

**DERLEME**

## ŞİDDET, ATEŞLİ SİLAHLAR VE HALK SAĞLIĞI

Hilal ÖZCEBE\*, Derya ÇAMUR\*\*

Şiddet, basit bir sosyal hastalık değil; önlenabilir, önemli bir sağlık sorunudur. Bu sağlık sorununun çözümü için halk sağlığı çalışanlarının üstlenebileceği pek çok görev vardır.

Şiddet; kişinin kendisine, bir başkasına ya da topluluğa karşı gösterdiği, fiziksel güç kullanımını da içeren, yaralanma, ölüm ya da mahrumiyetle sonuçlanabilen davranışlarının tamamıdır (Foegen, W.H; 1995:2-9). Ortaya çıkan yaralanma fiziksel ya da psikolojik olabilir.

Şiddet sınıflaması şu şekilde yapılmaktadır (WHO; 1997) :

- Kendine Yönelik Şiddet: İntihar, intihar girişimi, ölümcül olmayan kendini kesme vb. davranışlar.
- Kişilerarası Şiddet: Aile içi, arkadaşlar arası ya da yabancılardan kaynaklanan şiddet davranışları.
- Organize Şiddet: Sosyal ve politik grupların çete oluşturarak ya da terör yoluyla oluşturdukları şiddettir. Savaş da organize şiddetin bir uç biçimidir.

### Dünyada ve Türkiye’de Şiddet ve Ateşli Silahlara Bağlı Ölümler

Dünya Sağlık Örgütü 1998 yılı raporunda, tüm dünyada, tahminen 2.3 milyon insanın şiddet nedeniyle öldüğü belirtilmektedir. Bu rakam temel alınarak, şiddete bağlı ölüm hızı hesaplandığında, 100.000’de 38.4 olarak bulunmaktadır. Sözü edilen ölümlerin %42’si öldürülme, %32’si intihar ve %26’sı savaş nedeniyle (WHO; 2001).

Dünya Sağlık Örgütü 1999 yılı raporunda yer alan ölüm nedenleri sıralaması incelendiğinde gözlenen şudur:

\* Doç. Dr., Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

\*\* Arş. Gör., Hacettepe Üniv. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD

Gelir düzeyi yüksek ülkelerde, (5-14) yaş grubunda kişilerarası şiddete bağlı ölümler beşinci, (15-44) yaş grubunda kendine yönelik şiddete bağlı ölümler ikinci ve aynı yaş grubunda kişilerarası şiddete bağlı ölümler ise üçüncü sırada yer almaktadır. Orta ve alt gelir düzeyine sahip ülkelerde ise (5-14) yaş grubunda kişilerarası şiddete bağlı ölümler 14., (15-44) yaş grubunda kişilerarası şiddete bağlı ölümler üçüncü, kendine yönelik şiddete bağlı ölümler ise dördüncü sıradadır. 45 yaş üzerindeki ölüm nedenleri arasında kendine yönelik şiddet önem kazanmaktadır.

Şiddete bağlı ölümlerin ortaya çıkışında, bireysel silahlanmanın yansıması olarak, ateşli silahların rolünü belirlemek doğru olacaktır. 1990’ların ortalarında, Dünya Sağlık Örgütü tarafından, gelişmiş ve gelişmekte olan 52 ülkeden, ateşli silahlara bağlı olarak ortaya çıkan ölümlere ilişkin bilgiler toplanmıştır. Bu ülkelerin toplam nüfusu yaklaşık 1400 milyon iken, bir yıllık periyotta ateşli silahlar nedeniyle yaşamını yitirenlerin sayısı 115.000 kişiden fazladır (WHO; 2001). Ateşli silahlarla olan ölümlerin nedenleri ve oranları Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Bir yıllık periyotta ateşli silahlara bağlı ölüm biçimleri -1990’ların ortaları

Ölüm biçimleri	Erkek	Kadın	Toplam	%
Cinayet	72216	7104	79320	68
İntihar	25359	3180	28539	26
Belirlenemeyen	4466	538	5004	4
Kaza	2452	278	2730	2
<b>TOPLAM</b>	<b>104493</b>	<b>11100</b>	<b>115593</b>	

Kaynak:WHO; 2001

Ateşli silahlara bağlı ölüm oranı, bölgeler ve ülkelerarası farklılıklar göstermektedir. 1997’de Japonya’da ateşli silahlarla gerçekleşen adam öldürmelerin oranı

100.000'de 0,1'den az iken, Brezilya'da 100.000'de 40 ve Kolombiya'da 100.000'de 50 olarak rapor edilmiştir (WHO; 2001).

Ateşli silahlarla olan ölümlerde göze çarpan bazı özelliklere değinmek yararlı olacaktır (WHO;2001):

1- Şiddete bağlı ölüm hızı, ülkenin gelir düzeyi ile ilişkilidir. Genel olarak ateşli silahlara bağlı ölüm hızı, gelir düzeyi düşük ülkelerde daha yüksektir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 1998 yılı raporuna göre bu hız, orta gelir düzeyine sahip ülkelerde 100.000'de 42.2 iken, gelir düzeyi yüksek ülkelerde 100.000'de 17.3'tür.

Ülkenin gelir düzeyine göre ölümün oluş biçimi de değişmektedir. Gelir düzeyi yüksek ülkelerde intihar, gelir düzeyi düşük ülkelerde ise adam öldürme sonucu olan ölümler daha fazla görülmektedir.

2- Ateşli silahlara bağlı yaralanma ve ölüm hızlarında bölgesel ve ülkesel farklılıklar söz konusudur. 1997'de ateşli silahlarla olan adam öldürme hızının Hong Kong'da 100.000'de 0.01'den az iken, Kolombiya'nın Cali kentinde 100.000'de 105 olması, bölgesel farklılıkları göstermesi açısından oldukça tipiktir.

Ayrıca, kentlerde yaşayan insanların ateşli silahlara bağlı yaralanma ve ölümlere daha çok maruz kaldığı da bilinmektedir.

3- Tabanca adam öldürme ve intiharlarda en çok kullanılan silahtır.

4- Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, 1998 yılında 736.000 kişi öldürülmüştür. Bu sayıya ateşli silahlarla olan adam öldürmeler de dahildir. Ölenlerin %80'den fazlası erkeklerdir. (0-14) yaş grubu hariç, öldürülme oranı, erkeklerde kadınlara göre 3-6 kat daha fazladır. Öldürülen kadınların %61'i, öldürülen erkeklerin ise %75'i silahlıdır. Adam öldürme, (15-44) yaş grubundaki erkekler arasında en yüksek orandadır.

5- Tüm dünyada 1998 yılında intihar eden insan sayısı yaklaşık bir milyondur. İntihar edenlerin %60'ı erkektir. Kadın erkek ayırmaksızın, intihar edenlerin %53'ü (15-44) yaş grubundadır. 60 yaş üzerinde, intihar eden erkek sayısı kadın sayısının iki katıdır.

Dünyanın her bölgesinde, adolesan ve genç erişkin grubunda ve özellikle erkeklerde, şiddet uygulama, adam öldürme ve suç işleme oranında artış olmuştur.

Ülkemizde ateşli silahlara bağlı yaralanma ve ölümlerin önemli bir toplumsal sorun olduğu bilinmektedir.

1998 yılında il ve ilçe merkezlerinden gelen ölüm istatistiklerine göre; 100 272 erkek ölümünden 559'u, 75 157 kadın ölümünden 117'si ateşli silahlara bağlı kazalar sonucu gerçekleşmiştir (DİE; 2001). Bu 676 kazanın 189'u (15-24), 193'ü (25-34) yaş grubundaki insanların ölümüyle sonuçlanmıştır. Görülüyor ki, bu tip ölümlerin yarısından fazlası (15-34) yaş grubundadır.

Yine il ve ilçe merkezlerinden 1998 yılında edinilen intihar ölümleri bilgilerine göre, erkeklerdeki 1126 intiharın 333'ü (%29.6), kadınlardaki 765 intiharın 153'ü (%20) ateşli silahlarla gerçekleşmiştir. İntihar eden erkeklerin %27.2'sinin, kadınların %46.4'ünün, toplam 1890 kişinin %35'inin (15-24) yaş grubunda olduğu görülmektedir (DİE; 2001).

### Neden Ateşli Silahlar?

Ortaya çıkan bir şiddet olayında, bir ateşli silahın kullanılmış olması için bazı hazırlayıcı risk faktörlerinin bulunması söz konusudur. Bu risk faktörlerini dört grupta incelemek mümkündür (WHO;2001):

- Kişilerarası şiddet oluşumunu etkileyen faktörler: Kişilerarası şiddetin ortaya çıkmasında rol oynayan sosyal faktörler, ateşli silahlara bağlı ölümleri de etkilemektedir. Bazı bireylerde ve topluluklarda şiddet eğiliminin daha fazla gözlenmesini tek bir faktörle açıklamak mümkün değildir. Şiddet pek çok faktörün birlikteliği sonucunda ortaya çıkan bir olgudur. Kişisel düzeyde; impulsif davranış özelliği, düşük eğitim düzeyi ve alkol kullanımı şiddet davranışının ortaya çıkışını arttırmaktadır. Kitle iletişim araçlarının şiddeti teşhir edici tutumları, aileyle olan ilişkiler, özellikle arkadaş grubundan kaynaklanan baskılar, gençlerde kişilerarası şiddet davranışının ortaya çıkışında çok önemli etkenlerdir. Gelir düzeyi, cinsiyet ayrımcılığı ve şiddetin sosyal olarak kabul görmüş olması da, şiddet oluşumunda, dolayısıyla ateşli silah kullanımında belirleyici olan sosyal faktörler arasında yer almaktadır.

- Kendine yönelik şiddet (intihar davranışı) oluşumunu etkileyen faktörler: Ekonomik sorunlar, işsizlik, aile yapısının bozulması, nesiller arası sorunlar, güven eksikliği, madde kullanımı ve istismar, intihar davranışını etkileyen faktörler arasında sık görülenlerdir. Özel olay ve tarihler, duygusal kayıplar, sağlık durumunun kötüleşmesi, ekonomik kayıplar ve özsaygının zedelenmesi intihar davranışının ortaya çıkışında hazırlayıcı faktörlerdir. Ruh sağlığının bozulması ve depresyon ise en önemli hazırlayıcı faktörler arasında yer almaktadır.

- Yukarıda sözü edilen risk faktörlerinin varlığında, ateşli silahlara ulaşabiliyor olmak önem kazanmaktadır. Ateşli silahı elde etmek kolaylaştıkça, ateşli silaha bağlı ölüm sayıları da artmaktadır. Ateşli silahlara ulaşabilirlik ülkeler arasında büyük farklılıklar göstermektedir. Örneğin; evde bir ateşli silahın bulunma olasılığı Japonya'da %1'den azken, Amerika Birleşik Devletleri'nde en az bir ateşli silah bulunma olasılığı %48'den fazladır. Ülkemizde de ateşli silah bulundurmaya ilişkin bazı çalışmalar yapılmıştır. Ankara'da, Batıkent semtinde yapılan bir araştırmada, 390 hanenin %7.9'unda ateşli silah bulunduğu ifade edilmiştir (Ay, D; 2001).

Demirbaş T. tarafından, Ocak 2002'de, İzmir'de, 1653 kişinin katılımıyla yapılan bir araştırmada; katılanların %52.57'si kendisine karşı bir suç işleneceğinden endişe duyduğunu belirtmiş, %16.98'i bir suçtan korunmak için

silah bulundurmaya düşündüğünü ifade etmiştir. "Hiç silah bulundurdunuz mu?" sorusuna ise %11.03 "evet, ruhsatlı", %7.58 "evet, ruhsatsız" yanıtı verilmiştir. Silah bulundurma gerekçesi olarak ise katılanların % 42.93'ü "güvenlik" yanıtını vermiştir (Demirbaş, T;2001).

- Organize şiddet oluşumunu etkileyen faktörler: Askeri saldırılar insan yaşamını riske sokmaktadır. Saldırlarda çok sayıda sivil ölmekte ya da yaralanmaktadır. Yardım ekipleri saldırılara hedef olduğu için uluslararası yardım çalışmaları da çok sık olarak aksamaktadır. Yasadışı uyuşturucu madde ticareti, dinsel ve siyasal terör olayları da organize şiddet oluşumunu artıran küresel olaylardır.

### Halk Sağlığı Çalışanlarının Rolü

Ateşli silahlara bağlı yaralanma ve ölümler bireylere, sağlık sistemine ve topluma oldukça büyük maliyetler yüklemektedir. Bireyler ve sağlık sistemi, tedavi ve ölüm giderlerini karşılamak için çabalarken, bu yaralanma ve ölümlerin toplum sağlığı üzerine de dolaylı etkileri ortaya çıkmaktadır. Uzun dönemde topluma ne gibi maliyetlerin yükleneceğini saptamak ise oldukça güçtür.

Günümüzde sağlık sektörünün sadece hastalıkların tanı ve tedavisi için değil, koruyucu hekimlik hizmetlerini de kapsayacak biçimde çalışması gerektiği görüşünde birleşilmektedir. Bu bağlamda sağlık sektörü; şiddetin etkilerinin değerlendirilmesi, önlenmesine ilişkin yaklaşımların oluşturulması ve bunların uygulanmasında oldukça önemli bir role sahiptir. 49. Dünya Sağlık Assamblesi'nde de, şiddetin önlenmesinin halk sağlığının öncelikli konusu olduğunu açıklamıştır (WHO; 1997).

Halk sağlığı çalışanları, şiddetin önlenmesi konusu üzerinde yoğunlaşmaktadırlar. Şiddete yol açan sorunları anlamak ve çözmeye çalışmak için eldeki bilgiler kullanılmaktadır. Bu yapılırken dört soruya yanıt aranır:

- Sorun nedir?
- Bu sorunu ortaya çıkaran nedenler nelerdir?
- Bu sorunun ortaya çıkışını önlemek için ne yapılmalıdır?
- Biz ne yapabiliriz?

Bu soruları yanıtlarken farklı disiplinlerle işbirliğine önem verilmelidir: Resmi kurumlar, özel kuruluşlar, halk örgütlenmeleri, araştırmacılar ve uygulayıcılar, etnik ve ırksal gruplar gibi (Foegen, W.H.; 1995: 2-9).

Şiddete uğrayan kişi ve ailesinin gereksinim duyduğu bakım hizmeti sağlık sektörü tarafından verilmektedir. Bu hizmet sıklıkla acil tedavi, ortopedik ya da plastik cerrahi girişim biçiminde olmaktadır. Daha uzun dönemde ise fiziksel ve sosyal rehabilitasyon gereksinimleri ortaya çıkmaktadır. Kalıcı psikolojik travma ve sosyal itilmişlik sık karşılaşılan sorunlardır.

Sağlık alanında doğru kararların verilip etkili

uygulamaların planlanabilmesi için "bilgi" gereklidir. Burada halk sağlığı çalışanının gözlemcilik görevi devreye girmeli ve tedavi noktalarında bilgi toplama sistemi oluşturulmalıdır. Böylece koruma ve kontrol programlarının oluşturulacağı, politikaların üreteceği bir bilgi tabanı geliştirilebilir. Toplanan bilgilerden davranışsal ve çevresel risk faktörlerinin analizi de yapılmalıdır.

Olaylar karşısında etkili tepkiler oluşturabilmek için bölgesel, ulusal ya da küresel düzeyde politik kararlar gereklidir. Tüm karar vericilerin, şiddet riskinin azaltılabileceği kanısında birleşmeleri sağlanırsa, bu kararların alınması da mümkün olabilecektir. Artan toplumsal bilinç, şiddetin etkilerinin ve maliyetinin en aza indirilmesini sağlayacaktır. Bunun oluşabilmesi için, şiddetin önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu, ölüm nedenleri arasında önemli bir yer tuttuğu, sosyal olarak bulaşıcı bir durum olduğu ve bazı grupların daha fazla risk taşıdığı gibi gerçeklerin tartışmaya açılması gerekmektedir (WHO; 2001).

Halk sağlığı bakımının en önemli özelliği, önlemeye - korunmaya verdiği önemdir. Belirli gruplar için, özellikle gençler arasında, şiddet uygulama ve şiddete maruz kalma riskinin yüksek olduğu bilindiğine göre, bu grubu hedef alan özel koruyucu yaklaşımlar geliştirmenin kaçınılmaz olduğu açıktır. Bu yaş grubunun şiddetten ve onun etkilerinden korunması için, henüz adolesan dönemi başlamadan, çocukluk döneminde, eğitim ve gelişim programlarının uygulanması bir yöntem olabilir. Erişkin yaş grubunda işsizliğin olumsuz etkilerini azaltmak için, iş olanakları yaratılmasına yönelik girişimler desteklenebilir. Bir çok bileşeni olan şiddetten koruma programları yürütülebilir. Kentlerin seçilmiş bölgelerinde şiddet epidemiyolojisi konusunda çalışmalar yapıp uygulama programları geliştirilebilir. Kolombiya'nın Cali kentinde bu yönde yapılan çalışmalar ile, 1994'de 100 000'de 124 olan adam öldürme hızı, 1997'de 100 000'de 86'ya kadar düşerek, 3 yılda %30'luk bir gerileme göstermiştir (WHO; 2001).

Şiddetten korunma konusunda başka bir uygulama noktası da, altta yatan sosyal nedenlere yönelik yapılacak çalışmalardır. Uluslararası orduların kontrolü ve sınırlandırılması, küresel uyuşturucu ticaretinin engellenmesi için daha etkin yöntemlerin geliştirilmesi, iletişim araçlarındaki şiddetin kontrol altına alınması, cinsel eşitliğin ve toplumdaki hoşgörü duygusunun geliştirilmesi, insan hakları eğitiminin verilmesi ve yönetim sistemlerinin geliştirilmesi bu anlamda çalışılabilecek alanlardır. Bölgesel, ulusal ve uluslararası özellikteki en iyi uygulamalar belirlenerek, tüm topluluklarda ve her düzeyde şiddete karşı mücadele programları geliştirilmeli ve uygulanmalıdır. "Karar vericilerin" bu konu ile ilgilenmelerini sağlamak da başarılı sonuçlar alabilmek için bir zorunluluktur.

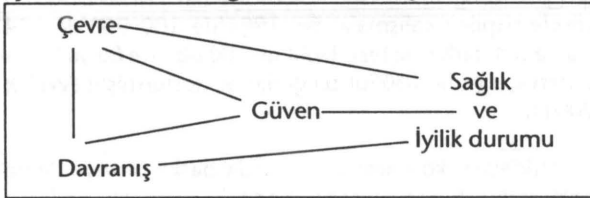
Sağlık, şiddet ve silah kavramlarının birbirleriyle ilişkisini anlamaya çalışırken "güven" kavramından söz etmek doğru olacaktır. Güvenli yaşam, temel bir insan

hakkıdır ve güven toplumsal yaşamın merkezidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün, 1989'da Stockholm'de düzenlediği konferansta "Güvenli Toplumlar Yaklaşımı" ortaya atılmıştır. Bu konferansta belirtildiği gibi, tüm insanlar sağlık ve güven için eşit haklara sahiptir. Diğer taraftan, Birleşmiş Milletler 1994 Gelişim Raporu'nda, "Güven, sosyal gelişmenin olabilmesi için temel bir hak ve olmazsa olmaz bir durumdur." denilmektedir.

Sağlık sektörü, güven ve şiddetin bilimsel değerlendirmesi için kavramsal bir çerçeve oluşturulmasına yardımcı olmalıdır. Koruyucu programların planlanması, şiddet bilgilerinin değerlendirilmesi, diğer politik ve sosyal yapıların birliktelikte çalışmak üzere harekete geçirilmesinde görev almalıdır. Sağlığın geliştirilmesi ve korunması için olduğu gibi, şiddetin önlenmesi ve güvenin geliştirilmesinin birlikteliği için de sağlık araştırmacıları ve çalışanlarının harekete geçirilmesi, sağlık sektörünün bu alanda üstleneceği görevlerdir (WHO; 1995).

Eğer insanların temel gereksinimleri karşılanabilirse, toplumsal barış ortamı oluşturulabilirse, biyolojik, fiziksel ve kimyasal tehlikeler kontrol altına alınabilirse, kişilerin ruhsal ve fiziksel bütünlüğü sağlanabilirse, kişisel ve toplumsal olarak yeterli düzeyde güven duygusuna ulaşılması mümkün olabilecektir. Bu durumun oluşturulabilmesi için davranışlar ve çevre (fiziksel, sosyal, teknolojik, politik, ekonomik...) olmak üzere iki alanda çalışmak gerekmektedir (WHO;1995). Şüphesiz ki, her ikisi de halk sağlığı çalışanlarının görev üstlenmesi gereken alanlardır. Güven ve sağlık arasındaki ilişki, bu iki alanın birbiriyle olan bağlantısı da göz önüne alınarak Şekil 1'de görüldüğü gibi açıklanabilir (Maurice, P; 1997:179-186).

Şekil 1. Güven ve sağlık arasındaki ilişki



Eğitim ile davranışların güvenli hale getirilmesi ve diğer taraftan uygun yasal düzenlemeler ve uygulamalar ile çevrenin olumlu hale getirilmesi, güven ortamı oluşturma çabalarının başlangıcıdır. Gereksinim duyulan davranış değişikliklerinin oluşturulabilmesi için çok yönlü ve katılımlı bir çalışma gereklidir. Toplum için en önemli

sorunun ne olduğu saptanarak buna karşı etkin önleme ve kontrol programları geliştirilmelidir. Bir programın başarıya ulaşabilmesi için, konu hakkında toplumun duyarlılığı artırılmalıdır. Toplum içinde etkinliği yüksek olan grupların programı desteklemesi için çalışmalar yapılmalı ve toplumu oluşturan bireylerin yaratıcı katılımı sağlanmalıdır. Kitle iletişim araçlarına da çok etkin görevler yüklenebilir.

Şiddetin toplumsal yaşam içindeki etkisi ve ateşli silahların şiddet oluşumundaki rolü dikkate alındığında, her sağlık çalışanının şiddete bağlı yaralanma ve ölümlerin önlenmesi için, artan bireysel silahlanma karşısında etkin bir tavır alması gereklidir. Sağlıklı ve güven ortamına sahip toplumlar oluşturulabilmesi için, tüm halk sağlığı çalışanlarına düşen görev; sorunu tanımlamak, nedenlerini ortaya koymak, çözüm önerileri üretmek ve bu önerilerin yaşama geçirilmesinde görev almaktır. Böylelikle silahtan ve şiddetten uzak bir gelecek oluşturmak için bir adım daha atılmış olacaktır.

#### KAYNAKLAR

Ay, D. (2001), "Batıkent 1 Nolu Sağlık Ocağı Bölgesindeki Hanelerde Kaza Sıklığının Saptanması ve Ev Kazalarıyla İlgili Bazı Risk Faktörlerinin Belirlenmesi", HÜTF Intern Araştırma Raporu

Demirbaş, T. (2001), "Bireysel Silahsızlanma Konusunda Kamuoyu Araştırması"

DİE (2001), "1998-İl ve İlçe Merkezlerinde Ölüm İstatistikleri", DİE Matbaası, Yayın No:2448

Foege, W.H. (1995), "Public Health and Violence Prevention", Current Issues in Public Health, 1:2-9

Maurice, P. (1997), "Safety and Safety Promotion: Conceptual and Operational Aspects", Chronic Diseases in Canada. Vol.18(4):179-186

WHO (1995), "Safety Promotion and Injury Control", ACHR33/95.11

WHO (1997), "Prevention of Violence", A50/INF.DOC./4

WHO (2001), "Small Arms and Global Health", WHO/NMH/VIP/01.1