların varlıkları düşünülerek, CİK'e girişte yapılabilecek tarama testlerinin maliyet etkin bir yaklaşım olacağı düşünülmelidir. Çünkü HIV tedavisi oldukça pahalıdır ve CİK'te diğer bireylere de bulaşması ülke ekonomisine test bedelinin çok ötesinde masraflar getirecektir.

Mahpus kadınların sağlık davranışı alanındaki problemleri sırasıyla; beslenme (n= 30), sağlık bakım denetimi (n= 30), fiziksel aktivite (n= 29), madde kullanımı (n= 23), uyku ve dinlenme düzeni (n= 19) ve tedavi rejimi (n= 8)'dir (Bkz. Grafik 4.2). Bu alanda OS'nin kullanıldığı farklı alanlarda yapılan çalışmalarda da; sağlık davranışı alanıyla ilgili saptanan problemler arasında ilk sırayı beslenme ve fiziksel aktivitenin aldığı bildirilmektedir (142, 151). Sağlık davranışı alanında karşımıza

çıkan en önemli problem beslenme olarak saptanırken (Bkz. Grafik 4.2), bu tanı alanıyla ilgili en çok saptanan belirti-bulgular besin hazırlamada yetersizlik (n= 30), dengesiz beslenme (n= 30), günlük kalori / sıvı alımının standardın üstünde olması (n= 17), fazla kilo (n= 17), günlük kalori / sıvı alımının standardın altında olması (n= 6), önerilen beslenme programını sürdürememe (n= 3), hiperglisemi (n= 2), düşük kilo (n= 2) ve hipoglisemi (n= 1)'dir (Bkz. Tablo 4.3).

Besin hazırlamada yetersizlik belirti - bulgusu tamamen CİK'lerin imkan ve koşulları nedeniyle saptanan bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır. AKKCİK'te yemekler merkez CİK'ten gelerek koğuşlara dağıtılmaktadır. Koğuşlarda bireylerin yemek hazırlayabilmeleri için mutfakın olmadığı, sadece bulaşıkları yıkamak için bir lavabo olduğu, yemek yemek için masa - sandalyelerin olduğu bilinmektedir. Bu nedenle kadınlar sadece kurum yemeklerini yemek zorunda kalmaktadırlar. Ancak, kendi aldıkları ısıtıcılarda, makarna, patates vb. yiyecekleri pişirebildikleri öğrenilmiştir. Çoğunlukla iki öğün yemek yedikleri, kurum yemeklerini her zaman yiyemedikleri, kurum yemeklerini yemediklerinde öğünlerini, salata, peynir, zeytin, yeşillik ve bisküvi türü yiyeceklerle geçirdikleri, günlük olarak verilen iki adet ekmeği çoğunlukla tükettikleri ifade edilmiştir.

Dengesiz beslenme probleminin ise bireylerin kişisel alışkanlıkları ve CİK'lerin yemekleri ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Kadınların ekmek tüketimlerinin gereksinimlerinin üzerinde olduğu, meyve-sebze, süt ve süt ürünleri tüketimlerinin, kurubaklagil, et ve et ürünleri tüketimlerinin günlük alınması gerekenden az olduğu, balık gibi ürünlerin ise hiç tüketilmediği bulunmuştur. Kadınların kurum yemeklerini yeme durumları incelenmiş ve kadınların yemekleri çok yağlı, tadı-görüntüsü kötü ve aynı yemeklerin çıkması gibi nedenlerle tüketmedikleri görülmüştür (Bkz. EK Tablo 1). Bu beslenme tarzının da kadınların daha fazla kilo almasında rolü olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın beslenmeye ilişkin bulguları, CİK'teki bireylerin sağlığı koruma ve geliştirmede önemli rol oynayan beslenme açısından gerekli besin öğelerini yeterli oranlarda tüketmediklerini işaret etmektedir. Kadınların çoğunluğu, CİK'lerdeki beslenmelerinin; fakir ve karbonhidrat ağırlıklı olduğunu, yemek seçim şanslarının sınırlı olduğunu, yemeklerin tatsız, kötü pişirildiğini belirtirken çok az bir kısmı

yeterli oranda (günde en az 3 defa) meyve ve sebze tükettiğini belirtmektedir (23, 177). Kadınların beslenme özelliklerinin sağlığı koruma ve geliştirme açısından en önemli engellerden biri olduğu görülmüştür. Yetersiz beslenmenin ruh sağlığını da etkilediği düşünüldüğünde, kadınların hem fiziksel hem de ruh sağlıklarının risk altında olduğu düşünülmektedir.

Kadınlarda karşımıza çıkan başka bir sorun fazla kilodur (Bkz. Tablo 4.3). Bu sonuç literatürde, kadın mahpusların CİK'e girdikten sonra fazla kiloluk prevelansının artma eğiliminde olduğu (180), hafif şişman ya da obez olduğu (23), normal kiloda olsalar dahi zamanla aşırı kilolu ya da obez kategorilerine geçiş yaptıkları (156) bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Obezite, yol açtığı sağlık problemleri nedeniyle de oldukça önemlidir. Obezitenin küresel bir halk sağlığı problemi olduğu ve Türkiye'de de giderek arttığı düşünüldüğünde CİK'lerin obeziteyle mücadele çalışmaları için önemli bir noktada olduğu düşünülmektedir. Kadınların kilo alma nedenleri arasında sayılan stres düzeyi ve depresif semptomların (178) ortadan kaldırılmasına yönelik müdahalelerin de obezite ile mücadelede önemli olduğu düşünülmektedir. Obeziteden uzak ve sağlıklı bir yaşam için CİK'lerde sunulan yemek hizmetlerinin yeniden düzenlenmesinin de bireylerin sağlıklarına ve sağlık davranışlarına önemli katkılar sağlayabileceği ve bu yolla toplumun beslenme özelliklerinin de olumlu yönde değiştirilebileceği düşünülmektedir. CİK'te görev yapan hemşireler, bireylerin kilolarını takip etmeli ve diyetlerini düzenlemelidirler. Araştırmada kadınlara beslenme eğitimi ve besin hazırlama teknikleri de öğretilmiştir. Bebeği olan annelere bebek beslenmesi de anlatılmıştır.

Araştırmacı tarafından yemek listeleri incelendiğinde; kahvaltı için peynirin sütün her gün verilmediği, bazı günler sadece kahvaltı için çorbanın çıktığı, bazı günler sadece zeytin ve reçel gibi besinlerin çıktığı görülmüştür. Bunun yanı sıra meyve ve sebzelerin menülere sınırlı miktarlarda eklendiği görülmüştür. Sağlıklı bireylerin beslenme gereksinimlerinin karşılanmasının ötesinde yaşlılar, gebeler, emziren anneler, bebekler ve hasta bireyler için sunulması gereken özel diyet ve beslenme programlarının sınırlı ya da olmadığı görülmüştür.

CİKlerde kadınların sedanter yaşam ve sınırlı fiziksel aktivite olanakları gibi kilo almaya neden olabileceği düşünülen faktörlerin (179) ortadan kaldırılması önemlidir. Plugge ve diğ.(156) yaptıkları çalışmada, kadınların % 66.9'unun fiziksel aktivite düzeyinin düşük (haftada en az üç defa 30 dakikadan daha az fiziksel aktivite yapmama ya da hiç fiziksel aktivite yapmama) olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca, araştırmada da kadınların fiziksel aktivite problemlerine sahip oldukları bulunmuştur (Bkz. Grafik 4.2). Araştırma süresince katılımcılar, spor salonundan yeterince faydalanamadıklarını hatta hiç faydalanamadıklarını dile getirmişlerdir. Oysa, standartlar gereği bütün CİK'lerin bireylere haftanın 7 günü 1 saat yaşam alanı dışında uygun bir yerde aerobik / egzersiz yapabilme imkanı sağlaması gerekliliği vurgulanmaktadır (98).

Araştırmada sağlık davranışı alanındaki en önemli tanılardan biri olan sağlık bakım denetimi (Bkz Grafik 4.2) hemşirelik tanısına götüren belirti-bulgular değerlendirme / tedavi gerektiren semptomlar için bakım almama (n= 30), rutin / koruyucu sağlık bakımı yaptırmama (n= 24), sağlık bakım kaynaklarının yetersiz olması (n= 17), tedavi planının yetersiz olması (n= 9), sağlık bakım kaynaklarının sürekliliğinin olmaması (n=4) ve sağlık randevularına gitmeme (n= 3)'dir (Bkz. Tablo 4.3). Türk toplumundaki kadınların sağlık sorumluluklarının düşük düzeyde olduğu (180) bildirilmiştir. Araştırmada da, CİK'e giren kadınların sağlık sorumluluğunun düşük düzeylerde olduğunun saptanmış olması, sağlık bakım denetimi hemşirelik tanısının nedenini açıklamaktadır. Özellikle, çoğu kadın mahpusun, CİK'ten önce sağlık bakım hizmetine sınırlı ulaşımının (181) olması, kendi sağlıklarına yönelik çok az fikri olması ve sağlıklı yaşam stiline ilişkin çok az farkındalığa sahip olması da (182) kadınların koruyucu sağlık hizmetlerini almalarını etkilediği belirtilmektedir. Nitekim yapılan çalışmalar; CİK'teki kadınların genel popülasyona oranla daha az servikal tarama ve mamografi yaptırdıklarını (158), kendi kendine meme muayenesi gibi koruyucu sağlık davranışlarının yetersiz olduğunu (25, 84) ortaya koymaktadır. Baldwin ve Jones (183) tarafından, kadınlara yönelik önleme programları ve birincil sağlık bakım hizmetlerinin (fiziksel aktivite, aile planlaması ve sağlık eğitimi gibi), erken tanı, tarama ve tedavi hizmetlerinin (CYBH hastalıkların tarama ve tedavisi, sigara bırakma, antenatal bakım gibi) profesyonel standartlar ve kalite güvenliği ile sunulması gerektiğini

vurgulanmaktadır (183). Mahpus kadınlara doğum kontrol yöntemleri hizmetlerinin sunulması; geleneksel marjinalize topluluklara yönelik olarak CİK'lerin yaptığı önemli bir halk sağlığı müdahalesi olarak kabul edilmektedir (184). Kadınların servikal taramaya ilişkin bilgilerinin yetersiz olduğu, bu popülasyonun servikal kanser risk faktörleri açısından yüksek prevelansa sahip olması nedeniyle, CİK'lerin bu kansere yönelik tarama faaliyetleri gerçekleştirmesi oldukça önemli görülmektedir (95, 185). Mahpuslara CİK'e girdiklerinde sağlık hizmetlerinin sunulması, özellikle de birincil ve ikincil koruyucu sağlık hizmetlerin sağlanması oldukça önemlidir. Bu noktada da en önemli görev CİK'lerde çalışan hemşirelere düşmektedir.

Araştırmada kadın mahpusların sigara / tütün ürünlerinin içimi / kullanımı (n= 23) belirti – bulgularına sahip olduğu saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.3). Aynı zamanda kadınların CİK'e girmeden önce alkol ve madde kötüye kullanım problemleri olduğu da saptanmıştır (Bkz. EK Tablo 5). Türkiye'de CİK'te kalan kadınların, sigara içme ornamalarının toplumdaki kadınlardan daha fazla olduğu (160) araştırmanın sonucu ile benzerlik göstermektedir. Kadınların büyük bir kısmının madde kullanması dünyadaki literatür bilgisi ile de uyumludur (23, 45, 159, 170, 186, 187) (Bkz. EK Tablo 5). Madde bağımlılığı, CİK'lerde tedavi edilemez ise genellikle bağımlılığı finanse etmek üzere yeniden suç işleme olasılığını arttırmaktadır. Uyuşturucuyla ilgili suçlar; hırsızlık veya seks işçiliği üzerinden artarak devam etmektedir (55). Kane ve DiBartolo (171) tutukevinde kalan 30 kadınla yaptıkları çalışmada, 13 kadının tutuklanmadan önce madde problemi olduğunu ve 16'sının halen alkol problemi olduğunu bulmuştur. Mahpusların % 25.0'nin alkol bağımlısı olduğu ve yarıdan fazlasının suç işlerken sarhoş olduğu belirtilmektedir (171). Yüksek suç oranlarına sahip ve madde kötüye kullanımı olan bireyler daha fazla sağlık problemine sahiptirler (188). Hemşireler, CİK'lerdeki bireylerin sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi uygulamaları kapsamında; sigara bırakma müdahaleleri yapmalı (189), madde bağımlılığının tedavisi ve tahliye sonrasında bakımlarının devam ettirilmesini sağlamak amacıyla gerekli kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmalıdırlar. Çünkü, alkol ve/veya madde kullanımının suç ile direkt bir ilişki içinde olduğu, karşılıklı birbirlerini etkiledikleri, çok ciddi toplumsal ekonomik ve tıbbi sorunlara neden oldukları, CİK'te bulunanların genel sağlık

sorunlarından farklı sağlık sorunları yaşayabilecekleri bildirilmektedir. Bu nedenle, CİK'e girişte ilk bir hafta içerisinde madde yoksunluğunun önemli bir sağlık sorunu olarak değerlendirilmesi gerekmektedir (190). CİK hemşireleri, CİK'e girişten sonraki ilk bir hafta içerisinde madde kullanımı açısından tüm bireyleri değerlendirmeli, tanılamalı, tedavi etmeli / ettirmeli ve bireyleri eğitmelidirler. Alkol ve/veya madde kullanımının tanı ve tedavisinde önemli bir merkez olarak (190) CİK'lerin sundukları fırsatların kaçırılmaması önemlidir.

Araştırmada sağlık davranışı alanındaki önemli problemlerinden biri uyku ve dinlenme düzeni (n=19)'dir (Bkz. Grafik 4.2). Uyku ve dinlenme düzeninde en sık karşılaşılan belirti - bulgular; gece sık sık uyanma (n= 16), uykusuzluk (n= 15), yaşa ve fiziksel duruma göre yetersiz uyku / dinlenme (n= 7)'dir (Bkz. Tablo 4.3). CİK'lerde spor ve bazı aktivitelerin olmamasının CİK'e girildiğinde uykusuzluk yaşanmasının temel nedeni olduğu düşünülmektedir. CİK koşullarının değiştirilmesi ile bu sorunların ortadan kaldırılmasının ise bir halk sağlığı müdahalesi olduğu vurgulanmaktadır. Aynı zamanda kadınların tıbbi problemlerine yönelik sağlanacak yeterli bakım kadar uykusuzluk problemi olan bireylere psikolojik destek sağlanması da gerekmektedir (191). AKKCİK'te psiko sosyal servis tarafından yürütülen bir proje kapsamında tüm bireyler CİK'e girişte kapsamlı bir değerlendirmeye tabi tutulmaktadırlar. Bu değerlendirme sonucunda, gereksinimi olan bireyler sağlık hizmetlerine ve ilgili birimlere yönlendirilmektedirler. Çalışma süresince, bu alanda problemi olan bireyler, psikososyal servise, aile hekimine ve psikiyatrsite yönlendirilmişlerdir.

OS kullanılarak uygulanan hemşirelik süreci doğrultusunda seçilen hemşirelik tanılarına yönelik girişim kategorileri ve hedefler HGŞ kullanılarak sınıflandırılmıştır. En sık uygulanan girişim kategorsinden en az uygulanana doğru; VY (% 35.3), SV (% 32.8), ERD (% 19.7) ve Tİ (% 12.1) şeklinde gerçekleşmiştir (Bkz. Tablo 4.1.4). Girişim kategorilerinin sıralaması fizyolojik alan problemlerinde VY, SV, Tİ, ERD olurken, sağlık davranışları alanında ERD, SV, VY ve Tİ şeklinde olmuştur. CİK dışında yapılan farklı çalışmalarda, farklı girişim kategorileri ilk sıralarda yer almıştır (153, 192,193), Araştırmanın bulgusunun literatürle uyumlu olmaması CİK'erin özelliği ile ilgili olarak değerlendirilmektedir. Bu alanda hemşirenin vaka yöneticiliği ve işbirlikçi rolü ön plana çıkmaktadır. Çünkü, sınırlı

imkanlarla, güvenlik güçleriyle, CİK yönetimiyle ve diğer kurumlardan bireylerle işbirliği halinde sorunların çözümlenebilmesinin zorunlu olması, VY girişim alanını öne çıkarmıştır. Fizyolojik alandaki problemlere yönelik izlem faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi zorunluluğu da SV'nin ikinci sırada yer almasına neden olmuştur. Tİ faaliyetleri ise ortaya çıkan akut problemlerin çözümlenmesinde ve yönlendirmeler sonucunda verilen tedavilerin takip edilmesi sırasında gerçekleştirilmiştir.

Hemşirelik girişimi öncesi ve sonrasında fizyolojik alan ve sağlık davranışı problem sayılarında azalma olmuştur. Fizyolojik alanda tanı sayılasında meydana gelen azalma istatistiksel açıdan anlamlı değilken ($p>0.05$), sağlık davranışı alanında anlamlıdır ($p<0.01$) (Bkz. Tablo 4.5). Tanı sayılarında meydana gelen değişimler, hemşirelik girişimlerinin kadınların problem sayılarının azalmasında etkili olduğunu göstermiş ve H_1 hipotezi kabul edilmiştir (Bkz. Tablo 4.6, 8).

Fizyolojik alanda saptanan bazı problemlerin sayılarında azalma meydana gelirken, bazılarında artma meydana gelmiştir (Bkz. Tablo 4.6, Grafik 4.3). Fizyolojik alandaki hemşirelik tanılarının bir kısmında azalma, bir kısmında ise artışlar yaşanması anlamlı kabul edilmektedir. Artış olan alanlar incelendiğinde; rahatsızlık / ağrı ifade etme, solunum, bağırsak fonksiyonu ve bulaşıcı / enfeksiyon durumu tanılarıdır. Bu tanıların artma nedenlerinin, kadınların fiziksel sağlıklarının CİK'lerin koşullarından negatif yönde etkilenmiş olabileceğini (29, 194) düşündürmektedir. Ayrıca, solunum probleminde ki artışlarda, son değerlendirmenin kış aylarına denk gelmiş olmasının etkili olabileceği düşünülürken, bireylerin sedanter yaşamlarının ve düzensiz beslenmenin diğer problemlerin artışında etkili olabileceğini düşündürmüştür. Bazı tanı alanlarında yaşanan azalmalar ise saptanan hemşirelik tanılarının bireylerde çözüme kavuştuğunu göstermektedir. Ancak anlamlı değişimlerin gözlenmemesi, CİK'lerde sağlık hizmetlerinin kurum dışına sevklerle yürütülmesi ve kolluk kuvvetlerinin sevkler için her zaman uygun olmaması gibi nedenlerle, problemlerin çözümlerinin uzun zamana yayılmasına bağlanmaktadır. Aynı zamanda, bazı problemlerin çözümlerinin daha uzun zaman gerektirmesi ve araştırma sürecinde bu problemlerin halen tedavi aşamasında olması, problemlerle ilişkili olarak çözülemedi sonucunun yanıltıcı olabileceğini düşündürmektedir. CİK hemşireleri, mahpuslara bakım verirken, tanı testlerinin ertelenmesi, tedavinin takip

edilmesinde gecikmeler, tıbbi tedavinin zamanında tekrarlanması eksiklikler, kronik hastalıkların düzenli izlem ve tedavisinde eksiklikler yaşandığını belirtmektedirler (195). CİK hemşireleri diğer bakım merkezlerinde çalışan hemşirelere göre başarısız olarak görülebilmektedirler. Oysa, mahpus hastalar zor, maniplatif ve agresif olabilmektedirler, bu nedenle hemşirelerin uygulamaları sınırlı kalabilmektedir (123, 124). Mahpusların tehlikeli olarak algılanmaları ve güvenlik önlemleri hemşirelerin ideal bakımı sağlamada (196) engeller ve zorluklar yaşamasına da neden olmaktadır (197). Bu nedenle, CİK'lerde herşeyden önce bir sağlık kültürü kavramının oluşturulması ve geliştirilmesi gerekmektedir (196).

Araştırmada fizyolojik alanda hemşirelik girişimleri öncesi ve sonrasındaki problem sayıları arasındaki farkların hangi değişkenlerden etkilendiği incelenmiştir (Bkz. Tablo 4.7). Fizyolojik alandaki problem sayıları farkları CİK'te kalış süresine göre farklılık göstermiştir ($p<0.05$). CİK'te kalış süresinin 24 aydan daha kısa olması kadınların problem sayılarındaki değişimin daha fazla olmasında etkili olmuştur.

Gerçekleştirilen hemşirelik girişimleri sonrasında, kadınların sağlık davranışı alanında saptanan bazı problemlerin sayılarında azalma meydana gelirken, bazılarında artma meydana gelmiştir (Bkz. Tablo 4.8, Grafik 4.4). Uyku ve dinlenme, fiziksel aktivite, madde kullanımı, sağlık bakım denetimi ve tedavi rejimi problemlerinde azalma meydana gelirken beslenme probleminde herhangi bir değişim meydana gelmemiştir. Sağlık davranışı alanındaki problem sayıları farkları kadınların hiçbir özelliğinden etkilenmemektedir ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.9).

5.2 Ceza İnfaz Kurumunda Sunulan Hemşirelik Hizmetlerinin Kadın Mahpusların Problemlerine Yönelik Bilgi, Davranış ve Durum Düzeylerine Etkisi

CİK hemşirelik girişimlerinin, kadınların sağlık davranışı ve fiziksel sağlık düzeyindeki değişimlere etkisini belirlemek için; Problemlere yönelik bilgi, davranış ve durum puanları hemşirelik girişimlerinden önce (ilk değerlendirme) ve hemşirelik girişimlerinden sonra (son değerlendirme) olmak üzere iki kere değerlendirilmiştir. Bu amaçla kadınların hemşirelik tanılarına yönelik PDÖ sonuçları kullanılmıştır.

Araştırmada hemşirelik tanısı ilk saptandığında bireyin o tanıya ilişkin bilgi, davranış ve durum puanı 1- 5 arasında değerlendirilmiş ve tanıya özgü hemşirelik bakım planları oluşturulmuştur. Oluşturulan bakım planındaki hedefler göz önünde bulundurularak girişimler gerçekleştirilmiş ve araştırma sonunda bireylerin tanıya yönelik bilgi, davranış ve durum puanlarındaki değişim kaydedilmiştir. Hemşirelik girişimleri fizyolojik ve sağlık davranışları alanlarında bilgi, davranış ve durum puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir artış yaratmış ve araştırmanın H₂ hipotezi kabul edilmiştir (Bkz. Tablo 4.10, Grafik 4.5, 6). OS ile farklı alanlarda yapılan çalışmalarda da hemşirelik girişimlerinin bilgi, davranış ve durum puanlarında artışa neden olduğu saptanmıştır (152, 153, 192). Kadınların durum puanlarında meydana gelen yükselme kadınların sağlık düzeylerinde yükselmeyi göstermektedir. Bu yükselme hemşirelik girişimlerinin kadınların sağlık düzeylerinin daha iyiye gitmesine neden olmuştur.

Araştırmada fizyolojik alana yönelik her bir hemşirelik tanısının bilgi, davranış ve durum puanlarının değişimleri de incelenmiştir (Bkz. Tablo 4.11). Ağız sağlığı, ağrı, solunum, dolaşım, üriner ve üreme fonksiyonu hemşirelik tanılarının bilgi, davranış ve durum puanlarında anlamlı değişimler olduğu görülmüştür. Bu değişimlerin bu alanlara yönelik eğitimlerin daha ağırlıklı olmasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Fizyolojik alandaki bilgi ve davranış puanların da meydana gelen değişimler kadınların hiçbir tanıtıcı özelliği ile ilgili bulunmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.12, 13). Durum puanlarında yaşanan değişimler ise CİK'te kalış süresi 24 aydan daha uzun olanlarda daha fazla olmuştur (Bkz. Tablo 4.14). Sağlık güvencesi olanlarda bilgi ve davranış puanlarındaki artış daha fazla olmuştur (Bkz. Tablo 4.13).

Tablo 4.15'te sağlık davranışı alanındaki tüm tanı alanlarına yönelik bilgi, davranış ve durum puanları verilmiştir. Beslenme, fiziksel aktivite, sağlık bakım denetimi tanı alanlarında bilgi ve davranış puanlarının son değerlendirme ortancası ilk değerlendirme ortancasına göre anlamlı derecede yükselmiştir ($p<0.05$), ancak durum puanlarının ortancasında bir değişim olmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.15). Bunun nedeni bireylerin bilgi ve davranış düzeyleri artsa da, durumlarının CİK'in imkan ve koşullarından etkilenmesi olabileceği düşünülmüştür. CİK'lerde ki yetersiz

sağlık bakım önlemleri, hijyen uygulamalarında ki eksiklikler, yiyecek – içecek sağlama hizmetleri, barınma alanı, ısınma, aydınlanma, havalandırma, fiziksel aktivite imkanlarında ki sınırlılıkların bireylerin durumlarını etkilediği bilinmektedir (105). Araştırmada, hemşirelik girişimleri sonrasında sağlık davranışı alanında bilgi puanlarında son değerlendirme ortancası (2.25), ilk değerlendime ortancasına göre (1.75) anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.16, 17). Hemşirelik girişimlerinden ERD kategorisinde gerçekleştirilen faaliyetlerinin bireylerin bilgi düzeylerini yükselttiği görülmüştür. Aynı durum davranış puanlarında da gözlenmiştir, hemşirelik girişimleri sonrasında gerçekleştirilen son değerlendirme davranış puanı ortancası (1.9), hemşirelik girişimleri öncesinde yapılan ilk değerlendirme ortancasına göre (1.2) anlamlı derecede artış göstermiştir ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.18). Davranış değişimleri SV faaliyetleri kapsamında takip edilmiş, davranış değişiminin neden olmadığı bireyle birlikte tartışılmış ve engeller ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır. Sağlık davranışları durum puanları ortancası son değerlendirmede (3.71), ilk değerlendirme ortancasına (3.20) oranla daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Bkz. Tablo 4.19). Sağlık davranışı alanında bilgi, davranış ve durum puanlarında artışlar meydana gelmiş, araştırmanın H_2 ve H_3 hipotezleri kabul edilmiştir. Sağlık davranışı alanındaki bilgi ve davranış puanlarının, kadınların CİK'e gelmeden önceki sağlık güvencesi olma durumundan etkilendiği görülmüştür (Bkz. Tablo 4. 17, 18). Ancak, durum puanlarının hiçbir değişkenden etkilenmediği saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.19).

5.3. Ceza İnfaz Kurumunda Sunulan Hemşirelik Hizmetlerinin Kadın Mahpusların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Geliştirilmesine Etkisi

Araştırmada hemşirelik girişimleri öncesi (103.83 ± 22.2) ve sonrasında (98.97 ± 23.41) SYBDÖ II toplam puan farkları arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$) (Bkz. Tablo 4.20, Grafik 4.7). Ancak ölçeğin alt boyutlarından biri olan kişiler arası ilişkiler alt boyutu hemşirelik girişimi sonrasında (20.77 ± 6.07) hemşirelik girişimi öncesine göre (22.77 ± 5.23) anlamlı bir düşüş göstermiştir. Bu durum H_3 hipotezinin ölçeğe göre reddedilmiş gibi görünmesine neden olsa da, kadınların davranış puanlarında görülen artışlar sağlık davranışlarında olumlu yönde ki değişimler H_3 hipotezinin kabul edilmesi gerektiğini düşündürmektedir (Bkz. Grafik 4.5, 6). Araştırma sonucunun aksine başka

çalışmalarda hemşirelik girişimleri sonrasında (151, 198) SYBDÖ puanlarında anlamlı olarak artış görölmüştür. CİK'teki kadınların genel toplumdan daha düşük olan koruyucu ve geliştirici davranış eyilimlerinin CİK'e girmeleriyle daha da olumsuz olarak etkilendiği düşünölmektedir. Aynı zamanda, CİK'lerdeki bireylerin birbirlerine olumlu ya da olumsuz etkide bulunması nedeniyle de bir düşüş yaşanmış olabileceğini düşünölmektedir. Çünkü kişisel ilişkiler bireylerin sağlığı geliştirici davranışlarını benimsemelerinde rol oynayan önemli bir faktördür.

Araştırmada hemşirelik girişimleri öncesinde elde edilen SYBDÖ II puan ortalaması Türkiye'de yapılan bir çalışmada saptanan kadınların SYBDÖ puanları ortalamasına (126 ± 19.2) yakın bir değer (200) olduğu, ancak CİK'te kalan kadınların sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlarının, Türk toplumunda orta düzeyde bulunan sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlardan, daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Araştırmanın sonucu, Türkiye dışında yapılan bir çalışmadaki mahpus kadınların SYBDÖ puanlarının erkek mahpulardan ve genel toplumdan daha düşük olduğu sonucu ile uyumlu görölmüştür (199).

Türkiye'de kadınların SYBDÖ ölçeğinin alt boyutlarından alınan puanların dağılımlarının en yüksekten en düşüğe doğru sıralamasının kişilerarası ilişkiler, beslenme, stres yönetimi, manevi gelişim, sağlık sorumluluğu ve egzersiz şeklinde olduğu bildirilmektedir (180). Ancak, genel toplumdakinin tersine (180) araştırmada en düşük bulunan ve araştırma sonunda en fazla düşüş gösteren alt boyut kişilerarası ilişkiler olmuştur (Bkz. Tablo 4.20). Bu sonuç Türk toplumu gibi yakın ilişkiler yaşandığı bir grubun CİK'te bulunan üyeleri tarafından farklı yaşanıyorsa olması CİK koşullarına ve suç işleyen bireylerin öfkelerini kontrol etmekte ve uygun şekilde baş etmede güçlük çekerek, uygun olmayan biçimlerde ifade etmemelerinin (200) ilişkileri etkilediğini düşöndürmektedir. Aynı zamanda, suç işleyen bireylerin toplumla bağlarının kopuk olduğu ve CİK'lerin bunu giderek derinleştirmesinin de etkisi olabileceği düşünölmektedir. Çünkü CİK sadece dış dünya ile bağı koparmamakta aynı zamanda CİK içerisinde de sosyal ilişkiler geliştirmesini engellemektedir (56).

Araştırmanın kadınların sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışlarının genel toplumdan daha düşük olduğu ve CİK'te kalınan sürede düşüş göstermesi CİK'teki

kadınların sosyodemografik özellikleri ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Akın ve Koçoğlu (201) yaptıkları çalışmada dul ve ayrı yaşayan, eğitim düzeyi düşük, doğum yeri köy olan, geniş ailede yaşayan ve sağlığını kötü+orta algılayan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını benimsememe ve sürdürmemede risk grubu olduğunun saptanması bu kanıyı desteklemektedir (201). Ayrıca, CİK'teki kadınların sosyo demografik özelliklerine sahip bireylerin (geliri yoksulluk sınırının altında olan, ekonomik durumunu kötü olarak algılayan, sınıfsal konumu mavi yakalı olanların) sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını uygulama yönünden dezavantajlı olduğu bilinmektedir (163). Bunun dışında toplum olarak sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kötü ve egzersiz düzeyinin düşük olması da toplumdan gelen CİK popülasyonunda SYBDÖ'nün beslenme ve egzersiz alt boyutu puanlarının düşüklüğünü açıklamaktadır. Aynı zamanda egzersiz alt boyutunun CİK'teki egzersiz faaliyetlerinin yetersizliğinden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Bu düşünce Türkiye'de yapılan bir çalışmada mahpusların egzersiz aktivitelerinin ayda 2-4 saat arasında serbest bırakma şeklindeki spor izinleri ile mahpusların havalandırma saatlerinde volta denilen hayali düz bir çizgi üzerinde gidip gelme yürüyüşünden ibaret olduğu bulgusuyla desteklenmektedir (160).

Araştırmada, kadınlarda sağlıklı yaşam biçimi davranış değişimlerinde beklendiği sonucun elde edilememesi, araştırma sürecinde verilen eğitim faaliyetlerinin yeterli olmadığını, sürekli eğitimlerin daha faydalı olabileceğini düşündürmektedir. Brooten ve Deatrck (193), ileri hemşirelik uygulama süresi ve sıklığının hem hasta sonuçlarına olumlu yansıdığını hem de maliyetlerini düşürdüğünü belirtmektedirler. Aynı zamanda sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının geliştirilmesi için mevcut koşulların düzeltilmesi gerektiği de düşünülmektedir. Çünkü, sosyal destek ağlarının yokluğu, sınırlı sosyal çevre, yetersiz fiziki çevre, yetersiz sağlık hizmetleri ve CİK kültürünün güvenliğe odaklı olması gibi sağlık ve hastalıkların belirleyicileri (202) düzeltilemediği sürece CİK'lerde sağlığın geliştirilemeyeceğini düşündürmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

CİK'te sunulan hemşirelik hizmetlerinin kadınların, sağlık davranışları ve fiziksel sağlık düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu araştırmada; kadın mahpusların en fazla fizyolojik alana ilişkin problemleri olduğu ve daha az oranda sağlık davranışı problemleri olduğu saptanmıştır. Her iki alana yönelik sırasıyla (en fazladan en aza) VY, SV, ERD ve Tİ girişimleri uygulanmıştır. Hemşirelik girişimleri sürecinde fizyolojik ve sağlık davranışı alanına ait bilgi, davranış ve durum puanlarında olumlu yönde anlamlı artışlar olmuştur (Bkz. Tablo 4.10, 4.15).

Araştırma hipotezlerine yönelik elde edilen sonuçlar aşağıda maddeler halinde verilmiştir;

- CİK'te sunulan hemşirelik hizmetleri kapsamında yürütülen hemşirelik süreci faaliyetlerinin kadınların problemlerinin çözümünde etkili olduğu bulunmuştur (Bkz. Tablo 4.5-9). Kadınların fizyolojik alana yönelik saptanan en önemli fiziksel sağlık problemlerinin ağız sağlığı, sindirim - hidrasyon, üreme fonksiyonu, dolaşım, rahatsızlık / ağrı ifade etme ve solunum fonksiyonuna yönelik olduğu bulunmuştur (Bkz. Grafik 4.1). Kadınların sağlık davranışları alanında öne çıkan problemlerinin beslenme, sağlık bakım denetimi, fiziksel aktivite ve madde kullanımı olduğu belirlenmiştir (Bkz. Grafik 4.3).
- Araştırmada fiziksel ve sağlık davranışı alanlarına yönelik olarak sırasıyla (en fazladan en aza); VY, SV, ERD ve Tİ girişimlerinin uygulandığı belirlenmiştir.
- CİK'te sunulan hemşirelik hizmetleri kadınların fiziksel sağlık düzeylerinin yükselmesini sağladığı belirlenmiştir (Bkz. Tablo 4.10). Fizyolojik ve sağlık davranışı alanlarına yönelik sorunlarda düzelme olduğu hatta bir kısmının ortadan kalktığı, bir kısmının ise arttığı saptanmıştır (Bkz. Tablo 4.6, 8).
- Kadınların fizyolojik alana yönelik belirlenen problem sayılarını CİK'te kalış süresinin etkilediği belirlenmiştir. CİK'te kalış süresi 24 ay ve altında

olanların problem sayılarındaki azalma daha uzun süredir kalanlarınkinden daha fazladır (Bkz. Tablo 4.7).

- CİK'te sunulan hemşirelik hizmetleri, kadınların sağlık davranışlarının olumlu yönde değişmesinde etkili olmuştur (Bkz. Tablo 4.15).
- CİK'te sunulan hemşirelik hizmetlerinin sonucunda kadınların SYBDÖ II puanlarında anlamlı değişimler olmamış, ancak kişilerarası ilişkiler alt boyutunda olumsuz yönde anlamlı bir azalma görülmüştür (Tablo 4.20).

6.2. Öneriler

CİK'te sunulan hemşirelik hizmetlerinin kadınların, sağlık davranışları ve fiziksel sağlık düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu araştırmada aşağıda verilen önerilerde bulunulmuştur.

- CİK'te hemşirelik hizmetlerinde, hemşirelik süreci yaklaşımının kullanılması,
- Bireylerin sağlık problemlerinin ve sağlık davranışlarının CİK'e girişte ve periyodik olarak hemşireler tarafından hemşirelik süreci kullanılarak kapsamlı olarak değerlendirilmesi,
- Özellikle CİK'te çalışan hemşirelerin vaka yöneticiliği, vaka buluculuğu, surveyans girişimleri kapsamında, bireyleri CİK'e girişte bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar (araştırma süreci içerisinde saptanan kanser, guatr ve HIV gibi hastalıkların saptanması nedeniyle) ve risk faktörleri açısından CİK'e girişte bir tarama programı kapsamında değerlendirmeleri ve bireylere danışmanlık yapmaları, gerektiğinde birey savunuculuğu yapmaları,
- CİK'te hemşirelik hizmetleri kapsamında bireylerin fiziksel sağlık problemlerinin belirlenmesi ve çözümünde aktif rol almaları,
- Özellikle CİK'e yeni giren bireylerde hemşirelik girişimlerinin sonuçlarının en hızlı 24 ay ve daha kısa süredir kalanlarda görülmesi nedeniyle hemşirelik girişimlerinin bireylerin CİK'e girişlerinde başlaması,

- CİK'te çalışan hemşirelerin; bireylerin sağlığı koruyucu ve geliştirici davranışları kazanabilmesi için sağlık eğitimi faaliyetlerini yürütmeleri,
- Bireylerin problemlerinin çözümlerinde, davranış değişimlerinin takibinde ve durumlarının ne yönde değiştiğinin saptanması amacıyla hemşirelik girişimlerinin uygulanması ve bunun bir sistem kullanılarak yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. World Health Organization Regional Office for Europe (2009) Women's health in prison Correcting gender inequity in prison health. *Erişim: 25/03/2011*, http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Session51/Declaration_Kyiv_Women_60s_health_in_Prison.pdf.
2. Kamer, V.K. (2011) Ceza İnfaz Kurumlarında Bulunan Kadın Hükümlü ve Tutuklular. *Erişim: 26/03/2011*, http://www.cte-seslenis.adalet.gov.tr/arsiv/2011/110_mayis2011/makale/vkadri_kamer.htm.
3. Prison Reform Trust (2010) Women in Prison August 2010. *Erişim: 20/02/2011*, <http://www.prisonreformtrust.org.uk/uploads/documents/Women%20in%20Prison%20August%202010.pdf>.
4. Guerino, P., Harrison, P.M. ve Sabol, W. J. (2011) Prisoners in 2010. U.S. Department of Justice. *Erişim: 04/09/2012*, <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/>.
5. Y.y. (t.y) *Erişim: 02/03/2011*, <http://www.cte.adalet.gov.tr/index.html>
6. Norman, A.E. ve Parrish, A.A. (2002) *Prison Nursing*. Oxford: Blackwell.
7. Hek, G., Condon, L., Harris, F., Powell, J., Kemple, T., Price, S. ve diğ. (2007) Primary Care Nursing in Prisons: the essentials of care. Faculty of Health and Social Care and Primary Care Nursing in Prisons. *Erişim: 20/02/2013*, www.bulger.co.uk/prison/devmodprimcare.pdf.
8. Conklin, T.J., Lincoln, T. ve Tuthill, R.W. (2000) Self-Reported Health and Prior Health Behaviors of Newly Admitted Correctional İnmates. *American Journal of Public Health*, 90 (12), 1939-1941.
9. Wilper, A.P., Woolhandler, S., Boyd, W., Lasser, K.E. , McCormick, D., Bor, D.H. ve diğ. (2009) The Health and Health Care of US Prisoners: Results of a Nationwide Survey. *American Journal of Public Health*, 99 (4), 666-672.
10. Fazel, S. ve Benning, R. (2005) Natural deaths in male prisoners: a 20 year mortality study. *European Journal of Public Health*, 16 (4), 441-444.
11. Rutherford, M. ve Duggan, S. (2009) Meeting complex health needs in prisons. *Public Health*, 123, 415-418.

12. Lindquist, C.H. ve Lindquist, C.A. (1999) Health behind bars: utilization and evaluation of medical care among jail inmates. *Journal of Community Health*, 24, 285-303.
13. Viggiani, N. (2007) Unhealthy prisons: exploring structural determinants of prison health. *Sociology of Health & Illness*, 29 (1), 115-135.
14. Freudenberg, N. (2001) Jails, Prisons, and the Health Of Urban Populations: A Review of the Impact of the Correctional System On Community Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78 (2), 214-235.
15. Sheps, S.B., Schechter, M.T. ve Prefontaine, R.G. (1987) Prison health services: a utilization study (Abstract). *Journal of Community Health*, 12 (1), 4-22.
16. Acoca, L. (1998) Defusing the Time Bomb: Understanding and Meeting the Growing Health Care Needs of incarcerated Women in America. *Crime and Delinquency*, 44 (1), 49-69.
17. Binswagner, I.A., Krueger, P.M. ve Steiner, J.F. (2009) Prevalence of Chronic Medical Conditions among Jail and Prison Inmates in the United States Compared with the General Population *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63 (11), 912-919.
18. Harris, F., Hek, G. ve Condon, L. (2006) Health needs of prisoners in England and Wales: the implications for prison health care of gender, age and ethnicity. *Health and Social Care in the Community*, 15 (1), 56- 66.
19. Harzke, A.J., Baillargeon, J.G., Pruitt, S.L., Pulvino, J.S., Paar, D.P. ve Kelley, M.F. (2010) Prevalence of Chronic Medical Conditions among Inmates in the Texas Prison System. *Journal of Urban Health*, 87 (3), 486-503.
20. Gilles, M., Swingler, E., Craven, C. ve Larson, A. (2008) Prison health and public health responses at a regional prison in Western Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32 (6), 549-553.
21. Baillargeon, J., Black, S.A., Pulvino, J. ve Dunn, K. (2000) The disease profile of Texas prison inmates. *Annals of Epidemiology*, 10 (2), 74-80.
22. Kipping, R.R., Scott, P. ve Gray, C. (2011) Health needs in a male prison in England. *Public Health*, 125, 229-233.

23. Young, M., Waters, B., Falconer, T. ve O'Rourke, P. (2005) Opportunities for health promotion in the Queensland women's prison system. *Australian and New Zeland Journal of Public Health*, 29 (4), 324-327.
24. Drennan, V., Goodman, C., Norton, C. ve Wells, A. (2010) Incontinence in women prisoners: an exploration of the issues. *journal of advanced nursing*. Erişim: 21/03/2015, <http://www.nursingtimes.net/nursing-practice/specialisms/continence/incontinence-enhancing-care-in-womens-prisons/5029186.article>.
25. Nijhawan, A.E., Salloway, R. Nunn, A.S., Poshkus, M. ve Clarke, J. G. (2010) Preventive Healthcare for Underserved Women: Results of a Prison Survey. *Journal of Women's Health*, 19 (1), 17-22.
26. L., Hek, G., Harris, F., Powell, J., Kemple, T. ve Price, S. (2007) User's views of prison health services: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 58 (3), 216-226.
27. Blair, P. (2000) Improving nursing practice in correctional settings. *Journal of Nursing Law*, 7(2), 19-32.
28. Department of Health (2000) The NHS Plan A plan for investment A plan for reform. Erişim: 18/03/2015, <http://www.nhshistory.net/nhsplan.pdf>.
29. Department of Health (2002). Liberating the Talents Helping Primary Care Trusts and nurses to deliver The NHS Plan. Erişim: 15/03/2015, http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4076250.pdf .
30. Muse, M.V. (t.y.) Correctional Nursing: The Evolution of a Specialty Erişim: 11/03/2015, www.nchc.org/pubs/CC/nursing_specialty.html.
31. Maville, J.A. ve Huerta, C.G. (2002) *Health Promotion in Nursing*. Delmar, a division of Thomson Learning, Inc. USA.
32. Norman, A., Parrish, A. (1999) Prison health care: work environment and the nursing role. (Abstract). *British Journal of Nursing*, 8 (10), 653-656.
33. Allender, J.A. ve Spradley. BW. (2005). *Community Health Nursing. Promoting and Protecting the Public's Health*. (6. ed.). Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.

34. Royal College of Nursing. (2009). Health and Nursing care in criminal justice service. RCN guidance for nursing staff. London: Royal College of Nursing. Erişim: 11/03/2012, http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0010/248725/003307.pdf,
35. American Nursing Association (1995) SCOPE and STANDARDS of Nursing Practice in Correctional Facilities American Nurses Association. Erişim: 13/05/2015, <http://achsa.tripod.com/ana.htm>.
36. American Nurses Association (2012) DRAFT Correctional Nursing: Scope and Standarts of Pactice. Erişim: 10/09/2012, <http://www.statepen.org/wp-content/uploads/2012/10/CorrectionalNursing-ScopeStandardsPractice-Draft.pdf>
37. Schoenly, L. ve Knox, C.M. (2013) *Essentials of Correctional Nursing*. New York: Springer Publishing Company, LLC.
38. Watson, R., Stimpson, A. ve Hostick, T. (2004) Prison health care: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 119-128.
39. Department of Health and the International Centre for Prison Studies (2004) Prison Health and Public Health: The integration of Prison Health Services Report from a conference Erişim: 11/03/2015, http://www.prisonstudies.org/sites/prisonstudies.org/files/resources/downloads/prison_health_4.pdf..
40. *Ceza infaz kurumlarının yönetimi ile ceza ve güvenlik tedbirlerinin infazı hakkında tüzük* (2006). Erişim: 20/03/2011, www.cte.adalet.gov.tr/menudekiler/mevzuat/tuzuk.doc.
41. Sağlık Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı Arasında Ceza İnfaz Kurumlarındaki Sağlık Hizmetlerinin Düzenlenmesi Hakkında Protokol. Erişim: 20/02/2012, <http://www.cte.adalet.gov.tr/menudekiler/mevzuat/protokol/ekler.pdf>.
42. Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik (2011). Erişim: 20/02/2012, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>.
43. Condon, L., Hek, G. ve Harris, F. (2007) A review of prison health and its implications for primary care nursing in England and Wales: the research evidence . *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1201– 1209.

44. Maruschak, L.M. ve Berzofsky, M. (2015) Medical Problems of State and Federal Prisoners and Jail Inmates, 2011–12. Erişim: 20/02/2015, <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/mpsfpi1112.pdf>.
45. Singleton, N., Meltzer, H., Gatward, R., Coid J. ve Deasy, D. (1997) *Psychiatric morbidity among prisoners: Summary report*. (s.24) Erişim: 20/02/2015, <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/psychiatric-morbidity/psychiatric-morbidity-among-prisoners/psychiatric-morbidity-among-prisoners--summary-report/psychiatric-morbidity---among-prisoners--summary-report.pdf>.
46. Yücel, M.T. (2007) *Türk Ceza Siyaseti ve Kriminolojisi*. 4. Baskı. Türkiye Barolar Birliği Yayınları: 126, Ankara. Şen Matbaa.
47. Hafizoğulları, Z. ve Özen, M. (2010) *Türk Ceza Hukuku Genel Hükümler*. 2. Baskı. Ankara: US-A Yayıncılık.
48. Balcıoğlu, İ. (2002) Suç ve Kadın. Psikoloji açısından suçluluk sorunu ve psikososyolojik izahı denemesi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınları No 1531). Erişim: 25/03/2011, http://www.kriminoloji.com/Suc_ve_Kadin.Balcioğlu.htm.
49. Ağaoğlu Canay, D. (2004) *Kadın Suçluluğu Feminist Bakış Açısından Kavramsal Bir İnceleme*. Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Hukuku (Hukuk Felsefesi ve Sosyolojisi) Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
50. Terzi, S. (2007) *Kadın Suçluluğu: Kahramanmaraş Örneği*. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
51. Tosun, Ö. (1967). Suç ve Kadın. İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası, 33 (3-4). Erişim: 04/02/2011, <http://www.journals.istanbul.edu.tr/iuhfm/article/view/1023004401/1023003996>
52. Greenfeld, L.A. ve Snell, T. L. (2000). *Women Offenders. Breau of Justice Statistics Special Report*. U.S. Department of Justice Office of Justice Programs. Erişim: 04/09/2012, <http://www.bjs.gov/content/pub/pdf/wo.pdf>

53. İçli, T.G., Altay, A. ve Bahtiyar, M. (2011) *Türkiye’de hükümlü profili: Cezaevlerinde Bulunan Hükümlülerin: Sosyal, kültürel ve ekonomik özellikler*. Ankara: Ertem Basım. Erişim: 12/02/2014 , www.veyseldinler.com/YuklenenDosyalar/Yayinlar/uvt_101123.pdf
54. Türkiye İstatistik Kurumu. Ceza İnfaz Kurumuna Giren Hükümlü ve Tutuklu İstatistikleri. Erişim: 12/01/2011, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1070
55. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Maddeler ve Suç Ofisi (United Nations Office on Drugs and Crime Office (UNODC)) (2008) *Cezaevi Müdürleri ve Politika Yapıcılar İçin Kadınlar ve Hapsedilme Üzerine El Kitabı* (Çev. Binnur Aloğlu). Ceza Adaleti El Kitapları Serisi. Birleşmiş Milletler. Erişim: 25/03/2011, <http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/crimeprevention/>
56. Karakaş Doğan, F. (2010) *Cezanın Amacı ve Hapis Cezası*. İstanbul: Legal Yayıncılık.
57. Türk Ceza Kanunu Erişim: 12/01/2012, www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.doc
58. Giray, F. ve Haznedaroğlu, B. (t.y.) *Türkiye'deki Kadın Ceza İnfaz Kurumlarına Genel Bakış*. Erişim: 20/04/2015, http://www.sabancivakfi.org/files/html/programlar/tghp/TCYOV_Kitap.pdf
59. Anderson, T. L. (t.y) *Issues in the Availability of Health Care for Women Prisoners*. Erişim: 05/04/2015, <http://www.udel.edu/soc/tammya/pdfs/Issues%20in%20the%20Availability%20of%20Healthcare%20for%20Women%20in%20Prison.pdf>.
60. Quaker United Nations Office (2008) *Women in prison: A Commentary on the UN Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners* (Bastick, M. ve Townhead, L.). Quaker United Nations Office. Erişim: 20/04/ 2015, http://www.peacewomen.org/assets/file/Resources/NGO/HR_Prisoners_QUNO_2008.pdf

61. Math, S.B., Murthy, P., Parthasarthy, R., Kumar, C.N. ve Madhusudhan, S. (2011) Minds imprisoned: Mental Health care in prisons. (s. 3-22, 178-197) *[Elektronik Sürüm]*. Bangalore: Publication, National Institute of Mental Health Neuro Sciences.
62. National Minority AIDS Council (t.y) (Women and HIV/AIDS in Prisons and Jails Women and HIV/AIDS in Prisons and Jails. Erişim: 20/04/2015, http://www.hawaii.edu/hivandaids/Women_and_HIVAIDS_in_Prisons_Jails.pdf
63. Van den Bergh, B.J., Fraserb, G.A. ve Moller, A.L. (2011) Imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity. human rights and public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 89, 689–694.
64. Fazel, S. ve Danish, J. (2002) Serious mental disorders in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet*, 359 (9306), 545-550.
65. Jürgens, R., Nowak, M. ve Day, M. (2011) HIV and incarceration: prisons and detention, *Journal of the International AIDS Society*, 14 (26), 1-17
66. World Health Organization (2014) Prisons and Health. (Edited by: Stefan Enggist, Lars Møller, Gauden Galea and Caroline Udesen) Erişim: 01/01/2012, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/249188/Prisons-and-Health.pdf?ua=1.
67. Marshall, T., Simpson, S. ve Stevens, A. (2000) Health Care in Prisons: A Health Care Needs Assessment. University of Birmingham, Birmingham. Erişim: 26/08/2013, http://www.antonioacasella.eu/salute/Birmingham_health_care_prison_2000.pdf
68. Department of Health/HM Prison Service (2002) Developing and Modernising Primary Care İn Prisons. Departmen of Health, London. Erişim: 05/03/2012, www.bulger.co.uk/prison/devmodprimcare.pdf
69. Clear, T.R., Wool, J., Paz, R.S., Williams B., Abradles, R., Levy, M. ve diğ. (2007) *Public Health Behind Bars: From Prisons to Communities*. Greifinger, R.B. (Ed.) ve Bick, J., Goldenson, J. (Ed. Yrd.). New York: Springer Science+Business Media, LLC.

70. World Health Organisation (2007) Health in prisons A WHO guide to the essentials in prison health. Møller L., Stöver, H., Jürgens, R., Gatherer, A. ve Nikogosian, H. Denmark: WHO Regional Office for Europe to publications. Erişim: 20/06/2011, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/99018/E90174.pdf.
71. World Health Organization European Region (2003) Prison Health as part of Public Health. Erişim: 25/03/2011, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98971/E94242.pdf
72. Hayton, P., Van den Bergh, B.J. ve Moller, L. (2010) Health protection in prisons: the Madrid Recommendation. *Public Health*, 124, 635-636.
73. WHO Regional Office for Europe. (2010) The Madrid Recommendation: Health protection in prisons as an essential part of public health. Denmark: WHO Regional Office for Europe. Erişim: 20/08/2012, www.euro.who.int/.../health.../health.../prisons...
74. Edelman, C.L. ve Mandle, C.L. (2010) *Health Promotion Throughout The Life Span*. (7.bs.). Canada: Mosby, Inc.
75. Mendes Davidson, W.G. (1992) The Public Health Development Theory of Four Stage of Prevention. Erişim: 02/04/2014, http://www.academia.edu/894962/Principles_of_Prevention_The_Four_Stages_Theory_of_Prevention
76. Whitehead, D. (2006) The health promoting prison (HPP) and its imperative for nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 123-131.
77. Bulduk, S. ve Ardiç, E. (2011) Cezaevi Popülasyonunun Sağlığını Geliştirmede Hemşirenin Rolü. *Adli Tıp Dergisi*, 8 (2), 92-97.
78. Viggiani, N. D. (2006) A new approach to prison public health? Challenging and advancing the agenda for prison health. *Critical Public Health*, 16 (4), 307-316.
79. Rabiee, F. ve MacDonald, M. (2010) International Review of Health Promotion Practice in Prison. Erişim: 10/08/2013, <http://hpye.eu/DOCS/Presentations/HPYP%20intern%20review%20health%20Promotion%20in%20Prison.pdf>

80. Health Protection Agency and Department of Health - Offender Health (2011) Prevention of infection and communicable disease control in prisons and places of detention . Erişim: 04/05/2015, https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/329792/Prevention_of_infection_communicable_disease_control_in_prisons_and_places_of_detention.pdf
81. WHO ve UNODC (2013) Good governance for prison health in the 21st century A policy brief on the organization of prison health. Erişim: 02/04/2014, http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf
82. Public Health Wales (2012) Schedule for vaccination of prisoners and young offenders in Wales, UK. Erişim: 02/04/2014, <http://www.wales.nhs.uk/sites3/documents/457/Prison%20vaccination%20advice%20documentFINAL.pdf>
83. Zaitrow, B.H. (1999) Women Prisoners and HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 10 (6), 78-89.
84. Noble, A.M. ve Alemagno, S.A. (2004) Breast Cancer and Women in Prison: Preventive Attitudes and Risk Factors. *Journal of Correctional Health Care*, 10 (2), 205-216.
85. Magee, C.G., Hult, J.R., Turalba, R. ve Mcmillan, S. (2005) Preventive Care For Women İn Prison: A Qualitative Community Health Assessment Of The Papanicolaou Test And Follow-Up Treatment At A California State Women's Prison. *American Journal of Public Health*, 95 (10), 1712-1717.
86. National Cancer Institute (t.y.) Breast Cancer: Prevention, Genetics, Causes Erişim: 04/04/2015, <http://www.cancer.gov/cancertopics/types/breast>, <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/prevention/breast/HealthProfessional>, <http://www.cancer.gov/cancertopics/prevention-genetics-causes/breast>.
87. Mathew, P., Elting, L., Cooksley, C. Owen, S. Ve Lin, J. (2005) Cancer in an Incarcerated Population. *American Cancer Society Cancer*, 104 (10), 2198-2204

88. Somunoğlu, S. (2007) Meme Kanserinde Risk Faktörleri. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2 (5), 2-12. Erişim: 17/09/2013, <http://web.firat.edu.tr/shmyo/edergi/ciltikisayibes/somunoglu5.pdf>
89. American Cancer Society (t.y.) American Cancer Society Guidelines for the Early Detection of Cancer. Erişim: 04/04/2015, <http://www.cancer.org/healthy/findcancerearly/cancerscreeningguidelines>
90. Kocatepe, K. (t.y.). Kendi Kendine Vulva Muayenesi. Erişim: 11/10/2013, <http://www.jinekoloji.net/kkvm.html>.
91. Cancer Research UK (t.y.) Vulval Cancer. Erişim: 04/04/2015, http://www.cancerresearchuk.org/prod_consump/groups/cr_common/@cah/@gen/documents/generalcontent/about-vulval-cancer.pdf.
92. Downey, G.P., Gabriel, G., Deery, A.R.S., Crow, J. ve Walker, P.G. (1994) Management of female prisoners with abnormal cervical cytology, *British Medical Journal*, 308, , 1412-1413.
93. Koç – Bebek, A. (t.y.) Kadınlarda Göreülen Diğer Kanseler. Erişim: 11/10/2013, http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/per/belge/kadin_sik_gorulen_kanser.pdf
94. Davies, E.A., Sehgal, A., Linklater, K.M., Heaps, K., Moren, C., Walford, C. ve diğ. (2010) Cancer in London prison population, 1986-2005. *Journal of Public Health*, 32 (4), 526-531.
95. Plugge, E. ve Fitzpatrick, R. (2004) Factors affecting cervical screening uptake in prisoners. *Journal of Medical Screening*, 11 (1), 48-49.
96. Centers of Diseases Control and Prevention. (). Gynecologic Cancers. Erişim: http://www.cdc.gov/cancer/cervical/basic_info/screening.htm, 04/04/2015.
97. Saraçoğlu, F. (1998) Menopoz ve hormon replasman tedavisi Osteoporoz, Kardiyovasküler Hastalıklar, Karbonhidrat Metabolizması ve Kanser Gelişimi vb Üzerindeki Etkileri *Geriatrici* 1 (2): 76-88, 1998 *Turkish Journal of Geriatrics* [Elektronik Sürüm]. Erişim: http://www.geriatri.dergisi.org/pdf/pdf_TJG_112.pdf

98. American Public Health Association (APHA) (2003) *Standards for Health in Services Correctional Institutions*. (3.bs.) Washington: American Public Health Association
99. Osborn, M., Butler, T. ve Barnard, P.D. (2003) Oral health status of prison inmates- New South Wales. *Australia Australian Dental Journal*, 48 (1), 34-38.
100. Gillies, M., Knifton, L. ve Dougall, R. (2012) *Prison Health in NHS Greater Glasgow & Clyde A health needs assessment*. Erişim: 25/3/2011, <http://library.nhs.uk/mediaAssets/PHRU/FINAL%20PRISON%20HN%20REPORT%202012.pdf>.
101. Jones, C.M., Woods, K., Neville, J. ve Whittle, J.G. (2005) Dental health of prisoners in the north west of England in 2000: literature review and dental health survey results. *Community Dental Health*, 22(2), 113-117.
102. Hammet, T.M., Harmon, M.P. ve Rhodes, W. (2002) The burden of infectious diseases among inmates of and releases from US correctional facilities, *American Journal of Public Health*, 92, 1789-1794.
103. The Quaker Council for European Affairs (2007) *Women In Prison: A Review of the Conditions in Member States of the Council of Europe*. Erişim: 04/04/2015, <http://www.qcea.org/wp-content/uploads/2011/04/rprt-wip1-main-en-feb-2007.pdf>
104. Bick, J.A. (2007). Infection Control in Jails and Prisons. *Healthcare Epidemiology*, CID 2007:45, 1047-1055.
105. WHO ve UNODC (2013) *Good governance for prison health in the 21st century A policy brief on the organization of prison health*, Erişim: 05/05/2015, http://www.unodc.org/documents/hiv/aids/publications/Prisons_and_other_closed_settings/Good-governance-for-prison-health-in-the-21st-century.pdf
106. Beyhan, Y. Bilir, N. Saraçbaşı, O., Öztekte, Z. Özvarış, Ş.B., Sağlam, F. ve diğ. (2012) *Ceza İnfaz Kurumlarında Sağlık Hizmetleri El Kitabı*. Öztekte, Z. (Ed.). Ankara: Şen Matbaa. Erişim: 02/04/2013, https://hapistesaglik.files.wordpress.com/2012/11/kitap_saglik.pdf
107. Centers for Disease Control and Prevention. (2004) Transmission of hepatitis B virus in correctional facilities—Georgia, January 1999–June 2002. *MMWR*

- Morb Mortal Weekly Report*, 53, 678–81. Erişim: 04/05/2015, <http://www.cdc.gov/hepatitis/Statistics/SurveillanceGuidelines.htm#ref6>
108. Centers for Disease Control and Prevention (2003) Prevention and Control of Infections with Hepatitis Viruses in Correctional Settings. Erişim: 04/05/2015, <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5201.pdf>
 109. Clarke, J.G., Hebert, M.R., Rosengard, C., Rose, J.S., DaSilva, K.M. ve Stein, M.D. (2006) Reproductive Health Care and Family Planning Needs Among Incarcerated Women. *American Journal of Public Health*, 96 (5), 834-839.
 110. Hammet, T.M. ve Drachman-Jones, A. (2006) HIV/AIDS, Sexually Transmitted Diseases, and Incarceration Among Women: National and Southern Perspectives. *Sexually Transmitted Diseases*, 33 (7), 17-22.
 111. MacNeil JR, McRill C, Steinhauer G, Weisbuch JB, Williams E, Wilson ML. (2005) Jails, a neglected opportunity for tuberculosis prevention. *American Journal of Preventive Medicine*, 28, 225–228.
 112. Baussano, I. Williams, B.G., Nunn, P., Beggiato, M., Fedeli, U. ve Scano, F. (2010) Tuberculosis Incidence in Prisons: A systematic Review. *PLoS Medicine* 7 (12), 1-10. Erişim: 03/02/2015, <http://www.plosmedicine.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pmed.1000381&representation=PDF>
 113. Dara, M., Grzemska, M., Kimerling, M.E., Reyes, H. Ve Zagorskiy, A. (2009) guidelines for control of tuberculosis in prisons. Erişim: 02/04/2014, http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNADP462.pdf
 114. Durcan, G. (2008) From the inside: experiences of prison mental health care, London: Centre for Mental Health. Erişim: 02/04/2014, http://socialwelfare.bl.uk/subject-areas/services-activity/criminal-justice/centreformentalhealth/143085From_the_Inside.pdf
 115. The Sainsbury Centre for Mental Health. (2007) Mental health Care in prisons. Erişim: 18/06/2013, http://www.centreformentalhealth.org.uk/pdfs/briefing32_mh_care_prisons.pdf
 116. Fazel, S., Bains, P. ve Doll, H. (2006) Substance abuse and dependence in prisoners: a systematic review. *Addiction*, 101 (2), 181-91.

117. Knox, C. (2013) Correctional Nursing Practice. Applying the New Scope and Standards (ANA 2013). Erişim: 02/04/2014, <http://essentialsofcorrectionalnursing.com/2013/06/14/the-new-scope-and-standards-of-practice-for-correctional-nursing/>
118. Dries, N.S. (1994) Correctional Nursing Practice. *Journal of Community Health Nursing*, 11 (4), 201-210.
119. Flanagan , N.A. ve Flanagan, T.J. (2002) An Analysis of the Relationship Between Job Satisfaction and Job Stress in Correctional Nurses. *Research in Nursing & Health*, 25, 282–294
120. Lee, C. (2004) Correctional Nursing. APNA 18th. Annual Conference. San Jose State University, San Jose,
121. American Nurses Association (2007) ANA Releases Newly Revised Scope And Standards For Nurses In Correctional System Settings (4/12). Erişim: 25/03/2011, <http://nursingworld.org/.../RevisedCorrectionalScopeAndStandardsForNurses.html>
122. Y.y. (t.y.) Correctional Nurse Job Description, Duties and requirements. Erişim: 02/04/2014, http://study.com/articles/Correctional_Nurse_Job_Description_Duties_and_Requirements.html
123. American Nurses Association (ANA) (2003) SCOPE and STANDARDS of Nursing Practice in Correctional Facilities American Nurses Association. Erişim: 24/03/2010, statepen.org/ana.pdf
124. Flanagan, N.A. ve Flanagan, T.J. (2001) Correctional nurses' perceptions of their role, training requirements, and prison health care needs. *Journal of Correctional Health Care*, 8, 67-84.
125. American Nurses Association (1991). SCOPE and STANDARDS of Nursing Practice in Correctional Facilities American Nurses Association.
126. Eser, E. (2006). *Temel Sağlık Hizmetleri ve Sağlığın Geliştirilmesi. [Bildiri]*. I. Ulusal Sağlığı Geliştirme ve Sağlık Eğitimi Kongresi, Muğla. S: 28-30 Erişim: 25/10/2012, http://halksagligiokulu.org/anasayfa/components/com_booklibrary/ebooks/1_ulusalsagligigelistirmevesaglikegitimikongresi2006.pdf

127. Smith, L. ve Voermans, P.A. (2013). Correctional Nursing Practice. Applying the New Scope and Standards 2013. 2013 Jail Health Care Conference 2B: New! 2013 Scope And Standards For Correctional Nurses.
128. Y.y (2012) Correctional Nursing Practice: What You Need to Know (Part 10). CorrectCare, Spring, 18-19. Erişim: 02/04/2014, www.ncchc.org.
129. Fisher, A. A. ve Hatton, D.C. (2009). Women Prisoners: Health Issues and Nursing Implications. *Nursing Clinics North America*, 44, 365-373.
130. Astro Health (t.y) Leavell and Clark's Levels of Prevention. Erişim: 02/04/2015,
<https://astrohealth.wordpress.com/leavell-and-clarks-levels-of-prevention/>
131. Perry, J., Bennet, C. ve Lapworth, T. (2010) Management of long-term conditions in a prison setting. *Nursing Standart*, 24 (42), 35-40.
132. Easley, C.E. (2011) Together we can make a difference: The case for transnational action for improved health in prisons. *The Royal Society of Public health*, 125, 675-679.
133. Erdoğan, S., Nahcivan, N. ve Esin, M.N. (2014) *Hemşirelikte Araştırma. Sre, Uygulama ve Kritik*. (s.119). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri Tic. Ltd.şti.
134. Burns, N. ve Grove, S.K. (2009) *The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. Sixth Edition. (s.255-256, 275) St. Louis, Missouri: Saunders & Elsevier.
135. Ko, D. (t.y). Deneysel araştırmalar. Erişim: 02/04/2015,
moodle.baskent.edu.tr/mod/resource/view.php?id=28121.
136. Tonta, Y. (2009) Deneysel yöntem. Erişim: 02/04/2015,
yunus.hacettepe.edu.tr/~tonta/courses/.../bby606-8-deneysel-yontem.pdf
137. y.y. (t.y). Experimental Research. Erişim: 02/04/2015,
www.jsu.edu./ccba/mm/.../497experiments.ppt
138. Campbell, D.T. ve Stanley J.C. (1963) Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research. s: 7-12. USA: Houghton Mifflin Company. Erişim: 02/04/2015,
http://moodle.technion.ac.il/pluginfile.php/367640/mod_resource/content/1/Donald_T._%28Donald_T._Campbell%29_Campbell,_Julian_Stanley-

**Experimental_and_Quasi-Experimental_Designs_for_Research-
Wadsworth_Publishing%281963%29%20%281%29.pdf**

139. Faul, F. (1992) *G Power 3.1.8*. University at Kiel, Germany.
140. Monsen, K., Sanders, A., Yu, F., Radosevich, D.ve Geppert, J. (2011) Family Home Visiting Outcomes for Mothers with and without intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55 (5), 484-499.
141. Dilli, S. (2011) *Bir Bakım Merkezinde Kalan Yaşlıların Bakım Gereksinimleri. Hemşirelik Uygulamaları ve Sonuçları: Omaha Sistemine Dayalı Bir Çalışma*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
142. Öztürk, Y. (2011) *Koroner Arter Bypass Greft Ameliyatı Geçiren Hastaların Taburculuk Sürecinde Omaha Hemşirelik Bilgi Sistemi (OHEBIS)'nin Kullanılması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
143. Resmi Gazete (2012) Ceza Ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazi Hakkında Kanun İle Denetimli Serbestlik Ve Yardım Merkezleri İle Koruma Kurulları Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. Erişim: 10/04/2013, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/04/20120411-11.htm>
144. Walker, S.N., Scherist, K.R. ve Pender, N.J. (1987) The Health-Promoting Lifestyle Profile: Development and Psychometric Characteristics (Abstract), *Nursing Research*, 36(2):76-80.
145. Walker SN ve Hill-Polerecky DM (1996) Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center. Erişim: 27/06/2011, http://app1.unmc.edu/nursing/conweb/HLPII_Abstract_Dimensions.pdf
146. Bahar, Z. ve diğ. (2008) Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (1):1-13.
147. Martin, K.S. (2005) *The Omaha System: A Key to Practice, Documentation, And Information Management*. (2bs.). Omaha, NE: Health Connections Press.
148. Erdoğan, S. ve Esin, N.M. (2004) Omaha Sistemi'nin Türkçe'ye Uyarlanması ve Toplum Sağlığı Hemşireliği Eğitiminde Kullanılması. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 13 (52), 11-22.

149. Erdoğan, S. ve Esin, N.M. (2006). The Turkish version of the Omaha System: Its use in practice-based family nursing education. *Nurse Education Today*, 26, 396-402.
150. Erdoğan, S., Nahcivan, Ö.N., Esin, M.N., Demirezen, E., Coşansu, G., Bulduk, S. ve diğ. (2005) *Omaha Sistemi: Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulama Rehberi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları, Yayın No: 4588. (Erdoğan S., Nahcivan, Ö.N., Esin, M.N., Demirezen, E., Coşansu, G., Bulduk, S. ve diğ. *Omaha Sistemi: Halk Sağlığı Hemşireliği Uygulama Rehberi* (Basım Aşamasında).
151. Kulakçı, H. (2011) *Huzurevinde Verilen Hemşirelik Hizmetlerinin Yaşlıların Özyeterlilik Algıları ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
152. Kulakçı, H. ve Emiroğlu, O.N. (2011) Huzurevinde Yaşayan Yaşlıların Bakımında Omaha Sistemi'nin Kullanılabilirliğinin Değerlendirilmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 4 (1), 25-33.
153. Tokur Kesgin, M. ve Kublay, G. (2014) Using the Omaha System in occupational health nursing applications: Advantages of a common language in the diagnosis, intervention and evaluation of nurses' health problems. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 152, 488-494.
154. Yılmaz, M.C. (2007) *Neuman ve Omaha Hemşirelik Sistem Modellerinin Bakımın Sürekliliğinin Sağlanmasında Kullanımının Değerlendirilmesi*. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
155. Brooten, D., Youngblut, J.M., Deatrick, J., Naylor, M. ve York, R. (2003) Patient Problems, Advanced Practice Nurse (APN) Interventions, Time and Contacts Among Five Patient Groups. *Journal of Nursing Scholarship*, 35 (1), 73-79.
156. Plugge, E., Douglas, N. ve Fitzpatrick, R. (2006) The Health of Women in Prison Study Findings. Deartment of Public Health University of Oxford. Erişim: 18/06/2013, <http://www.publichealth.ox.ac.uk/research/prison/2007-02-13.6702780065>.

157. Loeb, S.J. ve Steffensmeier, D. (2006) Older Male Prisoners: Health Status, Self-Efficacy Beliefs, And Health Promoting Behaviors. *Journal Of Correctional Health Care*, 12, 269-278.
158. Kale, K.M., Jogdand, G.S. ve Aswar, N.R. (1999) Sociomedical problems of institutionalised women. *Indian Journal of Medical Sciences*, 53, 162-166
[Elektronik Sürüm]Erişim:10/04/2015,
<http://www.indianjmedsci.org/article.asp?issn=0019-5359;year=1999;volume=53;issue=4;spage=162;epage=166;aualast=Kale>
159. Plugge, E. ve Fitzpatrick, R. (2005) Assessing the Health of Women in Prison: A Study from the United Kingdom. *Health Care for Women International*, 26, 62-68.
160. Püllüm, E. ve Algun, Z.C. (2012) Kadın Mahkumlarda Yaşam Kalitesi ve Dengenin Değerlendirilmesi. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 23 (3), 119-124.
161. Director of Public Health's Annual Report (2008). Erişim: 02/06/2014, [iframe.talksooner.co.uk/.../download.php?file...](http://www.talksooner.co.uk/.../download.php?file...)
162. Esposito, M. (2010) The Health Of Italian Prison Inmates Today: A Critical Approach. *Journal of Correctional Health Care*, 16, 230-238.
163. Lafpan, S. (2005) Correctional Nursing: An Important Link to the Community. *American Jails*, January-February, 76-78.
164. Signal, Türkiye'de de Dünya Dış Hekimleri Birliği (FDI) ve Türk Dış Hekimleri Birliği (). Türkiye Ağız ve Dış Sağlığı Araştırması. Erişim: 11/02/2014, **<http://www.medimagazin.com.tr/dis-hekimi/genel/tr-turkiye-agiz-ve-dis-sagligi-arastirmasinin-ilk-sonuclari-aciklandi-3-24-41079.html>**
165. Y.y. (t.y.) Erişim: 11/02/2014, **www.tdb.org.tr/.../agiz_dis_sagligi_haftasi_basin_aciklamasi_21112011**
166. Çağlar, A., Onay, M. ve Özel, Ç. (2005) Women Prisoners in Turkey. *Middle Eastern Studies*, 41(6), 953-974.
167. Plugge, E.H., Foster, C.E., Yudkin, P.L. ve Douglas, N. (2009) Cardiovascular disease risk factors and women prisoners in the UK: the impact of imprisonment. *Health Promotion International*, 24(4), 334-343.

168. Lader, D., Singleton, N. ve Meltzer, H. (2000) Psychiatric Morbidity among Young Offenders in England and Wales. Office for National Statistics, London. Erişim: 12/08/2013, www.ons.gov.uk/.../psychiatric-morbidity/psychiatric-morbidity-among...
169. Hughes, R.A. (2000) Health, place and British prisons. *Health & Place*, 6, 57 - 62.
170. Nokhodian, Z., Yazdani, M.R., Yaran, M., Shoaee, P., Mirian, M., Ataei, M. ve Babak, A. (2012) Prevalence and Risk Factors of HIV, Syphilis, Hepatitis B and C Among Female Prisoners in Isfahan. *Hepatitis Monthly*, 12(7):442-447
171. Kane, M. ve DiBartolo, M. (2002) Complex Physical and Mental Health Needs of Rural Incarcerated Women. *Mental Health Nursing*, 23, 209-229.
172. Palas, P. ve Karaçam, Z. (2013) Kadınların Tutukevinde Bulunmalarının Genital Hijyen Uygulamalarına Etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16, 27-34.
173. Arslan Özkan, İ. ve Kulakaç, Ö. (2011) Kadın Mahkumlarda Genital Hijyen Davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14 (2), 31- 38.
174. Stoller, N. (2003) Space, place and movement as aspects of health care in three women's prisons. *Social Science & Medicine*, 56, 2263-2275.
175. Blank, S., Sternberg, M., Neylans, L.L., Rubin, S.R., Weisfuse, I.B. ve St. Louis, M.E. (1999) Incident syphilis among women with multiple admissions to jail in New York City. *Journal Infectious Diseases*, 180, 1159 – 1163.
176. Hammett, T.M. ve Harmon, P. M.(1999) 1996 – 1997 Update: HIV/AIDS, STDS, and TB in Correctional Facilities. Washington. DC: National Institute of Justice.Erişim: 20/02/2013, <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/176344.pdf>.
177. Plugge, E., Douglas, N. ve Fitzpatrick, R. (2011) Changes in health-related quality of life following imprisonment in 92 women in England: a three month follow-up study. *International Journal for Equity in Health*,10(21), 1-7.
178. Clarke, J. G. ve Waring, M.E. (2012) Overweight, Obesity, and Weight Change Among Incarcerated Women. *Journal Correctional Health Care*, 00 (0), 1-8.

179. Leddy, M.A., Schulkin, J. ve Power, M.L. (2009) Consequences Of High Incarceration Rate and High Obesity Prevalence on the Prison System. *Journal of Correctional Health Care*, 15 (4), 318-327.
180. Sönmezer, H. Çetinkaya, F. Ve Nacar, M. (2012) Healthy Life-Style Promoting Behaviour İn Turkish Women Aged 18-64. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention*, 13, 1241 – 1245.
181. Glaser, J.B. ve Greifinger, R.B. (1993) Correctional Health Care: A Public Health Opportunity. *Annals of Internal Medicine*, 118 (2), 139-145.
182. Van den Bergh, B.J., Gatherer, A., Fraser, A. ve Moller, L. (2010) Imprisonment and women's health: concerns about gender sensitivity, human rights and public health. *Bulletin of the World Health Organization; Type: Policy & Practice*.
183. Baldwin, K.M ve Jones, J. (2000). Health Issues Specific to Incarcerated Women: Information for State Maternal and Child Health Programs.Erişim: 15/03/2014, www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/womens-and-childrens-health-policy-center/publications/prison.pdf
184. Sufrin, C.B., Creinin, M.D. ve Chang, J.C. (2009) Contraception services for incarcerated women: a national survey of correctional health providers. *Contraception*, 80, 561-565.
185. Binswagner, I.A., White, M.C., Perez-Stable, E.J., Goldenson, J. ve Peterson, J. (2005) Cancer Screening Among Jail Inmates: Frequency, Knowledge, And Willigness. *American Journal of Public Health*, 95 (10), 1781-1787
186. Fickenscher, A., Lapidus, J., Silk-Walker, P. ve Becker, T. (2001) Women Behind Bars: Health Needs of Inmates in a County Jail. *Public Health Reports*, 116, 191-196.
187. Rowan-Szal, G.A., Joe, G.W., Simpson, D.D., Greener, J.M. ve Vanceb, J. (2009) During-treatment Outcomes among Female Methamphetamine-Using Offenders in Prison-based Treatments. *Journal Offender Rehabilitation*, 48(5), 388–401.

188. Mateyoke-Scrivner, A., Webster, J.M., Hiller, M.L., Staton, M. ve Leukefeld, C. (2003) Criminal History, Physical and Mental Health, Substance Abuse, and Services Use Among Incarcerated Substance Abusers. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 19 (1), 82-97.
189. Condon, L., Hek, G., Harris, F., Powell, J., Kemple, T. ve Price, S. (2007) Users' views of prison health services: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*. 58(3), 216-226.
190. Akcan. A. ve ark. (2000) İstanbul'da Suç Zanlısı Kadınlarda Cezaevi Öncesi Alkol ve Madde Kullanma Sıklığı ve Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 1(1), 9-13.
191. Elger, B.S. (2009) Prison life: Television, sports, work, stress and insomnia in a remand prison. *International Journal of Law and Psychiatry*, 32, 74-83.
192. Koçoğlu, D. (2011) *Kapsamlı Okul Sağlığı Hemşireliği Hizmetlerinin Öğrencilerin Akademik Performansına Etkisinin Değerlendirilmesi*. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Ankara, 2011.
193. Brooten, D., Youngblut, J.M., Deatrick, J. , Naylor, M. ve York, R. (2003) Patient Problems, Advanced Practice Nurse (APN) Interventions, Time and Contacts Among Five Patient Groups. *Journal of Nursing Scholarship*, 35 (1), 73-79.
194. Caraher, M., Dixon, P., Hayton, P., Carr_Hill, R., McGough, H. ve Bird, L. (2002) Are health-promoting prisons an impossibility? Lessons from England and Wales. *Health Education*, 102 (5), 219-229.
195. General Overview & Description of the role of Nurse in Correctional Facilities.
Erişim: 11/02/2014,
<http://nursesincorrectionalfacilities.weebly.com/overview-of-nursing-roles.html>
196. Willmott, Y. (1997) Prison Nursing: the tension between custody and care. (Abstract). *British journal of Nursing*, 6 (6), 333-339. Erişim: 11/02/2014, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9155300>
197. Weiskopf, C.S (2005) Nurses' experience of caring for inmate patients. *Journal of Advanced Nursing*, 49 (4), 336-343.

198. McElligott, D., Capitulo, K.L., Morris, D.L. ve Click, E.R. (2010) The Effect of a Holistic Program on Health-Promoting Behaviours in Hospital Registered Nurses. *Journal of Holistic Nursing*, XX (X).
199. Bolio, S.M. (1999) *Reported Health - Promoting Behaviors of Incarcerated Males*. Graduate Schools of the University of Massachusetts Amherst and Worcester, Collaborative Ph.D. Program in Nursing, US
200. Ersen, H. İlnem, M.C., Havle, N., Yener, F., Karamustafalıoğlu, N. ve İpekçioğlu, D. (2011) Suç İşlemiş Kadınların Sosyodemografik Özellikleri, Anne-Baba Tutumları ve Öfke İfade Biçimlerinin Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 14, 218-229.
201. Akın, B. ve Koçoğlu, F.T. (2010) *Sağlığı Geliştirici Yaşam tarzı ve Öz Etkililik- Yeterlilik Durumunun Sosyoekonomik Durum İle İlişkisi*. 3. Ulusal Sağlıkta Yaşam Kalitesi Kongresi, İzmir.
202. Saka, G. (t.y) Halk Sağlığı Bakış Açısıyla Sağlık ve Hastalıkların Belirleyicileri. Erişim: 09/07/2015, <http://www.dicle.edu.tr/Contents/22a4e7dd-1e58-4f26-b8b2-d6a7a9ee4af0.pdf>

EKLER**EK 1. Etik Kurul Kararı**

23-12/152

01.02.2012
17-864

 **HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ**
GENEL SEKRETERLİK

YAZI İŞLERİ MÜDÜRLÜĞÜ
06100 Sıhhiye-Ankara
Telefon: 0 (312) 305 1008-1039 • Faks: 0 (312) 310 5552
E-posta: yazimd@hacettepe.edu.tr

Sayı: B.30.2.HAC.0.70.01.00/

431-1132

29 Şubat 2012

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi: 02.02.2012 tarih ve 261 sayılı yazınız.

Fakülteniz **Hemşirelik Bölümü** öğretim üyesi **Prof.Dr. Gülümser KUBLAY**'ın sorumluluğunda doktora öğrencilerinden Şenay AKGÜN'ün yürüttüğü "**Ceza İnfaz Kurumunda Sunulan Hemşirelik Hizmetlerinin Kadınların Fiziksel Sağlıklarına, Sağlığı Koruyucu ve Geliştirici Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi**" konulu araştırma, Üniversitemiz Senatosu Etik Komisyonunun 21 Şubat 2012 tarihinde yapmış olduğu toplantıda incelenmiş olup, etik açıdan uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Ömer UĞUR
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

Ek: Tutanak

EK 2. Kadın Değerlendirme Formu

1. Genel Bilgiler	
Soru Kağıdı No:	Suç türünüz:
Adı soyadı:	Toplam ceza süreniz:
Doğum tarihi:	Cezaevinde kaldığınız süre:
1. Doğum yeriniz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır? () İl () İlçe () Köy () Diğer (Açıklayınız):.....	
2. Eğitim durumunuz nedir? () Okur – yazar değil () Okur-yazar () İlkokul () Ortaokul () İlköğretim () Lise () Lisans/Üniversite () Lisansüstü	
3. Medeni durumunuz nedir? () Bekar () Evli () Eşi ölmüş () Boşanmış () Ayrı yaşıyor () Birlikte yaşıyor (Resmi Nikahsız)	
4. Çocuğunuz var mı? () Evet ise Sayısını belirtiniz:..... () Hayır	
5. Aile tipiniz aşağıdakilerden hangisine uymaktadır? () Çekirdek aile (anne, baba ve çocuklar) () Geniş aile (anne, baba, çocuklar, dede veya kardeş) () Parçalanmış aile (anne veya baba ölmüş veya ayrı yaşıyorlar) () Diğer.....	
6. Şu anki ceza infaz kurumuna gelmeden önce yaşadığınız yer neresiydi? () İl () İlçe () Köy () Başka bir ceza infaz kurumu	
7. Ceza infaz kurumuna gelmeden önce çalışıyor muydunuz? () Evet ise Mesleğinizi/işinizi belirtiniz: () Hayır	
8. Ceza infaz kurumuna gelmeden önce aylık düzenli geliriniz var mıydı? () Evet (.....TL/Ayda) () Hayır	
9. Ceza infaz kurumuna gelmeden önce sağlık güvenceniz var mıydı? () Evet () Hayır	
10. Ceza infaz kurumunda çalışıyor musunuz? () Evet ise İşinizi belirtiniz: () Hayır	
11. Ceza infaz kurumunda aylık düzenli geliriniz var mı? () Evet (.....TL/Ayda) () Hayır	
12. Ceza infaz kurumunda ailenizden maddi destek alıyor musunuz? () Evet (.....TL/Ayda) () Hayır	
13. Daha önce hiç ceza infaz kurumunda bulunmuş muydunuz? () Evet ise Kaç defa:..... () Hayır	

2. Sağlık Öyküsü, Soygeçmişi, Sağlık Durumu, Sağlık Algısı, Genel Sağlık Davranışları, Günlük Yaşam Aktiviteleri, Obstetrik Öykü, Cinsel Sağlık Davranışları	
2.1. Sağlık Öyküsü	
14. Daha önce geçirdiğiniz hastalık/hastalıklar oldu mu?	() Evet ise Açıklayınız:.....
	() Hayır
15. Daha önce geçirdiğiniz kaza/yaralanma oldu mu?	() Evet ise Açıklayınız:.....
	() Hayır
16. Daha önce hiç ameliyat oldunuz mu?	() Evet ise Açıklayınız:.....
	() Hayır (Cevap hayır ise 18. Soruya geç)
17. Daha önce geçirdiğiniz hastalık/kaza/yaralanma veya ameliyatın sizde yarattığı kısıtlılıklar var mı?	() Evet ise Açıklayınız:.....
	() Hayır
18. Kullandığınız yardımcı alet/aletleriniz var mı?	() Evet ise Açıklayınız:.....
	() Hayır
19. Kullandığınız protez/protezleriniz var mı?	() Evet ise Açıklayınız:.....
	() Hayır
2.2. Soy Geçmişi	
20. Birinci ve ikinci derece yakınlarınızda aşağıda belirtilen hastalık/hastalıklardan herhangi biri/birileri var mı?	() Hayır
	() Evet ise Belirtiniz: () Hipertansiyon () Diabetes Mellitus () Kalp Hastalıkları
	() Kanser () Diğer.....
2.3. Sağlık Durumu	
21. Tanı almış olduğunuz herhangi bir hastalığınız var mı?	() Evet ise Açıklayınız:..... () Hayır (Cevap hayır ise 29. soruya geç)
22. Sürekli kullandığınız ilaç ya da ilaçlarınız var mı?	() Evet ise İlaçları belirtiniz:.....
	() Hayır
23. İlaçlarınız kendi yanınızda mı?	() Evet () Hayır
24. İlaçlarınızın alınma zamanı ve dozunu biliyor musunuz?	() Evet () Hayır
25. İlaçlarınızı zamanında ve uygun dozda alıyor musunuz?	() Evet () Hayır
26. İlaçlarınızın etkilerini biliyor musunuz?	() Evet () Hayır
27. İlaçlarınızın yan etkileri oluyor mu?	() Evet () Hayır
28. İlaç sağlamada herhangi bir güçlük yaşıyor musunuz?	() Evet () Hayır
29. Doktor önerisi dışında ilaç kullanıyor musunuz?	() Evet ise Açıklayınız:.....
	() Hayır
30. Hastalandığınızda ilaç dışında yaptığınız uygulamalar var mı?	

2.4. Sağlık Algısı
31. Kendi sağlığını nasıl değerlendiriyorsunuz? () Çok kötü () Kötü () Orta () İyi () Çok iyi
32. Size göre sağlık ne demektir?
33. Sağlıklı olmak sizin elinizde midir? () Evet () Hayır () Kısmen
34. Sizce sağlığı korumak mümkün müdür? () Evet () Hayır () Kısmen
35. Sağlığını nasıl koruyabileceğinizi biliyor musunuz? () Evet () Hayır () Kısmen
36. Sağlığını nasıl koruyabileceğinizi öğrenmek ister misiniz? () Evet () Hayır
37. Sizce sağlığı geliştirmek/iyileştirmek elinizde midir? () Evet () Hayır () Kısmen
38. Sağlığını nasıl geliştirebileceğinizi biliyor musunuz? () Evet () Hayır () Kısmen
39. Sağlığını geliştirmek için bilgi almak ister misiniz? () Evet () Hayır
2.5. Genel Sağlık Davranışları
40. Ceza infaz kurumuna gelmeden önce herhangi bir madde kullanıyor muydunuz? () Evet ise Ne olduğunu belirtiniz: () Sigara () Alkol () Diğer..... () Hayır
41. Ceza infaz kurumunda herhangi bir madde (sigara) kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır
42. Şuanki sağlık probleminizi/problemlerinizi biliyor musunuz? () Evet () Hayır (Cevap hayır ise 48. soruya geç)
43. Tanı aldığınız hastalığınız ya da hastalıklarınız hakkında daha önce bilgi almış mıydınız? () Evet () Hayır
44. Tanı aldığınız hastalık ya da hastalıklarınız kontrol altında mı? () Evet () Hayır ise Açıklayınız:.....
45. Tanı aldığınız hastalık/hastalıklarınız için düzenli kontrollere gidiyor musunuz? () Evet ise Ne sıklıkla gittiğinizi belirtiniz:..... () Hayır
46. Tanı aldığınız hastalığınız/hastalıklarınız günlük yaşam aktivitelerinizi kısıtlıyor mu? () Evet ise Neleri kısıtladığını açıklayınız:..... () Hayır
47. Sağlık personelinin önerilerini yerine getiriyor musunuz? () Evet () Hayır
48. Tanı almadığınız şikayetleriniz var mı? () Evet ise Neler olduğunu belirtiniz:..... () Hayır
49. Durumunuzda bir değişiklik olduğunda sağlık birimine başvuruyor musunuz? () Evet () Hayır ise Neden başvurmadığınızı belirtiniz:.....
50. Ceza infaz kurumunda sağlık hizmetlerine ulaşmada güçlük yaşıyor musunuz? () Evet ise Yaşadığınız güçlükleri belirtiniz :..... () Hayır

3. Günlük Yaşam Aktiviteleri
3.1. Aktivite
51. Düzenli egzersiz yapıyor musunuz? ☐ Evet ise Egzersiz türünüzü belirtiniz:..... Sıklığı:.....defa/Haftada saat/Haftada ☐ Hayır
52. Boş zaman aktiviteleriniz var mı? ☐ Evet ise Neler olduğunu belirtiniz:..... ☐ Hayır
3.2. Uyku - Dinlenme
53. Ortalama uyku süreniz günde kaç saattir?.....
54. Uykuya dalmada güçlük yaşıyor musunuz? ☐ Evet ise Ne sıklıkla olduğunu belirtiniz. ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sıklıkla ☐ Her zaman ☐ Hayır
55. Uykunuz bölünüyor mu? ☐ Evet ise Ne sıklıkla olduğunu belirtiniz. ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sıklıkla ☐ Her zaman ☐ Hayır
56. Dinlenmiş uyanıyor musunuz? ☐ Evet ise Ne sıklıkla olduğunu belirtiniz. ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Sıklıkla ☐ Her zaman ☐ Hayır
57. Gün boyunca kendinizi yorgun hissediyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır
3.3. Beslenme
58. Özel bir diyetiniz var mı? ☐ Evet ise Diyet özelliklerinizi belirtiniz:..... ☐ Hayır (Cevap hayır ise 60. soruya geç)
59. Diyetinize uyuyor musunuz? ☐ Evet ☐ Hayır ise Nedeni:.....
60. Kurum yemeklerini yiyor musunuz? ☐ Evet ☐ Bazen ise nedenini belirtiniz:..... ☐ Hayır ise Nedenini belirtiniz:.....
61. Kurum yemeklerini yemediğinizde ne tür yiyecekler tüketiyorsunuz? ☐ Kahvaltı ☐ Diğer ise Açıklayınız:.....
62. Günde kaç öğün besleniyorsunuz?.....
63. Her gün düzenli olarak tükettiğiniz öğünler aşağıdakilerden hangileridir? ☐ Kahvaltı ☐ Sabah ara öğün ☐ Öğle yemeği ☐ İkinci ara öğün ☐ Akşam yemeği ☐ Akşam ara öğün
64. Günlük sıvı ihtiyacınızı nasıl karşıladığınızı ve miktarını belirtiniz. ☐ Su..... ☐ Çay..... ☐ Diğer.....
65. Aşağıda verilen besin gruplarından hangilerini ne sıklıkla ve ne kadar tüketiyorsunuz belirtiniz. Süt ve süt ürünleri Et ve et ürünleri Ekmek ve tahıllar Sebze Meyve Kurubaklagiller

3.4. Hijyen	
66.	Ne sıklıkla banyo yapıyorsunuz? ☐ Gün aşırı ☐ İki günde bir ☐ Üç günde bir ☐ Haftada bir ☐ Diğer.....
67.	Dişlerinizi ne sıklıkla fırçalıyorsunuz? ☐ Günde bir defa ☐ Günde iki defa ☐ İki günde bir defa ☐ Ara sıra ☐ Aklıma geldikçe ☐ Diğer.....
68.	Diş proteziniz var mı? ☐ Hayır ☐ Evet ise protez temizliğinizi ne sıklıkla yaparsınız? ☐ Günde 1 kez ☐ Günde 2 kez ☐ Her yemekten sonra ☐ Diğer.....
69.	İç çamaşırlarınızı ne sıklıkla değiştirirsiniz? ☐ Her gün ☐ İki günde bir ☐ Üç günde bir ☐ Haftada bir ☐ Banyodan sonra haftada defa
70.	Tuvalet sonrası temizliğinizi (taharetlenmeyi) hangi yönde ve nasıl yaparsınız?
71.	Adet görüyor musunuz? ☐ Evet ise Miktarını belirtiniz:..... ☐ Hayır (Cevap hayır ise 74. soruya geç)
72.	Adet dönemlerinizde ne kullanırsınız? ☐ Bez ☐ Ped ☐ Pamuk
73.	Kullandığınız bu materyali günde kaç defa değiştirirsiniz?.....
4. Obstetrik Öykü	
Bu bölümde kadın sağlığını değerlendirmeye yönelik bazı sorular yer almaktadır.	
74.	Menarş yaşıınız: (Katılımcı bekar ise 84. soruya geç)
75.	Evlenme yaşıınız:
76.	Toplam gebelik sayınız:
77.	İlk gebelik yaşıınız:
78.	Toplam doğum sayınız:
79.	Canlı doğum sayınız:
80.	Ölü doğum sayınız:
81.	Canlı doğup ölen çocuk sayınızı belirtiniz:
82.	Düşük/küretaj sayınızı belirtiniz:
83.	Menapoz yaşıınızı belirtiniz (Menapoza girenler için):

5. Cinsel Sağlık Davranışları
Bu bölümde kadın sağlığını değerlendirmede kullanılacak cinsel sağlık davranışlarına ilişkin bazı sorular yer almaktadır.
84. İlk defa cinsel ilişkiye kaç yaşında girdiniz?
85. Ceza infaz kurumuna gelmeden önce cinsel birlikteliğiniz var mıydı? ☐ Evet ise Kim/kimlerle belirtiniz: ☐ Bir kişi ☐ Birden fazla kişi ☐ Kişi/kişiler değişkendi ☐ Hayır (Cevap hayır ise 87. soruya geç)
86. Ceza infaz kurumuna gelmeden önce cinsel ilişki esnasında korunuyor muydunuz? ☐ Evet ise Belirtiniz: ☐ RİA ☐ Kondom ☐ Hap ☐ Enjeksiyon ☐ Geri Çekme ☐ Hayır
87. Düzenli olarak Kendi Kendinize Meme Muayenesi (KKMM) yapıyor musunuz?*
☐ Evet ise Ne sıklıkla ve nasıl yaptığınızı açıklayınız:..... ☐ Hayır
88. Ceza infaz kurumuna gelmeden önce düzenli olarak pap smear testi yaptırır mıydınız? ☐ Evet ise Ne sıklıkla yaptırdığınızı belirtiniz:..... ☐ Hayır

6. Sistem Değerlendirilmesi	
Yaşam Bulguları Kan basıncı: mm/Hg Nabız: dk Vücut sıcaklığı: °C Solunum: dk Boy/ Kilo: BKİ: kg/ (m) ²	Beden Kitle İndeksi Değeri 18.5 kg/m ² 'nin altında olanlar Zayıf 18.5-24.9 kg/m ² arasında olanlar Normal kilolu 25-29.9 kg/m ² arasında olanlar Hafif Şişman 30-39.9 kg/m ² arasında olanlar Obez (1. Derece şişman) 40 kg/m ² 'nin üzerinde olanlar İleri derecede obez
Deri - Tırnaklar	() Sorun Var (.....) () Sorun Yok
1. Lezyon 2. Döküntü 3. Aşırı kuruluk 4. Aşırı yağlı 5. İnflamasyon 6. Kızarıklık	7. Akıntı 8. Morartı 9. Deri rengi ve benlerdeki değişiklikler 10. Tırnaklarda kırılma/ayrılma/beyaz lekeler 11. Koku 12. Diğer.....
Saç ve Saçlı Deri	() Sorun Var (.....) () Sorun Yok
1. Saç dökülmesi 2. Kellik 3. Baş derisinde şişlik/Kızarıklık 4. Saç diplerinde kepeklenme	5. Saçların kalınlığı 6. Yağlı saçlar 7. Skar 8. Diğer.....
Yüz	() Sorun Var (.....) () Sorun Yok
1. Yüzde kıllanma 2. Yüzde renk değişikliği	3. Göz kapaklarında ödem 4. Diğer.....
Gözler/Görme	() Sorun Var (.....) () Sorun Yok
1. Küçük karakterli yazıları görmede güçlük 2. Uzaktaki cisimleri görmede güçlük 3. Yakın cisimleri görmede güçlük 4. Kızarıklık	5. Aşırı gözyaşı 6. Çapaklanma 7. Gözkapağında şişlik/ödem 8. Renkleri ayırt etmede güçlük 9. Diğer.....
Kulaklar/İşitme	() Sorun Var (.....) () Sorun Yok
1. Akıntı 2. Ağrı 3. İşitme azlığı 4. Çınlama	5. Sesleri uğultulu işitme 6. İşitme cihazı kullanma 7. Baş dönmesi 8. Diğer.....
Burun ve sinüsler	() Sorun Var (.....) () Sorun Yok
1. Akıntı 2. Kanama 3. Tıkanıklık	4. Nazal septumda deviasyon 5. Diğer.....
Ağız ve boğaz	() Sorun Var (.....) () Sorun Yok
1. Dudaklarda lezyon 2. Yanak mukozasında beyaz yama şeklinde lekeler (lökoplaki) 3. Çürük diş 4. Dolgulu diş 5. Kayıp diş 6. Protez diş 7. Diş eti kanaması 8. Diş etlerinde çekilme 9. Diş ağrısı	10. Dişlerde plak/tartar/lekeler 11. Ağızda/dilde yara (aft) 12. Kuru ağız 13. Geniz akıntısı 14. Lenf bezlerinde şişme/Troid bezinde büyüme 15. Kötü ağız kokusu 16. Diğer..... Toplam Diş Sayısı: Çürük Sayısı: Kayıp Sayısı:
Kardiyovasküler Sistem/Dolaşım	() Sorun Var (.....) () Sorun Yok
1. Ödem 2. Ekstremitelerde ağrı/kramp 3. Nabız sayısında azalma 4. Deride renk değişimi/Siyanoz 5. Periferik dolaşım bozukluğu 6. Senkop epizodları 7. Anormal kan basıncı ölçümleri	8. Kalp atımında düzensizlik 9. Kalp atımında aşırı artış 10. Kalp atımında aşırı azalma 11. Göğüs ağrısı 12. Hareket/egzersiz sırasında dispne 13. Diğer.....
Solunum Sistemi	() Sorun Var (.....) () Sorun Yok
1. Anormal solunum tipleri 2. Etkili nefes alamama 3. Öksürme 4. Siyanoz	5. Etkili öksürmememe/balgam çıkaramama 6. Anormal balgam çıkarma 7. Sık üst solunum yolu enfeksiyonu 8. Diğer.....

Meme	() Sorun Var (.....) () Sorun Yok
1. Şişlik 2. Hassasiyet 3. Ağrı 4. Kızarıklık	5. Meme başında çekilme 6. Meme ucunda akıntı 7. Kitle 8. Diğer.....
Sinir – Kas - İskelet Sistemi/Nöroloji	() Sorun Var (.....) () Sorun Yok
1. Kas ve eklem ağrıları 2. Eklemlerde şişlik 3. Eklemlerdeki ısı değişimi (soğuk ya da sıcak) 4. Eklemlerde kızarıklık 5. Aktivite kısıtlılığı 6. Ekstremitelerde güçsüzlük 7. Kırıklar/Burkulmalar 8. Hareket kısıtlılığı	9. Bayılma 10. Göz kararması 11. Kuvvet kaybı 12. Paralizi 13. His kaybı 14. Tremor 15. Baş ağrısı 16. Parestezi (Karıncalanma) 17. Diğer.....
Sindirim Sistemi	() Sorun Var (.....) () Sorun Yok
1. Bulantı – kusma 2. Hematemez 3. Hazımsızlık 4. Abdominal şişlik 5. Artmış karın gurultusu 6. Karında gaz oluşumu	7. Reflü 8. Yanma/ekşime 9. Karın derisinde gerginlik ve parlaklık 10. Abdominal ağrı ve hassasiyet 11. Diğer.....
Üriner Sistem	() Sorun Var (.....) () Sorun Yok
1. İdrar kaçırma 2. Sık idrara çıkma 3. Yanma/ağrılı idrar yapma	4. Mesaneyi boşaltmada güçlük/İdrarın bitmeme hissi 5. Hematüri 6. Diğer.....
Üreme Sistemi	() Sorun Var (.....) () Sorun Yok
1. Adet düzensizliği 2. Ağrılı adet görme/dismenore 3. Aşırı kanama	4. Kadın üreme organlarında şişme 5. Anormal vajinal akıntı 6. Diğer.....
Boşaltım Sistemi	() Sorun Var (.....) () Sorun Yok
1. Defekasyon sıklığında ve dışkı kıvamında anormallik(Kabızlık/İshal) 2. Ağrılı defekasyon 3. Bağırsak seslerinde azalma	4. Dışkıda kan 5. Dışkıda renk değişikliği 6. Dışkı kaçırma 7. Diğer.....
Endokrin Sistem	() Sorun Var (.....) () Sorun Yok
1. Aşırı susama 2. Aşırı kilo alma 3. Aşırı kilo kaybı	4. Terleme 5. Diğer.....

EK 3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz.

No	İfadeler	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissedirim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlıklı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				
23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissedirim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				

No	İfadeler	Hiçbir Zaman	Bazen	Sık Sık	Düzenli Olarak
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşıyorum				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				
49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

EK 4. Omaha Sistemi (OS)

Problem Sınıflama Listesi (PSL)

Seçtiğiniz durumu: I. **Sağlığı Geliştirme, Potansiyel** (Risk Faktörleri) ve **Aktüel** (Belirti, bulgular) ve II. **A (Aile), B (Birey) ya da G (Grup) olarak daire içine alınız.** Birey numarasını belirtiniz. Potansiyel'i işaretlediyseniz, risk faktörlerini yazınız; Aktüel'i işaretlediyseniz; bir ya da daha fazla belirti/bulguyu daire içine alınız. Birden fazla birey için belirti/bulgu işaretlediyseniz açıklamalar bölümünü doldurunuz.

01.ÇEVRESEL ALAN

01.Gelir

Gelir Kaynağı:.....

Gelir Miktarı:.....

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel ; Belirti/Bulgular

01. Gelirin düşük olması/hiç olmaması
02. Sağlık güvencesinin olmaması
03. Para yönetiminde güçlük
04. Sadece temel gereksinimleri satın alabilme
05. Gereksinimlerini satın alma güçlüğü
06. Diğer

02. Sanitasyon

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel ; Belirti/Bulgular

01. Yaşam alanının kirli olması
02. Besinlerin saklanması ve kullanılmasında yetersizlik
03. Böcek/kemiricilerin olması
04. Kötü kokular
05. Temiz su sağlamada yetersizlik
06. Kanalizasyon kullanımında yetersizlik
07. Çamaşır yıkama koşullarının yetersiz olması
08. Alerjenler
09. Bulaşıcı kirletici ajanlar enfeksiyonlar/kontaminasyon ajanları
10. Küf
11. Ev hayvanlarının sayısının fazla olması
12. Diğer

03. Konut

Konutun Tipi:.....

Konut: Kendine ait Kira

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel ; Belirti/Bulgular

01. Yapısal olarak sağlam olmaması
02. Isıtma/soğutmanın yetersiz olması
03. Dik/güvenli olmayan merdivenler

04. Bina giriş çıkışların yetersiz/kapalı olması
05. Yaşanılan alanın dağınık olması
06. Tehlikeli madde ve araçların güvenli bir şekilde saklanmaması
07. Güvenli olmayan halı/paspaslar
08. Güvenlik araçlarının (alarm, yangın söndürücü vb.) yetersiz olması
09. Kurşun bazlı boya kullanımı
10. Güvenli olmayan ev araçları
11. Yaşam alanının kalabalık yetersiz olması
12. Elektrik kablolarının vb. Açıkta ve korunmasız olması
13. Yapısal engeller
14. Evsiz
15. Diğer

04. Yaşam Alanı/İşOrtamı Güvenliği

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel ; Belirti/Bulgular

01. Cinayet (şiddet) oranının yüksek olması
02. Kirlilik oranının yüksek olması
03. Kontrol edilmemiş tehlikeli ve enfekte hayvanlar
04. Güvenli oyun ve egzersiz alanlarının yetersiz olması
05. Sağlığı geliştirmek için uygun kaynakların ve alanların yetersiz olması
06. Şiddet ihbarları/tehditler
07. Fiziksel tehlikeler
08. Araç/trafik tehlikeleri
09. Kimyasal tehlikeler
10. Radyasyon tehlikesi
11. Diğer

Çevresel

Değerlendirme:.....

02. PSİKOSOSYAL ALAN

05. Toplum Kaynakları İle İletişim

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel ; Belirti/Bulgular

01. Hizmetlerden nasıl yararlanacağını ve haklarını bilmeme
02. Hizmeti sunanların rollerini ve işlevlerini bilmeme
03. Hizmet sunanlarla iletişim kuramama
04. Hizmetlerden memnun olmama
05. Dil engeli
06. Kaynakların olmaması/yetersiz olması
07. Kültürel engeller
08. Eğitimsel engeller
09. Ulaşım engelleri
10. Hizmetlere ulaşmada yetersizlik

11. İletişim araçlarının yetersizliği/kullanılamaması

12. Diğer

06. Sosyal İlişkiler

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel ; Belirti/Bulgular

01. Sınırlı sosyal ilişki

02. Sosyal ilişkilerin sağlık çalışanları ile sınırlı kalması

03. Dış uyaranların/boş zaman aktivitelerinin çok az olması

04. Diğer

07. Rol Değişimi

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

01. İstenmeyen rol değişimi

02. Yeni role uyumsuzluk

03. Rol kaybı

05. Diğer

08. Kişilerarası İlişkiler

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel ; Belirti/Bulgular

01. İlişkiye başlama/sürdürmede güçlük

02. Paylaşılan aktivitelerin az olması

03. Değerler/amaçlar/inançlar/beklentiler/programlarda uyumsuzluk

04. Kişilerarası iletişim becerilerinde yetersizlik

05. Uzun süren, düzelmeyen gerginlik

06. Gereksiz şüphe/manipülasyon/kontrol

07. Partnere duygusal ve fiziksel olarak kötü davranma

08. Problemlerini çözerken çatışmaya girmek

09. Diğer

09. İnanç

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel ; Belirti/Bulgular

01. İnançla ilgili endişelerini ifade etme

02. İnanca ilişkin uygulamaların kesintiye uğraması

03. İnanç ile ilgili güvenini kaybetmesi

04. Tıbbi/sağlık bakımı uygulamaları ile dini inançların çatışması

05. Diğer

10. Üzüntü

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

01. Üzüntü/iyileşme sürecinin aşamalarını fark edememe

02. Üzüntü tepkileri ile baş etmede güçlük

03. Üzüntü tepkilerini ifade etmede güçlük

04. Üzüntü sürecinde bireyler/aileler arasında çatışması

05. Diğer

11. Mental Sağlık

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

01. Üzüntü/umutsuzluk/azalmış özgüven
02. Endişe/tanımlanmamış korkular
03. Öz bakım ve günlük aktiviteleri sürdürmede ilgi kaybı
04. Odaklanmada/dikkatini toplamada sınırlılık
05. Duygularda küntleşme
06. Huzursuz/ajite/saldırgan
07. Kompulsif davranış
08. Stres yönetiminde güçlük
09. Öfke yönetiminde güçlük
10. Somatik yakınmalar/yorgunluk
11. Sanrı (delüzyon)
12. Yanılsama (halüsinasyon/illüzyon)
13. Kendini/başkasını öldürme düşüncesini ifade etme
14. Kendini/başkasını öldürme girişimi
15. kendi kendini kesme/yaralama
16. Duygu durumunda dalgalanma
17. Geçmişe ait travmatik görüntüler (flash-backs)
18. Diğer

12. Cinsellik

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

01. Cinsel davranışlarının sonuçlarını fark etmede güçlük
02. Özelini ifade etmede güçlük
03. Cinsel kimlik karmaşası
04. Cinsel değerlerde karmaşa
05. Cinsel ilişkilerinde doyumsuzluk
06. Güvensi cinsel davranışlar
07. Cinsel dışa vurum/kışkırtıcı davranışlar/eziyet
08. Cinsel suç işleme/cinsel saldırı
09. Diğer

13. Bakım verme/ebeveynlik

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

01. Fiziksel bakım/güvenliği sağlamada güçlüğü
02. Duygusal bakım vermede güçlüğü
03. Bilişsel öğrenme deneyimleri ve aktiviteleri sağlamada güçlük
04. Koruyucu ve tedavi edici bakım sağlamada güçlük
05. Büyüme ve gelişme aşamaları ile uyumlu olmayan beklentiler
06. Sorumluluk almada zorlanma/memnuniyetsizlik

07. Sözlü/sözsüz iletişim ya da yorumlamada güçlük

09. İhmal

09. Kötüye kullanma (istismar)

10. Diğer

14. İhmal

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

01. Fiziksel bakım eksikliği

02. Duygusal bakım/destek eksikliği

03. Uygun uyaran/bilişsel deneyim eksikliği

04. Uygunsuz bir şekilde yalnız bırakılma

05. Gerekli denetimin eksikliği

06. Yetersiz/gecikmiş tıbbi bakım

07. Diğer

15. İstismar

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

01. Sert/aşırı disiplin

02. İzler/morartı/yanıklar/diğer yaralar

03. Yaralanma ilgili çelişkili açıklamalar

04. Sözlü saldırı

05. Korkak/ürkek davranışlar

06. Şiddet içeren çevre

07. Sürekli olumsuz eleştiriler

08. Cinsel saldırıya uğrama

09. Diğer

16. Büyüme ve Gelişme

Sağlığın Geliştirilmesi

Potansiyel; Risk

Yetersizlik

01. Gelişimsel tarama testlerinde normal olmayan sonuçlar

02. Tartı-boy, baş çevresi ölçümlerinde yaş/büyüme standardına uygun olmaması

03. Yaşa uygun olmayan davranışlar

04. Gelişimine uygun görevlerini başarmada/sürdürmede yetersizlik

05. Diğer

Psikososyal

Değerlendirme:.....

03. FİZYOLOJİK ALAN

17. İşitme

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

01. Normal konuşma ses tonunu duymada güçlük

02. Kalabalık ortamlarda konuşmaları duymada güçlük

- 03. Yüksek frekanslı sesleri duymada güçlük
- 04. Sese anormal yanıt
- 05. İşitme tarama testinde normal olmayan sonuçlar
- 06. Diğer

18. Görme

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

- 01. Küçük karakterli yazıları görmede güçlük
- 02. Uzaktaki cisimleri görmede güçlük
- 03. Yakındaki cisimleri görmede güçlük
- 04. Görsel uyaranlara anormal yanıt/yanıtsızlık
- 05. Görme tarama testinde normal olmayan sonuçlar
- 06. Şaşılık/göz kırpma/gözlerde sulanma/bulanık görme
- 07. Uçuşan nesneler ve ışık görme
- 08. Renkleri ayırt etmede güçlük
- 09. Diğer

19. Konuşma ve dil

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

- 01. Konuşma ve ses çıkarabilme yeteneğinde anormallik/konuşamama
- 02. Anlayamama/anlama yeteneğinde anormallik
- 03. Alternatif iletişim becerilerinin/el-kol hareketlerinin (jestlerin) olmaması
- 04. Cümle yapılarının uygun olmaması
- 05. Telaffuzun sınırlı olması/anlaşılmaması
- 06. Uygun olmayan kelime kullanımı
- 07. Diğer

20. Ağız Sağlığı

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

- 01. Dişlerde şekil bozukluğu/kırık/kayıplar
- 02. Çürükler
- 03. Aşırı tartar
- 04. Yaralı/şiş/kanayan diş eti
- 05. Dişlerde kapanma bozukluğu
- 06. İyi oturmayan/eksik takma dişler
- 07. Sıcak ya da soğuğa hassasiyet
- 08. Diğer

21. Algılama

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

- 01. Muhakeme yeteneğinde azalma
- 02. Zaman/kişi/yer oryantasyonunda bozulma
- 03. Yakın zamandaki olayları hatırlamada sınırlılık

04. Uzun zaman öncesindeki olayları hatırlamada sınırlılık
05. Hesaplama ve ardışık hareket becerilerinde sınırlılık
06. Konsantrasyonda sınırlılık
07. Mantıklı/soyut düşünebilmede sınırlılık
08. Kontrolsüz hareket
09. Tekrarlayan konuşmalar/davranışlar
10. Amaçsız olarak dolaşmak/kaybolmak
11. Diğer

22. Ağrı

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

01. Rahatsızlık/ağrı ifade etme
02. Nabız/solunum sayısı/kan basıncında yükselme
03. Ağrıyan bölgeyi sakınan/koruyan hareketler
04. Yerinde duramama
05. Yüzünü buruşturma
06. Soluk görünüm/terleme
07. Diğer

23. Bilinç

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel ; Belirti/Bulgular

01. Dalgın (letarji)
02. Uykulu (stupor)
03. Uyarılara cevapsız
04. Bilinçsiz (koma)
05. Diğer

24. Deri

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

01. Lezyon/bası yarası
02. Döküntü
03. Aşırı kuru
04. Aşırı yağlı
05. Enflamasyon
06. Kaşıntı
07. Akıntı
08. Çürük - ezik
09. Tırnakların aşırı büyümesi
10. Yara iyileşmesinde gecikme
11. Diğer

25. Sinir – Kas – İskelet Fonksiyonları

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

01. Hareketlerde sınırlılık
02. Kas gücünde azalma
03. Koordinasyonda azalma
04. Kas tonüsünde azalma
05. Kas tonüsünde artma
06. Duyuda azalma
07. Duyuda artma
08. Dengede bozukluk
09. Yürüme/hareket etme güçlüğü
10. Taşınma/transfer güçlüğü
11. Kırıklar
12. Titremeler/ataklar
13. Vücut ısısının düzenlenmesinde zorluk
14. Diğer

26. Solunum**Sağlığı Geliştirme****Potansiyel** (Risk faktörleri:.....)**Aktüel; Belirti/Bulgular**

01. Anormal solunum tipleri
02. Bağımsız olarak nefes alamama
03. Öksürme
04. Öksürememe/bağımsız olarak balgam çıkaramama
05. Siyanoz
06. Anormal balgam
07. Sesli solunum
08. Burun akıntısı/nazal konjesyon da
09. Anormal solunum sesleri
10. Solunum ile ilgili laboratuvar sonuçlarında anormallik
11. Diğer

27. Dolaşım**Sağlığı Geliştirme****Potansiyel** (Risk faktörleri:.....)**Aktüel; Belirti/Bulgular**

01. Ödem
02. Ekstremitelerde ağrı/kramp
03. Nabız sayısında azalma
04. Deride renk değişikliği/siyanoz
05. Etkilenmiş bölgede ısı değişikliği
06. Damarlarda varis oluşumu
07. Senkop atakları (bayılma)/baş dönmesi
08. Anormal kan basıncı ölçümleri
09. Eksik nabız (pulse defisit)
10. Kalp ritminde düzensizlik
11. Kalp hızında aşırı artış
12. Kalp hızında aşırı azalma
13. Göğüs ağrısı

14. Anormal kalp sesleri/üfürümler
15. Pıhtılaşma bozukluğu
16. Kardiyak loboratuvar sonuçlarında anormallik
17. Diğer

28. Sindirim - Hidrasyon

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

01. Bulantı/ kusma
02. Çiğneme/yutma/sindirim güçlüğü/yapamama
03. Hazımsızlık
04. Reflü
05. İştahsızlık
06. Anemi
07. Asit (Karında sıvı toplanması)
08. Sarılık/karaciğer büyümesi
09. Deri turgorunun azalması
10. Dudak çatlaması/ağız kuruluğu
11. Elektrolit dengesizliği
12. Diğer

31. Bağırsak Fonksiyonu

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

01. Defekasyon sıklığında/dışkı kıvamında anormallik
02. Ağrılı defekasyon
03. Bağırsak seslerinde azalma
04. Dışkıda kan
05. Dışkıda renk değişikliği
06. Kramp/karın bölgesinde rahatsızlık
07. Fekal inkontinans (dışkı kaçırma)
08. Diğer

30. Üriner Fonksiyonlar

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

01. İdrar yaparken yanma/ağrı
02. İdrar kaçırma (üriner inkontinans)
03. Sıkışma hissi/sık idrara gitme
04. İdrar yapmada güçlük
05. Mesaneyi boşaltmada güçlük
06. Anormal miktar
06. Hematüri/rek değişikliği
07. Noktüri
08. Ürine sistemle ilgili laboratuvar sonuçlarında anormallik
09. Diğer

31. Üreme Fonksiyonu

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

01. Anormal akıntı
02. Anormal menstrasyon şekli
03. Menapozu/andropozu yönetmede güçlük
04. Üreme organlarında veya memede anormal kitle, şişme ve hassasiyet
05. Cinsel ilişki sırasında veya sonrasında ağrı
06. İnfertilite (kısırlık)
07. İktidarsızlık
08. Diğer

32. Gebelik

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

01. Doğmamış bebeği kabullenmede güçlük
02. Vücut değişikliklerine uyum sağlamada güçlük
03. Doğum öncesi egzersiz/egzersiz /dinlenme/beslenme davranışları ile ilgili güçlük
04. Doğum eyleminden korkma
05. Prenatal komplikasyonlar/erken doğum
06. Yetersiz sosyal destek
07. Diğer

33. Postpartum

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

01. Emzirmede güçlüğü
02. Doğum sonu değişikliklere uyum sağlamada güçlük
03. Doğum sonu egzersiz/ dinlenme/ diyet/davranışlarını yapmada güçlük
04. Anormal kanama/vajinal akıntı
05. Doğum sonu komplikasyonları
06. Depresif duygular
07. Diğer

34. Bulaşıcı/Enfeksiyon Durumu

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

01. Enfeksiyon
02. Yayılma (bulaşma)
03. Ateş
04. Biyolojik tehlikeler
05. Tarama/kültür/laboratuvar sonuçlarında pozitiflik
06. Bulaşmayı önlemek için gereç/malzeme/politikaların yetersiz olması
07. Enfeksiyon kontrol ilkelerinin izlenmemesi
08. Yetersiz bağışıklama
09. Diğer

Fizyolojik**Değerlendirme:**.....**04. SAĞLIK DAVRANIŞI**

Sağlığı geliştiren ve sürdüren en üst düzeyde iyileşme veya rehabilitasyon sağlayan davranışları içerir.

35. Beslenme**Sağlığı Geliştirme****Potansiyel** (Risk faktörleri:.....)**Aktüel; Belirti/Bulgular**

01. Fazla kilo (yetişkinlerde BKİ'nin 25 ve üzerinde olması, çocuklarda BKİ'nin 95. Persantil ve üzerinde olması)
02. Düşük kilo (yetişkinlerde BKİ'nin 18.5 ve altında, çocuklarda BKİ'nin 5. Persantil ve altında olması)
03. Günlük kalori/sıvı alımının istenilen standardın altında olması
04. Günlük kalori/sıvı alımının istenilen standardın üzerinde olması
05. Dengesiz beslenme
06. Yaşa uygun olmayan beslenme programı
07. Önerilen beslenme programını sürdürememe
08. Açıklanamayan/sürekli kilo kaybı
09. Besin alma/hazırlamada yetersizlik
10. Hipoglisemi
11. Hiperglisemi
11. Diğer

36. Uyku ve Dinlenme Düzeni**Sağlığı Geliştirme****Potansiyel** (Risk faktörleri:.....)**Aktüel; Belirti/Bulgular**

01. Uyku ve dinlenme düzeninin aileyi rahatsız etmesi
02. Gece sık sık uyanma
03. Uyurgezerlik
04. Uykusuzluk
05. Kabus görme
06. Yaşa/fiziksel duruma göre yetersiz uyku/dinlenme
07. Uyku apnesi
08. Horlama
09. Diğer

37. Fiziksel Aktivite**Sağlığı Geliştirme****Potansiyel** (Risk faktörleri:.....)**Aktüel; Belirti/Bulgular**

01. Sedanter yaşam biçimi
02. Yetersiz/düzensiz egzersiz
03. Yaşa/fiziksel duruma uygun olmayan egzersiz şekli/miktarı
04. Diğer

38. Kişisel Bakım**Sağlığı Geliştirme****Potansiyel** (Risk faktörleri:.....)**Aktüel; Belirti/Bulgular**

01. Giysilerin temizliğinin sağlanmasında güçlük
02. Banyo yapmada güçlük
03. Giyim kuşam aktivitelerinde güçlük
04. Alt vücut giyiminde güçlük
05. Üst vücut giyiminde güçlük
06. Kötü vücut kokusu
07. Saçları yıkama/taramada güçlük
08. Ağız bakımı/diş fırçalama/diş ipi kullanmada güçlük
09. Bireysel bakım aktivitelerini yapmayı unutma/yapmayı istememe/yapamama
10. Diğer

39. Madde Kullanımı**Sağlığı Geliştirme****Potansiyel** (Risk faktörleri:.....)**Aktüel; Belirti/Bulgular**

01. Reçeteli/reçetesiz ilaçların kötüye kullanımı
02. Uyarıcı/uyuşturucu /sokakta satılan maddelerin kullanımı
03. Alkolün kötüye kullanımı
04. Sigara/tütün ürünlerinin içimi/kullanımı
05. Günlük rutinleri yerine getirmede zorlanma
06. Reflekslerde bozulma
07. Davranış değişikliği
08. Sigara puro dumanına maruz kalma
09. Yasal olmayan maddeleri alma/satma
10. Diğer

40. Aile Planlaması**Sağlığı Geliştirme****Potansiyel** (Risk faktörleri:.....)**Aktüel; Belirti/Bulgular**

01. Aile planlaması yöntemleri konusunda yanlış/yetersiz bilgi
02. Gebelik öncesi sağlık uygulamalarına ilişkin yanlış/yetersiz bilgi
03. Düzensiz/etkisi sınırlı bir yöntem kullanma
04. Kullandığı yöntemlerden memnun olmama
05. Aile planlaması seçimi hakkında başkalarının tepkilerinden korkma
06. Aile planlaması yöntemlerine ulaşmada güçlük
04. Diğer

41. Sağlık Bakım Denetimi**Sağlığı Geliştirme****Potansiyel** (Risk faktörleri:.....)**Aktüel; Belirti/Bulgular**

01. Rutin/koruyucu sağlık bakımını yaptırmama
02. Değerlendirme/tedavi gerektiren semptomlar için bakım almama
03. Sağlık randevularına gitmeme
04. Birden fazla randevuyu/tedavi planını koordine edememe

- 05. Sağlık bakım kaynaklarının sürekliliğinin olmaması
- 06. Sağlık bakım kaynaklarının yetersiz olması
- 07. Tedavi planının yetersiz olması
- 08. Diğer

42. Tedavi Rejimi

Sağlığı Geliştirme

Potansiyel (Risk faktörleri:.....)

Aktüel; Belirti/Bulgular

- 01. Önerilen doz/tedavi programına uymama
- 02. Yan etki/istenmeyen tepkilerin olması
- 03. İlaç sağlayan sisteminin yetersiz olması
- 04. ilaçların uygun olmayan şekilde saklanması
- 05. Biten ilaçların yerine konmaması
- 06. Aşı yaptırmama
- 07. Tedavi rejiminin yetersiz olması
- 08. Yardım almadan ilaç alamama
- 09. Diğer

Sağlık Davranışlarını Değerlendirme:

Hemşirelik Girişim Şeması (HGS)

Hemşirelik Girişim Şeması problem sınıflama listesinde tanımlanan bireyin problemlerine göre düzenlenmiştir. Bu liste hemşireler arasında ortak kayıt dilinin kullanımını sağlar. Kategori, Hedef ve Bireye Özgü Planlanan Girişimler olmak üzere 3 bölümden oluşur:

3.2.1. KATEGORİLER:

- Sağlık Eğitimi, Rehberlik ve Danışmanlık
- Tedavi ve İşlem
- Vaka Yönetimi
- İzlem

HEDEFLER LİSTESİ

1. Aile planlaması (family planning care): Ailenin doğurganlık bilinci ve doğurganlığın düzenlenmesi konusundaki bilgi, tutum ve inançları kapsayan girişimler

2. Alçı bakımı (cast care): Vücudun hareketsiz bir bölümünün bakımına yönelik girişimler (Dolaşımı engelleyen nedenlerin azaltılması, basınç ya da ağrının giderilmesi v.b.)

3. Anatomi-fizyoloji (anatomy/physiology): İnsan vücudunun yapısı ve fonksiyonu

4. Araç-gereçler (supplies): Bakım verirken kullanılan tek kullanımlı malzemeler, enjektör, sonda, biberon, giysi v.b.)

5. Bağırsak bakımı (bowel care): Bağırsak eğitimi ve lavman gibi bağırsak fonksiyonlarını geliştiren aktiviteler

6. Bağlılık (bonding/attachment): Ebeveyn/bakım verici ile bebek/çocuk gibi iki kişi arasındaki karşılıklı güçlü bağlılık

7. Bakım Destek Hizmetleri (community outreach worker services): Profesyonel sağlık çalışanlarının gözetimi altında yetiştirilmiş elemanlar tarafından sağlanan ev işi, çocuk/ yetişkin bakımı, ulaşım, yemek gibi hizmetlere yardım

8. Bakım Verme/Ebeveynlik Becerileri (caretaking/parenting skills): Bağımlı çocuk ya da bağımlı yetişkine sağlanan besleme, banyo yapma, disiplin, uyarı gibi aktiviteler

9. Bakımın Sürekliliği (continuity of care): Hizmetlerin/çabaların tekrarını azaltmak ve güvenli ve etkili bakım sağlamak için bakım veren kişiler ve kurumlar arasındaki bilgi akışı

10. Başetme Becerileri (coping skills): Hastalık, yetersizlik, gelir kaybı, çocuğun doğumu ya da aile bireylerinden birinin ölümü gibi değişimleri etkin yönetme yeteneği

11. Belirti-bulgular_fiziksel (signs/symptoms-physical): Objektif ya da subjektif fiziksel sağlık problemleri (Ateş, ani kilo kaybı ya da ağrı ifadesi gibi)

12. Belirti-bulgular_mental/emosyonel (signs/symptoms-mental/emotional): mental/emosyonel belirtiler (Depresyon, konfüzyon, ajitasyon gibi)

13. Beslenme yol ve yöntemleri (feeding procedures): Meme, biberon, kaşık, tüp ya da damar yolu ile sıvı ve yiyeceklerin verilmesi

14. Büyüme ve gelişme (growth/development care): Yaşa uygun büyüme ve gelişmeyi sağlayan ve uyaran aktiviteler

15. Çevre (environment): Konut, mahalle ya da toplumu etkileyen fiziksel/çevresel koşulları

16. Davranış değişimi (behavior modification): Alışkanlıkları/davranışları değiştirmek için düzenlenen aktiviteler

17. Dayanıklı tıbbi araçlar (durable medical equipment): Özel yatak, yürüteç, solunum cihazı gibi bakım sağlarken kullanılan ve tek kullanımlık olmayan araçlar

18. Deri bakımı (skin care): Deri bütünlüğünü geliştiren uygulamalar (losyon ve masaj uygulamaları gibi)

19. Destek grubu (support group): Örgütlü bilgi ve yardım kaynakları (ebebynlık, alkolizm, obezite ve Alzheimer hastalığı gibi özel konulara ilişkin güvenilir web sayfaları,telefonla ve grup odaklı yardım)

20. Destek sistemi (support system): Sağlığı geliştirmek ve hastalıkları yönetmek için bakım, yardım ve sevgi sağlayan örgütler ve aile/arkadaş çevresi

21. Diğer toplum kaynakları (other community resources): Çeşitli konularda sosyal destek hizmetleri (eğitim, günlük bakım, yiyecek v.b.) sunan örgütler/kuruluşlar

22. Dil ve konuşma bozuklukları (speech and language pathology care): Dil ve konuşma bozuklukları uzmanları ya da yardımcıları tarafından sağlanan tanı ve tedavi

23. Dinlenme ve uyku (rest/sleep): Uyku ve uyanıklığın değişen dereceleri

24. Disiplin (discipline): Uygun davranışı ve kendini kontrol etmeyi geliştiren terbiye edici uygulamalar

25. Diyet yönetimi (dietary management): Yaşamı sürdürmek, sağlıklı olmak, büyümek ve enerji sağlamak için gerekli olan yiyecek ve içeceklerin dengeli olarak alınması

26. Diyetisyen hizmetleri (nutritionist care): Beslenme uzmanları/yardımcıları tarafından sağlanan tanı ve tedavi

27. Egzersiz (exercises): Aktif/pasif hareketler, izometrik ve germe egzersizleri gibi terapötik amaçlı egzersizler

28. Eğitim (education): Tüm yaş grubundaki öğrencilere bireysel olarak sunulan genel teknik ya da formal/resmi programlar

29. Enfeksiyon kontrol önlemleri (infection precautions): El yıkama, izolasyon, örnek toplama, bulaşmayı izleme, raporlandırma ve çevre kontrolü gibi bulaşıcı hastalıkların geçişini ve sıklığını azaltan önlemler

30. Esenlik (wellness): Bağışıklama, egzersiz, beslenme gibi fiziksel ve ruhsal sağlığı geliştiren uygulamalar

31. Etkileşim (interaction): Ebebeyn-çocuk, ebebeyn-öğretmen, hemşire-birey (sağlam ya da hasta) arasındaki karşılıklı etkileşim

32. Ev (home): Yaşanılan yer

33. Ev işleri (homemaking/housekeeping): Yemek pişirme, temizlik, bulaşık gibi ev işlerinin yönetimi

34. Fizik tedavi bakımı (physical therapy care): Fizyoterapi uzmanı, fizyoterapist ve yardımcıları tarafından sağlanan tanı ve tedavi

35. Genetik (genetics): Konjenital anomali durumları ve doğumsal defektleri önlemek, belirlemek ya da tedavi etmek amacıyla yapılan tanı, konsültasyon ve işlemler

36. Gevşeme/nefes alma teknikleri (relaxation/breathing techniques): Kas gerilimini azaltan egzersizler (derin solunum egzersizleri, meditasyon, imajinasyon, hayal kurma gibi)

37. Günlük bakım/sürelî bakım (day care/respice): Ebebeyn/bakım veren kişilerin her zamanki sorumluluklarını yerine getiremediği zaman çocuk/yetişkin gözetimini sağlayan bireyler ya da kurumlar

38. Güvenlik (safety): Yaralanma, kayıp ya da risklerden uzak kalma

39. Hareket/transfer (mobility/transfers): Yürüme gibi aktivitelere katılmayı sağlayan ya da pozisyon değiştiren vücut hareketleri

40. Hastalık/yaralanmada bakım (sickness/injury care): Hastalık ya da kazalarda yapılan uygulamalar (ilk yardım, vücut ısısını ölçme v.b.)

41. Hemşirelik bakımı (nursing care): Hemşire tarafından yapılan tanı, tedavi/girişim ve değerlendirme işlemleri

42. İlaç etkisi/yan etkisi (medication action/side effects): İlaçların olumlu ya da olumsuz sonuçları

43. İlaç hazırlığı (medication set-up): Oral ilaç hazırlama, ilacı enjektöre çekme ya da damar içine uygulanacak sıvıları hazırlama/kontrol etme kuralları

44. İlaç tedavisinin düzenlenmesi (medication coordination/ordering) : Önerilen ilaç tedavisinin koordinasyonu/düzenlenmesi

45. İlaç reçete etmek (medication prescription): İlaçların sipariş/reçete edilmesi

46. İlaç yönetimi (medication administration): İlaçların bireyler, ebeveyn/bakım vericiler ya da sağlık çalışanları tarafından verilmesi ya da uygulanması ile ilgili aktiviteler

47. İletişim (communication): Birey/aile/toplum ve diğerleri arasında sözlü ya da sözsüz bilgi alışverişi

48. İş-çalışma (employment): Gelir sağlayan meslek

49. İş Terapisi (occupational therapy care): İş terapistleri ve yardımcıları tarafından sağlanan tanı ve tedavi

50. Kardiyak bakım (cardiac care): Kalp ve dolaşım fonksiyonlarını geliştiren aktiviteler (Sıvı dengesi ve enerjiyi koruma gibi)

51. Kişisel hijyen (personal hygiene): Duş alma, banyo yapma, tuvalet gibi kişisel bakım aktiviteleri

52. Laboratuvar bulguları (laboratory findings): Kan ,idrar analizi gibi doku ve sıvı testlerinin sonuçları

53. Madde kullanımını bırakma (substance use cessation): Zararlı ve bağımlılık yapan maddelerin kullanımını bırakmayı sağlayan aktiviteler

54. Mali Durum (finances): Gelir ve giderlerin yönetimi

55. Manevi Bakım (spiritual care): Manevi uygulamaları kapsayan ve bireysel huzur ve rahatı geliştiren aktiviteler

56. Mesane bakımı (bladder care): Mesane fonksiyonlarını geliştiren aktiviteler (mesane eğitimi, kateter değişimi, kateter irrigasyonu v.b.)

57. Meşguliyet Terapisi (recreational therapy care): Meşguliyet terapisti ya da yardımcısı tarafından sağlanan tanı ve tedavi

58. Ostomi bakımı (ostomy care): Kolostomi ve ileostomi gibi yüzeye açılma yolu ile dışkı ya da idrarın boşaltımını sağlayan aktiviteler

59. Öfke Yönetimi (anger management): Şiddeti içeren olumsuz duygu ve etkileşimleri kontrol altına alan ve azaltan aktiviteler

60. Örnek toplama (specimen collection): Kan, idrar, dışkı, tükürük, drenaj sıvısı gibi insan ve hayvanlardan alınan doku, sıvı ve sekresyon örneklerinin toplanması

61. Paraprofesyonel/yardımcı bakım (paraprofessional/aide care): Profesyonel sağlık çalışanlarının gözetimi altında hemşire yardımcıları, evde bakım yardımcıları gibi yetiştirilmiş elemanlar tarafından sunulan yardım.

62. Pozisyon verme (positioning): İşlev görmek ve rahatlamak için bedenin ayarlanması

63. Solunum bakımı (respiratory care): Aspirasyon ve nemlendirme tedavileri gibi solunum ya da akciğer fonksiyonlarını geliştiren aktiviteler

64. Solunum terapisi bakımı (respiratory therapy care): Solunum terapisti ya da yardımcıları tarafından sağlanan tanı ve tedaviler

65. Sosyal hizmetler/danışmanlık (social work/counseling care): Sosyal hizmet çalışanları, danışmanlar ya da onların yardımcıları tarafından sağlanan hizmetler

66. Stres yönetimi (stress management): Güç yaşam koşulları sırasında sağlıklı kalmayı sağlayan bilişsel ve emosyonel aktiviteler

67. Tarama yol ve yöntemleri (screening procedures): Riskli durumları belirlemek, erken tanı ve zaman içindeki değişim/ilerlemeyi izlemek için kullanılan değerlendirme yöntemleri

68. Tercüme Hizmetleri (interpreter/translator services): Profesyonel sağlık çalışanlarının gözetimi altında yetiştirilmiş tercümanların farklı dillerde sözel ve yazılı iletişime yardım hizmetleri

69. Tıbbi/Diş bakımı (medical/dental care): Hekimler, diş hekimleri ve onların yardımcıları tarafından sağlanan tanı ve tedavi

70. Ulaşım (transportation): Otomobil, taksi, otobüs, motosiklet v.b. ulaşım yolları

71. Uyarma/Duygusal destek (stimulation/nurturance): Sağlıklı fiziksel, entellektüel ve duygusal gelişmeyi destekleyen uyarıcı aktiviteler

72. Yara Bakımı Pansuman Değişimi (dressing change/wound care): Yara, lezyon ya da insizyonun gözlemi, ölçümü, temizliği, yıkama ve/veya kapatma gibi enfeksiyonu önleyen ve yarayı iyileştiren aktiviteler

73. Yasal Sistem (legal system): Yetki, idari kurallar, kanunların uygulanması

74. Yaşam Sonu Bakımı (end-of-life care): Ölen kişinin ailesi, arkadaşları, inançları, dini töreni, ağrı kontrolü ve fiziksel bakımı içeren duygusal ve fiziksel rahatlığı sağlayan aktiviteler

75. Yürüme Çalışması (gait training) Yürümeyi geliştirmek için planlanan ve desteksiz yürümek için yardımcı araçlarla ya da araçsız olarak yapılan sistemli aktiviteler

76. Diğer (other): Bu listede tanımlanmayan aktiviteler ya da kişiler, yerler ve benzeri şeyler

EK 5. Problem Değerlendirme Ölçeği

Hemşirelik Bakım Planı		İlk Değerlendirme			Son Değerlendirme			Birey Adı:
Problem No ve Tanımı	Tarih	Bi*	Da**	Du***	Bi	Da	Du	

***Bi: Bilgi**

****Da: Davranış**

*****Du: Durum**

KAVRAM		1	2	3	4	5
BİLGİ	Bilgiyi Hatırlama Bilgiyi Yorumlama	Bilgisi Yok	Çok Az Düzeyde	Temel Düzeyde	Yeterli Düzeyde	Üst Düzeyde
DAVRANIŞ	Gözlenen Yanıt Harekete Dönüş	Uygun Değil	Nadiren Uygun	Tutarsız	Genellikle Uygun	Her Zaman Uygun
DURUM	Varolan Objektif/Subjektif Belirti/Bulgu	Çok Ciddi	Ciddi	Orta Düzeyde	Çok Az Düzeyde	Yok

EK 7. Örnek Bakım Planları

Girişim Kategorisi	Hedefler	Bireye Özel Girişimler
ERD	3- Anatomi-Fizyoloji 28- Eğitim (Yetişkin eğitimi)	-Ağız, diş, diş etleri -Hastalık süreci (Dişeti+çürük+kayıp) -Ağız bakımı -Diş ipi kullanma ve fırçalama sıklığı -Düzenli diş bakımı
SV	9- Bakımın sürekliliği 16- Davranış değişimi 51- Kişisel hijyen 11- Belirti-bulgular-fiziksel	-Planlanan bakımı izlemek -Kişisel tarzını tanıma/değiştirme -Sağlığı geliştirmek için seçimler yapmak -Davranışı sürdürme -Ağız bakımının takip edilmesi -Diş ipi kullanma ve fırçalama sıklığının takip edilerek artırılması - Dişeti+çürük+kayıp
VY	41- Hemşirelik bakımı 69- Tıbbi/Diş bakımı	-Planlanan bakımı uygulama -Yeterli/uygun bakım -Bakım planının takibi -Diş tedavisi -Değerlendirme -Hizmet verenler arasında koordinasyon -Muayene
Girişim Kategorisi	Hedefler	Bireye Özel Girişimler
ERD	25- Diyet yönetimi 28- Eğitim (Yetişkin eğitimi)	-Yiyeceklerin yapısı ve özelliği -Temel beslenme -Yaşa ve fiziksel duruma uygun beslenme -Yiyecek ve içeceklerin dengeli alınması -Yiyecek miktarı -Yiyeceklerin kalorisi -Yeme/beslenme şekli -Öğünleri planlama -Düzensiz/dengesiz beslenme -Yiyecek günlüğü tutmak
SV	9- Bakımın sürekliliği 16- Davranış değişimi 11- Belirti-bulgular-fiziksel	-Planlanan bakımı izlemek -Sağlığı geliştirmek için seçimler yapmak -Kişisel tarzını tanıma/değiştirme -Antropometrik (kilo, boy) ölçümler -Biyokimya sonuçları -Temel beslenme planına uyma -Yiyecek günlüğünün takibi
VY	41- Hemşirelik bakımı 26-Diyetisyen hizmetleri	-Planlanan bakımı uygulama -Yeterli/uygun bakım -Bakım planının takibi -Değerlendirme -Hizmetlerin planlaması ve sağlanması -Hizmet verenler arasında koordinasyon

Girişim Kategorisi	Hedefler	Bireye Özel Girişimler
ERD	3- Anatomi-Fizyoloji 28- Eğitim (Yetişkin eğitimi) 51- Kişisel hijyen 30-Esenlik	-Ağız bakımı -Diş ipi kullanma ve fırçalama sıklığı -Düzenli diş bakımı -Üreme organları -Üriner sistem ve yapısı -Vücut temizliği -Düzenli cilt bakımı -Saç ve kafa derisi bakımı -Doğru perine temizliği -Doğru mensturasyon temizliği -Ayak bakımı -Tırnak bakımı
SV	9- Bakımın sürekliliği 16- Davranış değişimi 51- Kişisel hijyen	-Planlanan bakımı izlemek -Kişisel tarzını tanıma/değiştirme -Sağlığı geliştirmek için seçimler yapmak -Diş ipi kullanma ve fırçalama sıklığı -Dişeti+çürük+kayıp -Doğru perine temizliğinin takibi -Doğru mensturasyon temizliğinin takibi -Davranışı sürdürme
VY	41- Hemşirelik bakımı 52-Laboratuvar bulguları	-Planlanan bakımı uygulama -Yeterli/uygun bakım -Bakım planının takibi/Bireysel bakım planlaması -Değerlendirme (Kişisel hijyen/Kan-idrar) -Hizmet verenler arasında koordinasyon -Muayene
Girişim Kategorisi	Hedefler	Bireye Özel Girişimler
ERD	3-Anatomi-fizyoloji 28-Eğitim (Yetişkin eğitimi) 67-Tarama yol ve yöntemleri 30-Esenlik	-Meme ve üreme organlarının yapısı ve fonksiyonu -Yaşa uygun belirtilerin gözlemi - Kendi Kendine Meme Muayenesi (KKMM) ve Kendi Kendine Vulva Muayenesi (KKVM) -Pap-smear -Jinekolojik muayene -Mamografi - Sağlık riskleri -Klinik meme muayenesi -Düzenli tarama programlarının önemi
SV	16-Davranış değişimi 11-Belirti bulgu fiziksel	-Sağlığı geliştirmek için seçimler yapmak -Sağlığı koruyucu davranışları yapmak -Davranışı sürdürmek -Kitle- şişlik -Memede renk değişikliği ve akıntı izlemi -Mensturasyon düzeni ve değişiklik
VY	69-Tıbbi/Diş bakımı 41-Hemşirelik bakım 67-Tarama yol ve yöntemleri 52-Laboratuvar bulguları	-Sağlık personeli -Değerlendirme -Muayene -Rutin/koruyucu bakım -Koruma/sürdürme -Planlanan bakımı uygulama -Hizmet verenler arasında koordinasyon -Hasta savunuculuğu -Bakım planının takip edilmesi -Tarama sonuçları

EK 8. Ceza İnfaz Kurumu İzin Yazısı

T.C.
ADALET BAKANLIĞI
Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü

Sayı : B.03.0.CTE.09.204.06.02-1786/100289
Konu : Araştırma

09/08/2011

HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
(Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Başkanlığına)

İlgi : 11.07.2011 tarih ve B.30.2.HAC.0.82.00.00/38 sayılı yazı.

Üniversiteniz Doktora Öğrencisi Şenay AKGÜN ve Yüksek Lisans Öğrencisi Duygu ÖZTAŞ tarafından, 25 Ağustos 2011-31 Haziran 2012 tarihleri arasında Ankara Kadın Kapalı Ceza İnfaz Kurumunda bulunan hükümlü ve tutuklular ile "Ceza İnfaz Kurumunda Sunulan Hemşirelik Hizmetlerinin Kadınların Fiziksel Sağlıklarına, Sağlığın Koruyucu ve Geliştirici Davranışlarına Etkisinin İncelenmesi" konusunda araştırma yapılmasına izin verilmesi talebine ilişkin ilgi yazı ve ekleri incelendi.

Söz konusu araştırmada, araştırma süresince yürütülecek aşamalarda; ceza infaz kurumu bünyesinde yapılması mümkün olan tahlil ve tetkiklerin ceza infaz kurumu bünyesinde yapılması ve sonuçlarının kurum dışına çıkarılmaması, ceza infaz kurumu bünyesinde yapılması mümkün olmayan tetkiklerde ise kadın hükümlülerin Sincan Ceza İnfaz Kurumu Semt Polikliniğine sevk edilip edilemeyeceğinin araştırılması, yapılacak her türlü muayene, tetkik, tahlil ve sevk işlemlerine yönelik giderlerin nasıl ve hangi kurum, kuruluş tarafından karşılanacağını belirtilmesi, araştırma esnasında verilecek eğitim planının ve içeriğinin Genel Müdürlüğümüze gönderilmesi, araştırma süresince destek alınacak kişi, kurum ve sağlık görevlilerinin bildirilmesi şartıyla; belirtilen tarihler arasında adı geçen ceza infaz kurumunda, kurumun belirleyeceği günlerde, kadın hükümlülerin rızaları alınarak, araştırma konusuyla sınırlı kalınması, ses kaydı ve görüntü alınmaması, çalışma sonucunun iki örneği ile CD'sinin de Genel Müdürlüğümüze gönderilmesi koşullarıyla, kurum görevlileri nezaretinde ve gerekli güvenlik önlemleri altında gerçekleştirilmesi uygun görülmüştür.

Yukarıda belirtilen şartların sağlanamaması durumunda araştırmanın anket uygulanması ve eğitim verilmesi şeklinde yeniden düzenlenmesi durumunda değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

Bilgi edinilmesini ve gereğini rica ederim.

Sefa MERMERCİ
Hâkim
Bakan a.
Genel Müdür

Konya Yolu No:70 Beşevler 06330 ANKARA
Telefon: (0 312) 204 13 73-75 Faks: 223 60 07

Ayrıntılı bilgi için iribat: T. ÇELEBİ Şb. Md.
e-posta: cte.adalet.gov.tr Elektronik Ağ: www.adalet.gov.tr

Bvrakın 5070 Sayılı Kanuna göre elektronikimzalı aslına <http://vatandas.uyap.gov.tr/evrak> adresinden
PYA+bE8 - s201sMt - h4XMtAn - kRU7Qc- kodu ile erişebilirsiniz.

EK 9. Bilgilendirme / Olur Formu

“CEZA İNFAZ KURUMUNDA SUNULAN HEMŞİRELİK HİZMETLERİNİN KADINLARIN SAĞLIK DAVRANIŞLARI ve FİZİKSEL SAĞLIK DÜZEYLERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ” İSİMLİ ARAŞTIRMANIN BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Araştırmacının Açıklaması

Değerli Katılımcı,

Katıldığınız bu çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı “Ceza İnfaz Kurumunda Sunulan Hemşirelik Hizmetlerinin Kadınların Sağlık Davranışları ve Fiziksel Sağlık Düzeylerine Etkisinin Değerlendirilmesi”dir.

Bu araştırma, ceza infaz kurumunda verilen hemşirelik hizmetlerinin kadınların sağlık davranışları ve fiziksel sağlık düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır. Bu araştırmada gereksinimleriniz doğrultusunda belirlenen sorunlarınız hemşirenin rol ve sorumlulukları arasında yer alan sağlık eğitimi, rehberlik ve danışmanlık, tedavi ve işlem, izlem ve vaka yönetimi müdahaleleri ile ele alınacaktır. Ayrıca tanı testleri için ilgili kurumlara uzman hekimlere yönlendirilecek ve sonuçları değerlendirilecektir. Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre 10 ay olup, 10 aylık süreçte araştırmacı ile birlikte görüşme zamanları ve içeriklerine karar vereceksiniz.

Bu araştırma ile ilgili olarak araştırmacının önerilerine uyma, planlanan bireysel/grup aktivitelerinin uygulama zamanlarına uyma, araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekilme durumunda araştırmacıya daha önceden haber verme sizin sorumluluklarınızdır.

Bu araştırmada sizin için herhangi bir risk durumu bulunmamakla birlikte, sizin için beklenen yararı şu anki sağlık durumunuzu daha iyi bir düzeye çıkarmaktır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size haber verilecektir.

Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlı olup, katılımınız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararlarınıza engel duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dahilinde veya isteğiniz dışında, çalışma programını aksatmanız nedeniyle sizi araştırmadan çıkarabilir.

Araştırma sonucunda elde edilecek veriler bilimsel amaçla kullanılacak olup, size ait kimlik bilgileriniz gizli tutulacak ve başkalarına verilmeyecektir. Bu formun imzalı bir kopyası size verilecektir.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Araştırmacının;

Adı Soyadı: Şenay AKGÜN

Adresi: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Altındağ/ANKARA

Telefonu: 0 312 319 14 50/1192

Elektronik postası: sakgun@health.ankara.edu.tr

Katılımcının Beyanı

Sayın araştırmacı Şenay AKGÜN tarafından, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda Doktora Tezi olarak yapılacak bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler tarafıma aktarıldı. Araştırma başlamadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma takılan bütün soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak dinledim. Bu bilgilerden sonra araştırmaya katılımcı olarak davet edildim. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Eğer araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramızda kalması gereken bilgilerin gizliliğine araştırma sırasında da büyük bir özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da ayrı bir ödeme yapılmayacaktır. Araştırma sırasında araştırma ile ilgili bir sorun ile karşılaştığımda araştırmacı Şenay AKGÜN'ü hangi telefon ve adresten arayabileceğimi biliyorum.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Bana yapılmış tüm açıklamaları anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmada katılımcı olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Bu formun imzalı bir kopyası tarafıma verilecektir.

Katılımcı:

Adı Soyadı:

Adresi:

Telefonu:

İmza:

Katılımcı ile görüşen araştırmacının:

Adı Soyadı:

Adresi:

Telefonu:

İmza:

Görüşme tanığı:

Adı Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Telefonu:

İmza:

EK 10. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin İzni

From: “Arş.Gör. Şenay AKGÜN” <Senay.Akgun@health.ankara.edu.tr>

To: <zuhul.bahar@deu.edu.tr>

Sent: Tuesday, April 19, 2011 10:43 AM

Subject: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin kullanımı için izin

Sayın AKGÜN,

Doktora teziniz için ‘Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II’ni sonuçlarınızı bizimle paylaşmak koşulu ile kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim

Zuhul Bahar

EK 11. Diğer Tablo ve Grafikler

Tablo 1. Mahpusların Kurum Yemeklerini Yeme Durumları ve Yememe Nedenlerinin Dağılımı

Kurum Yemelerini Yeme Durumu	S (%)
Evet	8 (26.7)
Bazen yememe	15 (50.0)
Hayır	7 (23.3)
Yememe Nedenleri*	
Yemeklerin çok yağlı olması/yağının kötü olması	9 (40.9)
Görüntü ve tadının kötü olması	8 (36.4)
Aynı yemeklerin çıkması	3 (18.2)
Yemeklerden yabancı maddelerin çıkması	1 (50.0)
Yemeklerin mideyi etkilemesi	1 (4.5)

Tablo 2. Mahpusların Sağlık Birimine Başvuru Durumları İle Sağlık Hizmetlerine Ulaşmada Güçlük Yaşama Durumları ve Bunların Nedenlerinin Dağılımı

Sağlık Birimine Başvuru Durumları	S(%)
Evet	14 (46.7)
Hayır	16 (53.3)
Sağlık Hizmetlerine Ulaşmada Güçlük Yaşama	
Evet	11 (36.7)
Hayır	19 (63.3)
Sağlık Hizmetlerine Ulaşmada Güçlük Yaşama Nedenleri*	
Sağlık personelinin ilgisiz ve olumsuz tutumu	7 (63.6)
Sevk ve İlacın birarada yazdırılamaması, kapsamlı muayene olamama, sevkler zamanında gidilememesi, sevkler ve muayeneye askerle gidilmesi ve kelepçe takılması, sevk günlerinin ziyaret günleriyle denk gelmesi, yabancı uyruklu bireylerin dil sorunu yaşamaları	4 (36.4)

*Yüzdelere sorun yaşayan bireyler üzerinden alınmıştır.

Tablo 3. Kadınların Üreme Sağlığına İlişkin Özelliklerinin Dağılımları

	S (%)
Menarş Yaşı	
12 yaş altı	2 (6.7)
12-15 yaş	26 (86.7)
16 yaş ve üstü	2 (6.7)
Evlenme Yaşı	
18 yaş altı	17 (68.0)
18 yaş ve üstü	8 (32.0)
İlk Gebelik Yaşı	
15 yaş altı	2 (8.3)
15-17 yaş	8 (33.3)
18 yaş ve üstü	14 (58.3)
Yaşayan Çocuk Sayısı	
Yok	6 (20.0)
1	9 (30.0)
2	5 (16.7)
3	3 (10.0)
4	5 (16.7)
5 ve üstü	2 (6.7)
Menopoz Yaşı	
45 yaş altı	2 (50.0)
45 yaş ve üstü	2 (50.0)
İlk Cinsel İlişki Yaşı	
18 yaş altı	19 (70.4)
18 yaş ve üstü	8 (29.6)
Cinsel birlikteliği yok	10 (33.3)
Tek partner	18 (60.0)
Birden fazla partner	2 (6.7)

Tablo 4. Kadınların Birinci Derece Yakınlarında Kronik Hastalık Bulunma Durumu ve Kronik Hastalıkların Dağılımları

Soygeçmişte Kronik Hastalık Bulunma Durumu	S (%)
Evet	23 (76.7)
Hayır	7 (23.3)
Soygeçmişte Bulunan Kronik Hastalıklar*	
Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları (Diyabetes mellitus)	13 (28.9)
Hipertansif hastalıklar (Hipertansiyon)	18 (40.0)
Kalp hastalığı	8 (17.8)
Kanser	6 (13.3)

*Bazı bireylerin soygeçmişlerinde birden fazla kronik hastalık öyküsü mevcuttur

Tablo 5. Ceza İnfaz Kurumuna Gelmeden Önce Madde Kullanma

Ceza İnfaz Kurumuna Gelmeden Önce Madde Kullanma	S	%
Evet	20	66.7
Hayır	10	33.3
Toplam	30	100.0
Kullanılan Madde		
Sigara	19	70.4
Alkol+sigara	4	14.8
Diğer*+sigara	4	14.8
Toplam	27	100.0

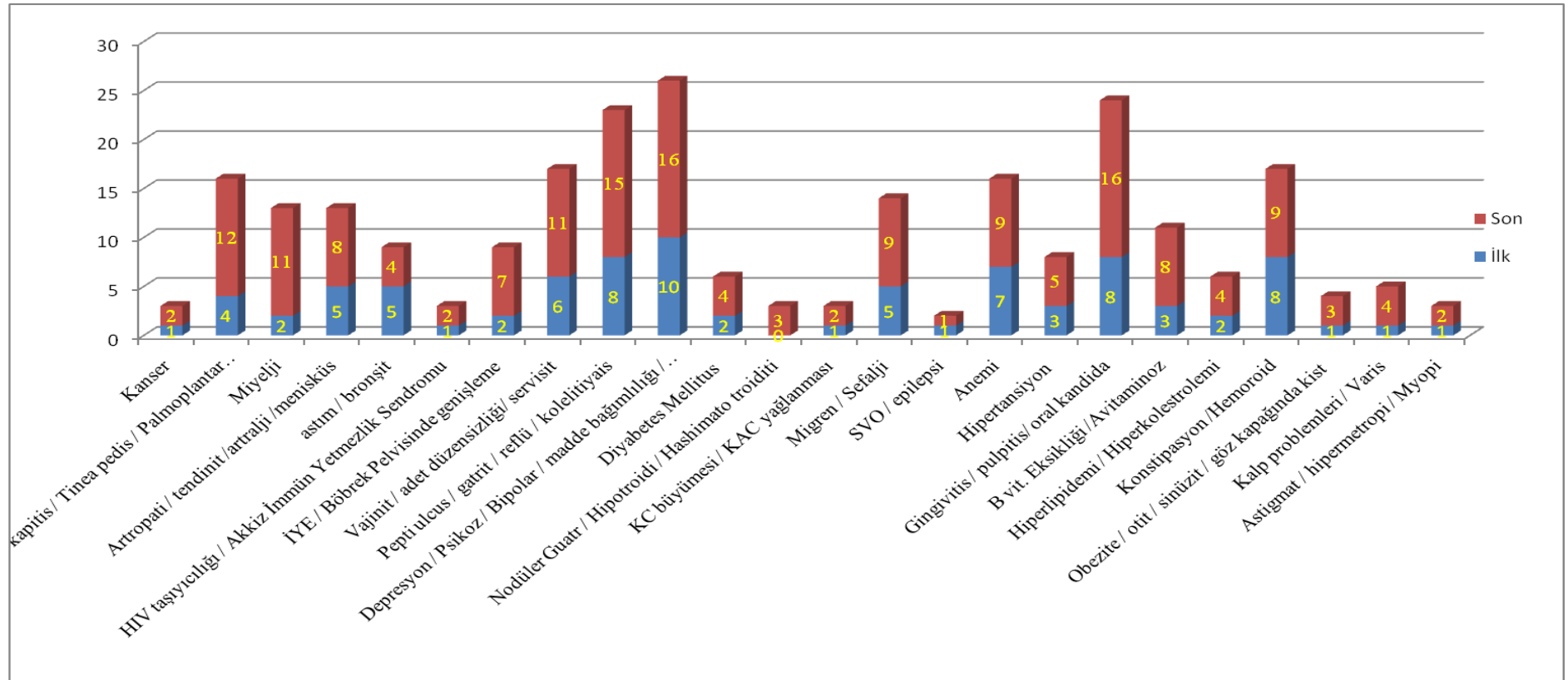
*Esrar, eroin, bali, tiner, kokain

**10 birey birden fazla madde kullanmaktadır.

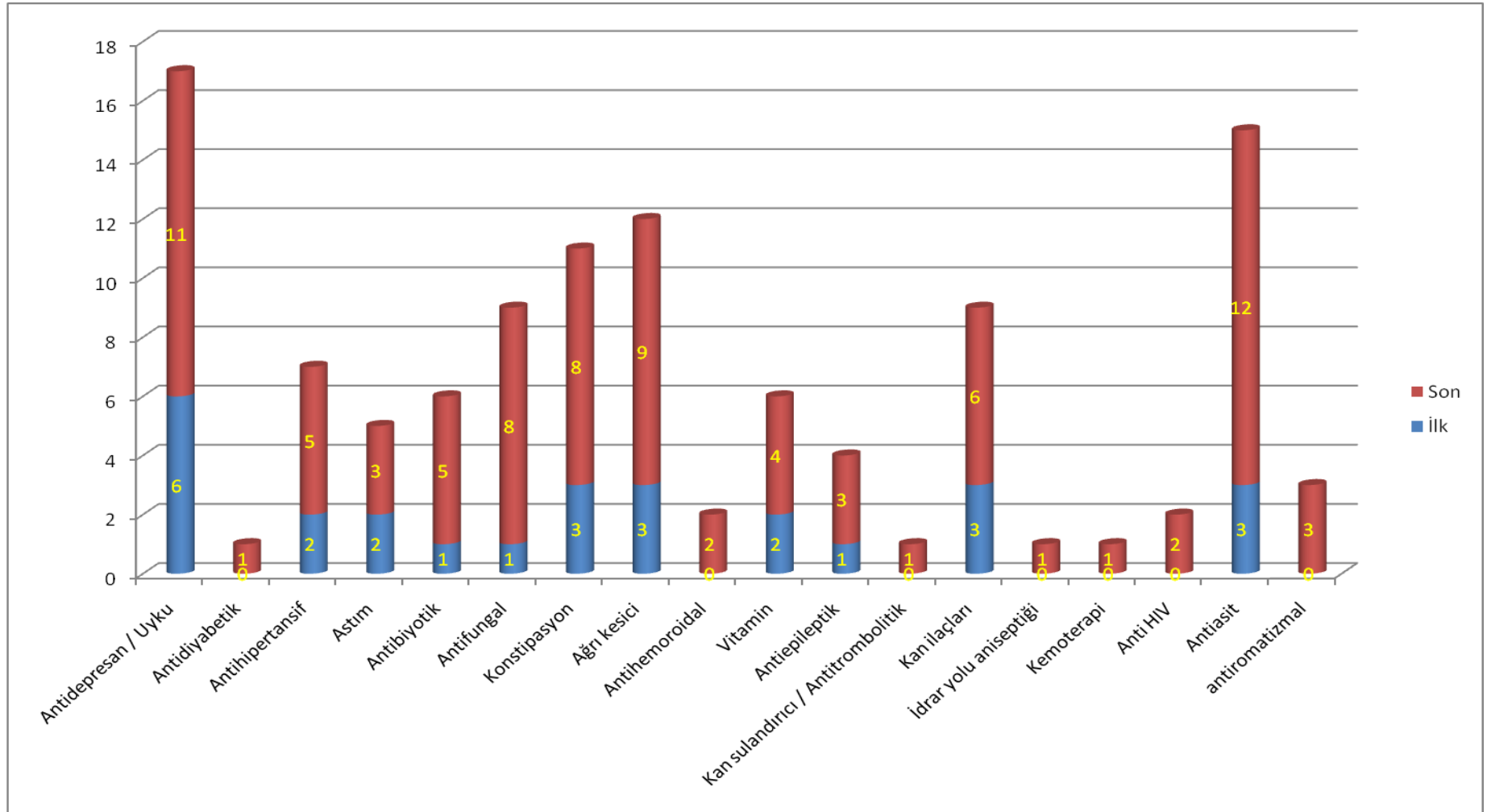
Tablo 6. Tuvalet Hijyeni Uygulamaları

Tuvalet hijyeni uygulamaları	S	%
Yanlış*	29	96.6
Doğru	1	3.4
Toplam	30	100.0

*Arkadan öne doğru, sabun, ıslak mendil vb. maddeler ile taharetlenme



Grafik 1. Kadınların Hemşirelik Girişimlerinden Önce (İlk) ve Sonra (Son) Hasta Dosyalarından Elde Edilen Tıbbi Tanılarının Dağılımı



Grafik 2. Mahpusların Hemşirelik Girişimlerinden Önce (İlk) ve Sonra (Son) Kullandıkları İlaçların Dağılımı

EK 12. Ceza İnfaz Kurumu Hemşireliği Sertifika Sınavı Konu Başlıkları

Sertifika Sınavında 4 alana yönelik bilgi sorulmaktadır:

http://www.ncchc.org/filebin/CCHP/CCHP-RN_Candidate_Handbook_2014_final.pdf:

I. Tutukluların / Mahpusların - Hastaların Klinik Yönetimi (45%-50%)

Tarama / İzlem ve Fizik Muayene

Trijaj

Hemşirelik Vizitleri “Sick Call”

Bakımın Devamlılığı İçin Danışmanlık, Rehberlik

Bakımın Yönetimi

Uygun Koşullara Yerleştirme

Terapötik İletişim ve Davranış Değişimi

Acil Durumlara Müdahale

II. Güvenliğin Geliştirilmesi ve Güvenli Sağlık Bakım Çevresi (5%-10%)

Çevre Güvenliği Ve Halk Sağlığı

Güvenlik ve Emniyet

III. Sağlığın Devam Ettirilmesi ve Geliştirilmesi (8%-12%)

Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Sağlık Eğitimi

Tahliye Planlaması

IV. Profesyonel Rol ve Sorumluluklar (30%-35%)

Etik ve Yasal Konular (Savunuculuk)

Yönetim ve Liderlik (İşbirliği)

Araştırma

EK 13. Karen Monsen ile Yapılan Yazışma

Thank you for your message. I agree that there is no obvious place to add thyroid problems in the Omaha System. Some have suggested adding "Endocrine function" as a problem in the next version of the Omaha System. I think the oral health problem "other" is a good choice.

Of course if the goiter causes other problems, the Omaha System choices are clearer: breathing (Respiration), eating (Nutrition and/or Digestion-hydration), or circulation (Circulation).

Best of luck with your research! I look forward to receiving your abstract.

--

Karen A. Monsen, PhD, RN, FAAN

Associate Professor | School of Nursing | www.nursing.umn.edu

Co-Director | Center for Nursing Informatics | www.nursing.umn.edu/icnp/index.htm

Director | Omaha System Partnership | omahasystempartnership.org

University of Minnesota | umn.edu

mons0122@umn.edu | 612-624-0490

On Mon, Feb 23, 2015 at 9:23 AM, <Senay.Akgun@health.ankara.edu.tr> wrote:

Dear Monsen,

First of all, thank you for your response. I am working on a doctoral thesis and I haven't taken the assertion exam yet. Thus, I am not able to send the abstract yet. However, I will send you the abstract as soon as my thesis is finished. I have a problem with the omaha system: In my research, I determined a growth in the thyroid gland during a neck examination which had no symptoms yet and when I referred these people to a doctor, they were diagnosed with euthyroid nodular goiter and goiter. However, since the omaha system includes no neck examination and no separate classification for the symptom findings of an endocrine disease, I have added this to the oral health problems under the other title. But still, I would like to ask you where and how I could code this subclinical thyroid symptom.

Best wishes,

Good bye.

2015-02-18 23:42, Karen Monsen yazmış:

Dear Senay,

Thank you very much for your message. I would like to learn more about your research! Please send a summary. I would be happy to add you to the Omaha System Partnership.

--

Karen A. Monsen, PhD, RN, FAAN [1]

Associate Professor | School of Nursing | www.nursing.umn.edu [2]

Co-Director | Center for Nursing Informatics |

www.nursing.umn.edu/icnp/index.htm [3]

Director | Omaha System Partnership | omahasystempartnership.org [4]

University of Minnesota | umn.edu [5]

mons0122@umn.edu | 612-624-0490

On Tue, Feb 17, 2015 at 2:12 AM, Şenay Akgün Pehlivan

<sakgun@health.ankara.edu.tr> wrote:

Content-Transfer-Encoding: 7bit

The following are form results from your web site:

Name: Şenay Akgün Pehlivan

Email: sakgun@health.ankara.edu.tr

Comments: I have had a research in women prison. I used the omaha system.

Sender IP: 176.219.141.145

Links:

[1] <http://www.nursing.umn.edu/faculty-staff/karen-monsen/index.htm>

[2] <http://ecommunication.umn.edu/t/461071/55615649/11704/0/>

[3] <http://www.cfn.umn.edu/>

[4] <http://omahasystempartnership.org/>

[5] <http://ecommunication.umn.edu/t/461071/55615649/11847/0/>