

E-ISSN 2148-5348
ISSN 1300-0853

sted

'Bilimsel
ve Dostça'

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

TEMMUZ JULY
AĞUSTOS AUGUST
2022 2022
CİLT 31 VOLUME 31
SAYI 4 ISSUE 4

4



**Kurucu Editörler / Founding Editors**

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Editör/ Editor

Prof. TDr. Orhan Odabaşı

Yardımcı Editör / Assistant Editor

Dr. Aylin Sena Beliner

Yayın Kurulu / Editorial BoardDr. Alican Bahadır
Dr. Alpaslan TürkkanDr. Alper Büyükakkuş
Dr. Münevver TürkmenDr. Emrah Kırımlı
Dr. Onur Naci KarahanlıDr. Olgu Nur İleri
Dr. Öcal Taşer

Dr. Pınar Okyay

Hakem Kurulu / Advisory Board**Acil Tıp / Emergency Medicine**
Doç. Dr. Bülent Erbil**Deri Hastalıkları / Dermatology**
Prof. Dr. Ertan Yılmaz**Kulak Burun Boğaz Hastalıkları /
Otorhinolaryngology**
Prof. Dr. Orhan Yılmaz**Adli Tıp / Forensic Medicine**
Prof. Dr. Ümit Biçer
Dr. Durmuş Evcüman
Prof. Dr. Hamit Hancı
Prof. Dr. Aysun Balseven Odabaşı**Tıp Tarihi ve Etik / Medical
History and Ethics**
Prof. Dr. Berna Arda
Prof. Dr. Nüket Örnek Büken**İç Hastalıkları / Internal Medicine**
Prof. Dr. Erdal Akalın
Prof. Dr. Murat Akova
Prof. Dr. Önder Ergönül
Prof. Dr. Çetin Turgan
Prof. Dr. Serhat Ünal**Aile Hekimliği / Family Medicine**
Doç. Dr. Mehmet Özen**Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon /
Physical Medicine and Rehabilitation**
Doç. Dr. Deniz Erdoğan
Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal**Kadın Hastalıkları ve Doğum /
Gynaecology and Obstetrics**
Prof. Dr. Polat Dursun
Prof. Dr. Haldun Güner
Dr. Görker Sel**Beslenme ve Diyetetik /
Nutrition and Dietetics**
Prof. Dr. Gülden Pekcan
Doç. Dr. Hülya Yardımcı**Genel Cerrahi / Surgery**
Prof. Dr. Osman Abbasoğlu
Prof. Dr. Semih Baskan
Dr. Naki Bulut
Prof. Dr. İskender Sayek
Prof. Dr. Cem Terzi**Nöroloji / Neurology**
Prof. Dr. Özden Şener**Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery**
Prof. Dr. Onur Özen**Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics**
Prof. Dr. Ufuk Beyazova
Dr. Ali Süha Çalikoğlu
Prof. Dr. Zeha Ekinçi
Prof. Dr. Şükrü Hatun
Prof. Dr. Nural Kiper
Prof. Dr. Serdar Kula
Prof. Dr. Figen Şahin
Dr. Emrah Şeyhoğlu
Prof. Dr. S. Songül Yalçın
Dr. Öğr. Üyesi Yılmaz Yıldız
Dr. Adnan Yüce**Genel Pratisyenlik / General Practice**
Dr. Binnaz Başaran
Dr. Remzi Karşı
Dr. Alferit Sağdıç
Dr. Mustafa Sülkü
Dr. Hakan Şen
Dr. Fatih Şua Tapar**Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics**
Prof. Dr. Sinan Adıyaman
Prof. Dr. Muharrem Yazıcı**Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları/
Paediatric Psychiatry**
Prof. Dr. Bahar Gökler
Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir**Halk Sağlığı / Public
Health Medicine**
Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu
Prof. Dr. Dilek Aslan
Doç. Dr. Özen Aşut
Prof. Dr. Deniz Çalışkan
Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak
Prof. Dr. Sibel Sakarya
Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış
Prof. Dr. Özlem Sankaya**Psikiyatri / Psychiatry**
Prof. Dr. Berna Uluğ
Prof. Dr. Aylin Uluşahin**Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology**
Prof. Dr. Alper İskit**Tıp Bilişimi / Medical Informatic**
Doç. Dr. Arif Onan**Tıp Eğitimi / Medical Education**
Prof. Dr. Melih Elçin**Tıp Hukuku / Medical Law**
Av. Mustafa Güler**Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor**

Prof. Dr. Rasime Şebnem Korur

Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Dr. Vahdet Mesut Ayan

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

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

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

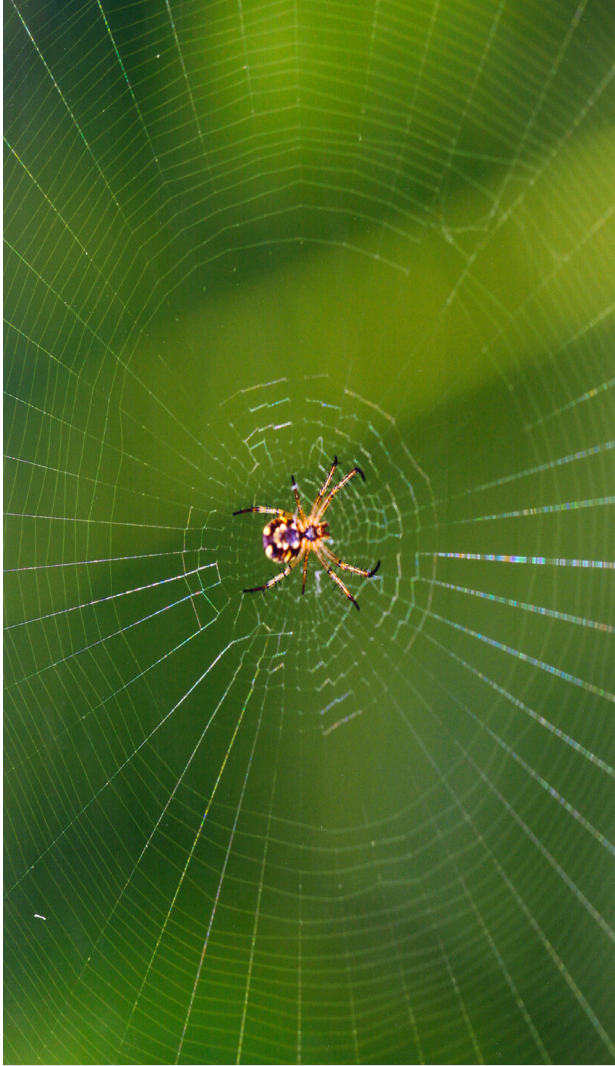
Journal of Continuing Medical Education is indexed by TUBITAK Turkish Medical Database and Citation Index of Turkey. Ivasdam nonera nostium te publiana, nonemeist in taribus, omneris, etistrunte omnenius

Yayın İdare Merkezi ve İletişim AdresiTürk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No: 2 Kat: 4, 06570 Maltepe/Ankara
Tel: 0 (312) 231 31 79 (pbx) | Faks: 0 (312) 231 19 52 - 53
<http://www.ttb.org.tr/STED/> | sted@ttb.org.trBasım Yeri: Printcenter Sultan Selim Mah. Libadiye Sok. No:3 4. Levent
34416 İstanbul
Tel: 0 (212) 371 03 00
Baskı Tarihi: Eylül 2022

Merhaba,

Sağlık alanındaki bilgi yükü son on yılda katlanarak arttı. Teknolojiye dayalı uygulamalar çoğaldı. Bilginin ulaşılabilirliği ve paylaşım olanakları yaygınlaştı. Sağlık alanındaki profesyonel değerler yeniden tanımlandı. Hasta haklarına vurgunun artması gibi değişen ve gelişen durumlar hem sağlık hizmet sunumunu ve hem de sağlık alanındaki eğitimleri etkiledi. Tüm bunların sonunda yeterliğe dayalı bir eğitim anlayışı ile eğitilen sağlık çalışanlarının sunduğu hasta odaklı bir hizmet sistemi tanımlandı.

ABD’de 1999 yılında yayınlanan “To Err is Human” başlıklı rapor yayınlandı. Bu rapor ABD’de tıbbi hatalarla ilgili sarsıcı rakamları ortaya koydu. Ardından yapılan çalışmalar bu zararlanmaların bireysel hatalar değil sistemde üretilen hatalardan oluştuğu sonucuna ulaştı. Kanada, ABD, İngiltere ve Avustralya gibi ülkelerin önderliğinde Dünya Sağlık Örgütü’nün de öncelikli çalışma alanları arasında belirlediği



STED Fotoğraf Yarışması Arşivinden

“ekip çalışması” ve “hasta güvenliği” kavramları hızla gündem oldu. Yürütülen projeler ve yapılan çalışmalar sonrasında sağlık hizmet sunumunda hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanabilmesi ve hizmet niteliğinin artması için sağlık alanındaki farklı meslek gruplarından çalışanların işbirliğinin gerekliliği vurgulandı. Bunun sağlanabilmesi için sağlık çalışanlarının eğitiminde, çalışma ortamlarına benzer durumları sağlayacak yeni eğitim programları ve yöntemlerinin kullanılması önerildi. Bu eğitimlerin verilebileceği simülasyon ortamlarının yaratılması ve eğitim programlarının geliştirilmesi temel hedef olarak belirlendi.

Bu çabaların sonunda ülkemizde de tıp fakültesi eğitim programlarına “Hasta Güvenliği ve Mesleklerarası İşbirliği” başlıklı dersler eklenmeye başlandı. Bu dersler bugün için 8 farklı meslek alanını kapsayacak şekilde düzenlendi: Çocuk gelişimi, diş hekimliği, diyetisyenlik, eczacılık, hemşirelik, fizyoterapi, klinik psikoloji ve sağlık teknikerliği. Bu dersler tüm dünyadaki örneklerinde olduğu gibi temel bilgilerin kuramsal aktarımı dışında, çoğunlukla deneyerek öğrenmenin gereği olan tartışmalar, simülasyon uygulamaları ve çözümlemeler şeklinde tasarlandı. Örneğin tıp fakültesi öğrencisi ile farklı senaryolar üzerinden günlük yaşamda karşılaşılabilecek olgularda, sağlık meslek grubu üyelerinin öğrencileri bir arada çalışıyorlar. Bu süreç video kaydına alınıyor. Simülasyon tamamlandıktan sonra videolar birlikte izleniyor. Süreçte güçlü yanlar konuşuluyor. Olası durumlar üzerinden değerlendirmeler yapılıyor. Gelişime açık yanlar varsa hasta güvenliği gözetilerek neler yapılabilir tartışılıyor. Bu konuşulanlar için gerçek yaşamda olan bilgi birikimi – uygulamalar alana özgü paylaşıyor.

Mesleklerarası işbirliği ve hasta güvenliği konularının sağlık hizmeti içindeki artan önemi, sağlık çalışanlarının yeniden tanımlanan yeterlik alanları, tüm dünyada sağlık bilimleri alanındaki eğitimleri düzenleyen ve akredite eden kurumların önerileri tıp fakültesinde yürütülen mezun yeterlikleri ve eğitim programı çalışmaları içerisinde yer aldı.

Sağlık hizmetlerinde yıllardır dile getirilen ekip çalışması – ekip üyesi kavramlarının mezuniyet öncesinden başlanarak yapılandırılmış ve tanımlanmış bir çerçevede yürütülmesinin çok değerli olduğunu görüyoruz. Bu çabaların sürekli mesleki gelişim yaklaşımı ile sağlık çalışanlarına aktarılmasının, birbirimizi yeniden tanımak, anlamak ve gerçekten birlikte çalışıp üretebilmek için çok olumlu bir ortam yaratabileceğini düşünüyoruz.

Bilimsel ve dostça kalın...

Prof. TDr. Orhan Odabaşı

Araştırma / Research

- Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalığı: Sağlıklı Hayat Merkezi Örneği
Awareness of Health Professionals About Child Abuse and Neglect: The Case of Healthy Life Center
Alev Üstündağ 241
- Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminde Takipli Hastalara Bakım Veren Kişilerde
Psikolojik Sıkıntı Görülme Sıklığı
An Investigation of the Incidence of Psychological Distress in People Who Care for Patients Who are Followed
Up in the Home Health Services Unit
Nadire Karsavuran, Mehmet Özen, Remziye Nur Eke, Ramazan Vural, Aysima Bulca Acar, Zeynep Aşık, İsmet Koşar 254
- Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışları
Nursing Students' Knowledge, Attitudes and Behaviors Towards Evidence-Based Nursing
Seda Akutay, Hilal Kahraman, Özlem Ceyhan 262
- Annelerin Emzirmeyi Sonlandırma Yöntemleri ve Sonlandırma Kararlarını Etkileyen Faktörler
Methods of Termination of Breastfeeding and Factors Affecting Their Decisions to End Breastfeeding
Ümmühan Altunel, Tuba Özyayın 271
- Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Bilgi ve Tutumları
Knowledge and Attitudes of Primary Health Care Professionals on Violence Against Women
Ayşegül Özcan, Ayşegül İnan Ceviz 281
- Gebelik Kolestazı Olan Kadınların Gebelik Deneyimlerinin İncelenmesi: Nitel Bir Araştırma
Examination of Pregnancy Experiences of Women with Gestational Cholestasis: A Qualitative Study
Ruveyde Aydın 289

Derleme / Review Article

- Halk Sağlığı Bakış Açısı ile Biyoterörizm
Bioterrorism in Public Health Perspective
Tuğba Uludağ, Dilek Aslan 299
- Tüm Politikalarda Sağlık Yaklaşımına Neden İhtiyacımız Var?
Why Do We Need a Health Approach in All Policies?
Sevilcan Başak Ünal, Ümmühan Şevkat Bahar Özvarış 307

Olgu Sunumu/ Case Report

- Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bir Hastanın Hastalığa Uyumu ve Hemşirelik Girişimleri: Olgu Sunumu
Compliance of a Patient with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Nursing Interventions: Case Report
Elif Okur, Nesrin Nural 314

Kapak Fotoğrafı/ Cover Photo



Kapak Fotoğrafı: "Uludağ'ın Eteğinde Yaşam" Sağlık Memuru Hasan Yaşar, TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2013 Juri Özel Ödülü

Sağlık Çalışanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Farkındalığı:Sağlıklı Hayat Merkezi Örneği

Awareness of Health Professionals About Child Abuse and Neglect:

The Case of Healthy Life Center

Alev Üstündağ¹

Araştırma



Research

DOI: 10.17942/sted.1033071

Geliş/Received : 06.12.2021

Kabul/ Accepted : 30.06.2022

Öz

Amaç: Çocuk istismarı ve ihmali konusunda tüm çocukların risk altında olduğu düşünüldüğünde özellikle birinci basamakta görev yapan sağlık personelinin bu konudaki farkındalığı oldukça önemlidir. Bu nedenle yapılan çalışmada çocuk istismarı ve ihmali olgularının belirlenmesinde önemli görevler üstlenen ve Sağlıklı Hayat Merkezlerinde görev yapan personelin konu hakkındaki farkındalıklarının belirlenmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Betimsel bir araştırma olarak, nicel araştırma tekniğinin kullanıldığı bir çalışmadır. Araştırmaya Sağlıklı Hayat Merkezinde görev yapan 75 sağlık personeli katılmıştır. Veri toplama araçları olarak Çocuk İstismarı ve İhmali Farkındalık Ölçeği ile kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde t testi, ANOVA testi ve Tukey post hoc testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırma sonucunda; Sağlıklı Hayat Merkezinde görev yapan personelin çocuk istismarı ve ihmali farkındalık düzeylerinin orta üstü düzeyde olduğu ($X=3,85$); duygusal istismar farkındalık düzeyinin çok düşük olduğu ($X=3,07$); sosyal çalışmacıların farkındalık puanı en yüksek olan meslek grubu oldukları ($X=4,16$); daha önce eğitim alanlar ve almayanlar arasındaki farkın genel anlamda anlamlı olmadığı, yeni mezun olanların ve meslekte yeni olanların daha kıdemlilere oranla farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$).

Sonuç: Sağlık personelinin lisans öğrenimleri sırasında ve sonrasında gerekli eğitimler verilerek bu konudaki bilgi düzeyleri artırılmalıdır. Sağlık personelinin bilgi düzeylerinin artırılması tutum ve davranışları üzerinde de etkili olabilecektir.

Anahtar sözcükler: Çocuk ihmal ve istismarı, Sağlık personeli, Farkındalık

Abstract

Objective: Considering that all children are at risk for child abuse and neglect, the awareness of health personnel working in primary care is very important. For this reason, in this study, it was aimed to determine and compare the awareness of the personnel working in the Healthy Life Centers, who take on important tasks in determining the cases of child abuse and neglect.

Method: As a descriptive research, it is a study in which quantitative research technique is used. Seventy-five health personnel working in Healthy Life Centers participated in the study. Child Abuse and Neglect Awareness Scale and personal information form were used as data collection tools. T test, ANOVA test and Tukey post hoc tests were used in the analysis of the data.

Findings: As a result of the research, it was determined that the child abuse and neglect awareness levels of the personnel working in the Healthy Life Centers were above medium ($X=3,85$); the level of awareness of emotional abuse is very low ($X=3,07$); social workers are the occupational group with the highest awareness score ($X=4,16$); It has been determined that the difference between those who have received education and those who have not been trained before is not significant in general, and the awareness levels of those who have just graduated and those who are new to the profession are higher than those who are senior ($p=0,001$).

Conclusion: The knowledge level of health personnel on this subject should be increased by providing necessary training during and after their undergraduate education. Increasing the knowledge level of health personnel will also have an impact on their attitudes and behaviors.

Key words: Child neglect and abuse, Health personnel, Awareness

¹Dr. Öğr. Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Gelişimi Bölümü (Orcid no: 0000-0001-5832-6810)

Giriş

Sağlıklı Hayat Merkezleri, Sağlık Bakanlığı tarafından Toplum Sağlığı Merkezlerini geliştirmek, Aile Sağlığı Merkezlerini güçlendirmek ve kapsamlı bir birinci basamak sağlık hizmeti sunmak amacıyla oluşturulmuştur (1). Bu genel amaçlarının yanı sıra birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirerek toplumun bu hizmetlere ulaşımını kolaylaştırma, birey ve toplumu sağlığa yönelik risklerden koruma, sağlıklı yaşam şeklini teşvik etme, olumsuz beslenme alışkanlıklarını engelleme, obezite ile mücadele etme, yaşam kalitesini yükseltecek alışkanlıklar kazandırma ve sağlığa zarar verici maddelerin kullanımıyla mücadele etme merkezlerin amaçları arasında bulunmaktadır (1). Sağlıklı Hayat Merkezleri çok amaçlı yapılar olup, Toplum Sağlığı Merkezlerine bağlı bir birim olarak çalışmaktadır. Sağlıklı Hayat Merkezlerinde verilen hizmetler bütüncül bakış açısına sahiptir. Temelinde danışmanlık hizmetlerinin yürütüldüğü merkezlerde; beslenme, çocuk, ergen, kadın üreme, fiziksel aktivite, kronik hastalıklar, KETEM, ruh sağlığı, tütün, madde bağımlılığı, ağız ve diş sağlığı ve bulaşıcı hastalıklar kapsamında danışmanlık hizmetleri yürütülmektedir (1). İhtiyaç duyulması halinde halka ve personele yönelik sağlık konularını kapsayan bilgilendirici ve farkındalık kazandırıcı eğitimler ve faaliyetler de gerçekleştirilmektedir (1).

Çocukluk ve ergenlik, kişilik özelliklerinin gelişmesi açısından insan yaşamının kritik evrelerini oluşturmaktadır (2). Ruh ve beden sağlığı da dâhil olmak üzere genel sağlık durumu büyük ölçüde bu dönemdeki eğitim ve yaşam kalitesine bağlıdır (3). Çocukları korumak ve sağlıklarını desteklemek temelde ebeveynlerinin sorumluluğunda olup, toplum desteğini de gerektirmektedir (4). Çocuk istismarı, ihmali veya çocuklara kötü muamele; bir veya birden fazla çocuğun özellikle ebeveyni veya çocuğa bakmakla yükümlü olan kişi tarafından fiziksel, cinsel veya psikolojik olarak kötü muamele görmesi veya ihmal edilmesidir (4). Çocuk istismarı ve ihmali, çocuğa fiili veya potansiyel zararlar sonuçlanan ve çocuğun evinde veya çocuğun etkileşimde bulunduğu kuruluşlarda, okullarda veya topluluklarda meydana gelebilecek herhangi bir eylemi veya eylemsizliği de içerebilmektedir (5). Dünya Sağlık Örgütü çocuk istismarı ve çocuklara kötü muameleyi "çocuğun sorumluluk, güven

ve güç ilişkisi bağlamında etkileşimde bulunduğu kişi ya da kişilerce çocuğun sağlığına fiili veya potansiyel zararlar sonuçlanan her türlü fiziksel ve/veya duygusal kötü muamele, cinsel istismar, ihmal veya ihmalkâr muamele veya ticari veya diğer sömürüler" olarak tanımlamaktadır (6).

Çocuk istismarı ve ihmali çok boyutlu olarak değerlendirilebilmektedir. Çünkü çocuğun fiziksel, zihinsel ve cinsel zarar görmesine, ihmal edilmesine, ebeveynlerin sorumluluklarını yerine getirmemesine, çocuğa zarar verilmesine ve hatta çocuğun ölmesine kadar gidebilen birçok kötü durum ve davranışı kapsayabilmektedir (7). Çocuk istismarının yayılma eğiliminde olması nedeniyle erken teşhis ve müdahale edilmesi mağdurların ciddi istismarlara maruz kalmalarını önleyebilmek için oldukça önemlidir (8). Eija, Mika, Aune ve Leila istismar ve ihmal sonucunda yaşanan stresin çocuğun kardiyovasküler sisteminde, bağışıklık sisteminde ve metabolizmasında değişikliklere neden olduğunu ortaya koymuştur (9). Ghezelseflo ve Rostami'ye göre de istismar veya ihmale maruz kalma çocukların uygun olmayan kişilik özellikleri geliştirmelerine ve çocuklar arasında riskli davranışların artmasına neden olmaktadır (10). Sağlık personelinin hem mağdurlara hem de failere erken müdahale edilebilmesi ve istismarın daha fazla sürmesini önlemek için bu vakaları ilgili hükümet yetkililerine veya kolluk kuvvetlerine bildirme konusunda ahlaki ve yasal sorumlulukları bulunmaktadır. Halihazırda pandeminin yayılmasının önlenmesi için dünya çapında uygulanan bir halk sağlığı önlemi olan sosyal izolasyon aynı zamanda çocuk istismarı için kanıtlanmış bir risk faktörüdür (11).

Araştırmalar, okul tatillerinde ve yaz tatillerinde her türlü çocuk istismarının arttığını ve kasırga gibi doğal afetlerde daha da kötüleştiğini göstermektedir (11). COVID-19 pandemisi boyunca çocukların sosyal olarak her zamankinden daha fazla izole olduğu bir dönemde çocuk istismarının ne yazık ki artacağını öngörülmektedir. Olumsuz olan da bu istismarların çoğunun fark edilmeyecek veya bildirilmeyecek olmasıdır. Pandemi sürecinde aksamadan devam eden tek hizmet sağlık hizmetidir. Çocukların sağlıkları söz konusu olduğunda bir sağlık kuruluşundan hizmet alınmaktadır. Bu nedenle profesyonel sağlık

hizmeti sunucuları olarak sağlık personeline bu bağlamda oldukça önemli sorumluluklar düşmektedir. Çünkü önemli bir çocuk sağlığı sorunu olan çocuk ihmal ve istismarı erken teşhis edildiğinde ciddi zararların önüne geçilebilir. Bu nedenle sağlık personelinin ihmal ve istismarın erken teşhis ve tedavisi, belirti ve bulguların tespiti, risk altındaki çocukların tespiti, ailelerin ve toplumun bilinçlendirilmesi gibi önemli roller üstlenmeleri gerekmektedir. Özellikle çocukların çok fazla dışarıya çıkamadığı pandemi sürecinde sağlık personelinin hizmet almaya gelen çocuklarda istismar ve ihmal belirtilerini tespit edebilmeleri için kapsamlı bilgi birikimine sahip olmaları gerekmektedir. Ancak yapılan çalışmalar sağlıkçıların bu konuda bilgi sahibi olmadığını ortaya koymaktadır. Çetin, Koç ve Aksoy yaptıkları güncel araştırma sonucunda hekimlerin %50,7'sinin çocuk istismarı ve ihmal konusunda kendilerini yetersiz gördüklerini ve %96,9'unun da çocuk istismarı ve ihmal konusunda bilgilendirilmeye ihtiyaç duyduklarını ortaya koymuştur (12). Benzer şekilde Işık Metinyurt ve Yıldırım Sarı tarafından yapılan araştırma sonucunda da sağlık personellerinin çocuk istismarının bazı boyutlarındaki bilgilerinin yeterli olmadığı saptanmıştır (13). Türker araştırmasında aile hekimleri, ebe ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmal konusunda bilgi gereksinimleri olduğunu belirlemiştir (14).

Çocuk istismarı ve ihmal konusunda tüm çocukların risk altında olduğu düşünüldüğünde, özellikle Aile Hekimliği Birimleri, Toplum Sağlığı Merkezleri ve Sağlıklı Hayat Merkezleri gibi birinci basamak sağlık kurumlarında görev yapmakta olan sağlık personelinin bu konudaki farkındalıkları oldukça önemlidir. Çocuklara yönelik kötü muamele oranları ülkeler arasında farklılık gösterse de müdahale edilmesi gereken öncelikli konular arasında yer almalıdır. Özellikle yaşamın ilk altı yılında Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü Bebek ve Çocuk İzlem Protokolleri gereğince Aile Sağlığı Merkezlerinde izlemleri yapılan çocukların risk altında olabileceklerinden şüphelenilmesi halinde sağlık personelinin yasal bildirim ve gerekli müdahaleyi başlatmaları kritik bir öneme sahiptir. Ayrıca birinci basamağın güçlendirilmesi için kurulan Sağlıklı Hayat Merkezleri de aynı derecede öneme sahiptir. Bu nedenle yapılan çalışmada çocuk istismarı ve

ihmal olgularının belirlenmesinde önemli görevler üstlenen ve Sağlıklı Hayat Merkezlerinde görev yapan personelin konu hakkındaki bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır. Araştırmanın dört alt amacı bulunmaktadır:

1. Sağlıklı Hayat Merkezlerinde görev yapan personelin çocuk istismarı ve ihmal farkındalık düzeyi nasıldır?
2. Sağlıklı Hayat Merkezlerinde görev yapan personelin meslekleri açısından çocuk istismarı ve ihmal farkındalık düzeyleri arasında fark var mıdır?
3. Sağlıklı Hayat Merkezlerinde görev yapan personelin çocuk istismarı ve ihmal farkındalık düzeyleri daha önce eğitim alma durumuna göre farklılaşmakta mıdır?
4. Sağlıklı Hayat Merkezlerinde görev yapan personelin çocuk istismarı ve ihmal farkındalık düzeyleri çalışma süresine göre farklılaşmakta mıdır?

Yöntem

Araştırmanın Modeli

Çalışma Sağlıklı Hayat Merkezlerinde görev yapan personelin çocuk istismarı ve ihmal farkındalık düzeylerini belirlemeyi ve karşılaştırmayı amaçladığı, yani var olan durumu ortaya koymayı amaçladığı için betimsel bir araştırma olarak, nicel araştırma tekniğinin kullanıldığı bir çalışmadır (15).

Çalışma Grubu

Çalışmanın evrenini ülke genelinde Sağlıklı Hayat Merkezlerinde görev yapan personel (çocuk gelişimcisi, psikolog, diyetisyen, sosyal çalışmacı ve hemşireler) oluşturmaktadır. Halihazırda ülke genelinde 216 Sağlıklı Hayat Merkezi bulunmakta olup, 332 sağlık personeli bu merkezlerde görev yapmaktadır. Pandemi sürecinde Sağlıklı Hayat Merkezleri'nde çalışan personelin filyasyon ekiplerinde görevlendirilmesi nedeniyle merkezler aktif çalışmamıştır. Merkezlerin aktif olmaması ve filyasyon çalışmalarının zorluğu nedeniyle araştırma sadece Ankara ilinde yürütülmüştür. Ankara ilinde 6 Sağlıklı Hayat Merkezi bulunmaktadır. Çalışmanın örneklem grubu belirlenirken basit tesadüfi örnekleme yönteminden yararlanılmıştır. Araştırmaya 75 sağlık personeli katılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada, Çocuk İstismarı ve İhmali Farkındalık Ölçeği (ÇİİF-Ö) ile kişisel bilgi formu kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Katılımcıların eğitim düzeyleri, çalışma süreleri, cinsiyetleri, çocuklarının bulunma durumları, meslekleri, meslekteki çalışma süreleri ve çocuk ihmal ve istismarı konusunda eğitim alma durumları gibi bilgileri kapsamaktadır. Form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır ve forma ilişkin bulgular Tablo 1’de sunulmuştur.

Çocuk İstismarı ve İhmali Farkındalık Ölçeği (ÇİİF-Ö): Altan (16) tarafından geliştirilmiştir. Kişilerin çocuk istismarı ve ihmali farkındalığını ölçme amacıyla geliştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Sosyal Pediatri Bilim Dalı ve Tıp Eğitimi Anabilim Dalında yapılmıştır. Ölçek; fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve ihmal olmak üzere dört alt boyuttan oluşmakla birlikte 11’i olumsuz, 9’u olumlu 20 maddesi bulunmaktadır. Kesinlikle uygun değil ile kesinlikle uygun arasında değişen beşli Likert yapıda geliştirilmiştir. Ölçekteki olumlu maddeler “Kesinlikle uygun”=5 ve “Kesinlikle Uygun değil”=1 olarak 5’ten 1’e doğru puanlanmakta, olumsuz maddeler ise “Kesinlikle uygun”=1 ve “Kesinlikle Uygun değil”=5 olarak 1’den 5’e doğru puanlanmaktadır. Alt ölçeklerin her biri 25 puan olup ölçekten en az 20 en fazla da 100 puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça çocuk istismarı ve ihmali farkındalık düzeyi artmakta, puanlar azaldıkça farkındalık düzeyi azalmaktadır. Güvenirliği, iç tutarlılık ve test-retest yöntemleriyle yapılmıştır. Güvenirlik için yapılan iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa değeri 0,768 bulunmuştur. Yapılan bu araştırmanın Cronbach alfa değeri ise 0,816 olarak tespit edilmiştir. Ölçek 1,00-1,80 düşük, 1,81-2,60 orta altı, 2,61-3,40 orta, 3,41-4,20 orta üstü, 4,21-5,00 yüksek şeklinde yorumlanmaktadır.

Verilerin Toplanması

Verilen toplanması için etik kurul izni alındıktan sonra Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu’ndan da resmi araştırma uygulama izni alınmıştır. Daha sonra Sağlıklı Hayat Merkezleri ile görüşülerek araştırmanın içeriği, amacı ve uygulanışı hakkında bilgilendirilme yapıldıktan sonra, merkezlerde görev yapan personele çevrimiçi olarak hazırlanmış araştırma

formlarının linkinin paylaşılması talep edilmiştir. Bir hafta sonra mesaj gönderilerek tekrar hatırlatma yapılmış ve araştırmaya katılımın artırılması sağlanmaya çalışılmıştır. Araştırmaya merkezlerde görev yapmakta olan çocuk gelişimcisi, psikolog, diyetisyen, sosyal çalışmacı ve hemşire katılmıştır.

Verilerin Analizi

Sağlıklı Hayat Merkezlerinde görev yapan personelden toplanan formlar SPSS 20 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma grubunda bulunan katılımcıların genel bilgilerinin analizinde tanımlayıcı istatistik kullanılmıştır (yüzde ve frekans). Ölçek sonuçlarının analiz edilebilmesi için öncelikle sonuçların homojen olup olmadığı test edilmiş, grupların homojen olduğunun belirlenmesi üzerine ölçek ortalamalarının meslek grupları arasında farklı olup olmadığını belirleyebilmek için Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way ANOVA) testi yapılmıştır. ANOVA testi sonrasında farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirleyebilmek için Tukey Post Hoc Testi yapılmıştır. Çocuk istismarı ve ihmali konusunda eğitim alma değişkenine göre yapılan analizde t testi kullanılmıştır. Çalışma süresi değişkenine göre yapılan analizde ise ANOVA testi kullanılmıştır. ANOVA testi sonrasında farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirleyebilmek için Tukey Post Hoc Testi yapılmıştır.

Araştırmanın Etik İzni

Söz konusu çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu’ndan 11.06.2021 tarihli ve 21/451 kayıt numarasıyla etik kurul izni alınmıştır. Etik kurul izni alındıktan sonra Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Talepleri Değerlendirme Komisyonu’ndan da uygulama izni alınmıştır.

Bulgular

Araştırmanın örneklem grubunda bulunan sağlık personelinin bilgileri Tablo 1’de yer almaktadır.

Çalışmaya katılanların %84,0’ını kadınlar oluşturmaktadır. Çocuk gelişimcisi, diyetisyen, hemşire ve psikolog meslek gruplarından en fazla çocuk gelişimcisi (%40,0) araştırmaya katılmıştır. Katılımcıların çoğunluğu (%50,7) 1-4 yıl arası deneyime sahiptir. Tüm meslek gruplarının lisans mezunu olmasına karşın çocuk istismarı ve ihmali konusunda katılımcıların sadece %25,3’ü eğitim almıştır.

Tablo 1. Örneklem grubunun genel özellikleri

Genel özellikler		
Cinsiyet	n	%
Kadın	63	84,0
Erkek	12	16,0
Toplam	75	100,0
Meslek	n	%
Çocuk Gelişimci	30	40,0
Diyetisyen	5	6,7
Hemşire	10	13,3
Psikolog	13	17,3
Sosyal Çalışmacı	17	22,7
Toplam	75	100,0
Mesleki deneyimi	n	%
1-4 yıl arası	38	50,7
5-9 yıl arası	25	33,4
10-14 yıl arası	8	10,7
15-19 yıl arası	2	2,6
20 yıl ve üstü	2	2,6
Toplam	75	100,0
Cinsel istismar konusunda eğitim alma durumu	n	%
Evet	19	25,3
Hayır	56	74,7
Toplam	75	100,0

Tablo 2. Ölçek Genel Sonuçları

	Fiziksel İstismar	Cinsel İstismar	Duygusal İstismar	İhmal	Genel Toplam
N	75	75	75	75	75
Ortalama	4,19	3,72	3,07	4,41	3,85
Standart sapma	0,80	0,52	0,37	0,54	0,36
Minimum	2,60	2,80	2,00	3,20	3,10
Maximum	5,00	5,00	4,20	5,00	4,50

Sağlıklı Hayat Merkezlerinde görev yapan personelin Çocuk İstismarı ve İhmali Farkındalık Ölçeği genel sonuçları Tablo 2’de yer almaktadır. Ölçek sonuçlarının ortalamasını içermektedir.

Elde edilen sonuçlar Sağlıklı Hayat Merkezlerinde görev yapan personelin çocuk istismarı ve ihmali farkındalık düzeylerinin orta üstü düzeyde olduğunu göstermektedir. Ölçeğin alt boyutları kapsamında inceleme yapıldığında ise fiziksel ve

cinsel istismar farkındalıkları orta üstü düzeyde iken; duygusal istismar farkındalık düzeylerinin orta ve ihmal farkındalık düzeylerinin de yüksek olduğu görülmektedir.

Sağlıklı Hayat Merkezlerinde görev yapan personelin meslek gruplarına göre ölçek farkındalık düzeyleri puan ortalamaları Tablo 3’te yer almaktadır.

Tablo 3. Meslek gruplarına göre ölçek farkındalık düzeyi puan ortalamaları

Ölçek alanları	Meslek grupları	n	Ölçek puan ortalamaları
Fiziksel İstismar	Çocuk Gelişimci	30	19,2
	Diyetisyen	5	21,4
	Hemşire	10	21,6
	Psikolog	13	21,3
	Sosyal Çalışmacı	17	23,0
	Toplam	75	20,9
Cinsel İstismar	Çocuk Gelişimci	30	17,9
	Diyetisyen	5	18,8
	Hemşire	10	18,8
	Psikolog	13	17,1
	Sosyal Çalışmacı	17	20,8
	Toplam	75	18,6
Duygusal İstismar	Çocuk Gelişimci	30	15,2
	Diyetisyen	5	14,8
	Hemşire	10	15,1
	Psikolog	13	15,0
	Sosyal Çalışmacı	17	16,2
	Toplam	75	15,3
İhmal	Çocuk Gelişimci	30	20,8
	Diyetisyen	5	22,6
	Hemşire	10	22,0
	Psikolog	13	23,3
	Sosyal Çalışmacı	17	23,1
	Toplam	75	20,0
Toplam	Çocuk Gelişimci	30	73,2
	Diyetisyen	5	77,6
	Hemşire	10	77,5
	Psikolog	13	76,9
	Sosyal Çalışmacı	17	83,2
	Toplam	75	77,0

Tablo 3'te çocuk gelişimcisi, psikolog, diyetisyen, sosyal çalışmacı ve hemşirelerin ölçek farkındalık düzeyi puan ortalamaları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde örneklem grubunun tamamının çocuk istismarı ve ihmali farkındalık puanlarının 100 üzerinden 77 olduğu görülmektedir. Sosyal çalışmacılar genel toplamda çocuk istismarı ve ihmali farkındalık puanı en yüksek olan meslek grubunu oluşturmaktadır. Farkındalık düzeyi en düşük olan meslek grubunun ise çocuk gelişimciler olduğu görülmektedir.

Ölçeğin alt boyutları kapsamında bir değerlendirme yapıldığında ise fiziksel istismar alt boyutunda farkındalık düzeyi en yüksek olan meslek grubunun sosyal çalışmacılar, farkındalık düzeyi en düşük olan grubun çocuk gelişimciler olduğu ve toplam puanın 25 üzerinden 20,9 olduğu görülmektedir. Cinsel istismar alt boyutunda farkındalık düzeyi en yüksek olan meslek grubunun sosyal çalışmacılar, farkındalık düzeyi en düşük olan grubun psikologlar olduğu ve toplam puanın 25 üzerinden 18,6 olduğu

Tablo 4. Meslek grupları ANOVA testi sonuçları

Ölçek alanları	Meslek grupları	N	X	SS	F	P	İstatistiksel olarak anlamlı fark
Fiziksel İstismar	Çocuk Gelişimci	30	3,85	0,93	2,969	0,025	Çocuk Gelişimci ile Sosyal Çalışmacı arasında
	Diyetisyen	5	4,28	0,61			
	Hemşire	10	4,32	0,54			
	Psikolog	13	4,26	0,69			
	Sosyal Çalışmacı	17	4,61	0,54			
	Toplam	75	4,18	0,79			
Cinsel İstismar	Çocuk Gelişimci	30	3,58	0,47	5,911	0,000	Sosyal Çalışmacı ile Çocuk Gelişimci ve Psikolog arasında
	Diyetisyen	5	3,76	0,47			
	Hemşire	10	3,76	0,49			
	Psikolog	13	3,43	0,56			
	Sosyal Çalışmacı	17	4,16	0,46			
	Toplam	75	3,72	0,52			
Duygusal İstismar	Çocuk Gelişimci	30	3,04	0,37	1,236	0,304	
	Diyetisyen	5	2,96	0,38			
	Hemşire	10	3,02	0,27			
	Psikolog	13	3,01	0,29			
	Sosyal Çalışmacı	17	3,24	0,43			
	Toplam	75	3,07	0,37			
İhmal	Çocuk Gelişimci	30	4,16	0,66	3,562	0,011	Çocuk Gelişimci ile Sosyal Çalışmacı ve Psikolog arasında
	Diyetisyen	5	4,52	0,33			
	Hemşire	10	4,40	0,47			
	Psikolog	13	4,67	0,38			
	Sosyal Çalışmacı	17	4,63	0,31			
	Toplam	75	4,41	0,55			
Toplam	Çocuk Gelişimci	30	3,66	0,39	7,207	0,000	Çocuk Gelişimci ile Sosyal Çalışmacı arasında
	Diyetisyen	5	3,88	0,27			
	Hemşire	10	3,87	0,14			
	Psikolog	13	3,84	0,27			
	Sosyal Çalışmacı	17	4,16	0,23			
	Toplam	75	3,85	0,36			

görülmektedir. Duygusal istismar alt boyutunda farkındalık düzeyi en yüksek olan meslek grubunun sosyal çalışmacılar, farkındalık düzeyi en düşük olan grubun diyetisyenler olduğu ve toplam puanın 25 üzerinden 15,3 olduğu görülmektedir. İhmal alt boyutunda farkındalık düzeyi en yüksek olan meslek grubunun psikologlar, farkındalık düzeyi en düşük olan grubun çocuk gelişimciler olduğu ve toplam puanın 25 üzerinden 20,0 olduğu görülmektedir.

Genel anlamda değerlendirildiğinde Sağlıklı Hayat Merkezlerinde görev yapan personelin çocuk istismarı ve ihmali farkındalık düzeylerinin orta üstü olduğu ve duygusal istismar alt boyutunda farkındalığın çok düşük olduğu görülmektedir.

Meslek gruplarının Çocuk İstismarı ve İhmali Farkındalık Ölçeği puan ortalamaları arasında fark olup olmadığını belirleyebilmek için yapılan ANOVA testi sonuçları Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4 incelendiğinde hem ölçeğin genel toplamında hem de fiziksel istismar, cinsel istismar ve ihmal alt boyutlarında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirleyebilmek için yapılan analiz sonucunda fiziksel istismar alt boyutunda çocuk gelişimciler ile sosyal çalışmacılar arasında sosyal çalışmacıların lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Cinsel istismar alt boyutunda sosyal çalışmacılar ile çocuk gelişimciler ve psikologlar arasında sosyal çalışmacıların lehine anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. İhmal alt boyutunda çocuk gelişimciler ile sosyal çalışmacılar ve psikologlar arasında sosyal çalışmacılar ve psikologlar lehine anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Genel toplamda ise çocuk gelişimciler ile sosyal

çalışmacılar arasında sosyal çalışmacıların lehine anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Hem ölçeğin genel toplamında hem de fiziksel istismar, cinsel istismar ve duygusal istismar alt boyutlarında sosyal çalışmacıların ortalamalarının diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğu görülmektedir. İhmal alt boyutunda psikologların ortalamaları daha yüksektir. Elde edilen bulgular doğrultusunda sosyal çalışmacıların çocuk istismarı ve ihmali farkındalık düzeylerinin diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğu söylenebilir.

Cinsel istismar ve ihmal konusunda eğitim alma durumları değişkenine göre meslek gruplarının sonuçları arasında fark olup olmadığını belirleyebilmek için yapılan t testi sonuçları Tablo 5'te yer almaktadır.

Tablo 5. Eğitim alma değişkenine göre t testi sonuçları							
Ölçek alanları	Eğitim durumu	N	X	SS	t	df	p
Fiziksel İstismar	Almış	19	4,41	0,59	1,440	73	0,154
	Almamış	56	4,11	0,84			
Cinsel İstismar	Almış	19	3,76	0,48	0,315	73	0,753
	Almamış	56	3,71	0,53			
Duygusal İstismar	Almış	19	3,01	0,28	-0,909	73	0,366
	Almamış	56	3,10	0,39			
İhmal	Almış	19	4,72	0,29	3,052	73	0,003
	Almamış	56	4,31	0,57			
Toplam	Almış	19	3,97	0,22	1,800	73	0,076
	Almamış	56	3,81	0,38			

Tablo 5 incelendiğinde hem ölçeğin genel toplamında hem de fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. İhmal alt boyutunda ise eğitim almış olanların lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir.

Çalışma süresi değişkenine göre meslek gruplarının sonuçları arasında fark olup olmadığını belirleyebilmek için yapılan ANOVA testi sonuçları Tablo 6'da yer almaktadır.

Tablo 6 incelendiğinde hem ölçeğin genel toplamında hem de fiziksel istismar ve ihmal alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Farkın hangi gruplar arasında olduğunu belirleyebilmek için yapılan

analiz sonucunda fiziksel istismar alt boyutunda 1-4 yıl ile 15-19 yıl ve 20 yıl üstü arasında 1-4 yıl lehine; 5-9 yıl ile 15-19 yıl ve 20 yıl üstü arasında 5-9 yıl lehine anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. İhmal alt boyutunda 1-4 yıl ile 15-19 yıl ve 20 yıl üstü arasında 1-4 yıl lehine; 5-9 yıl ile 15-19 yıl ve 20 yıl üstü arasında 5-9 yıl lehine; 10-14 yıl ile 15-19 yıl ve 20 yıl üstü arasında 10-14 yıl lehine anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Genel toplamda 1-4 yıl ile 15-19 yıl ve 20 yıl üstü arasında 1-4 yıl lehine; 5-9 yıl ile 15-19 yıl ve 20 yıl üstü arasında 5-9 yıl lehine anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda yeni mezun olanların ve meslekte yeni olanların daha kıdemlilere oranla çocuk istismarı ve ihmali farkındalık düzeylerinin daha yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 6. Çalışma süresi değişkenine göre ANOVA testi sonuçları

Ölçek alanları	Çalışma süresi	N	X	SS	F	P	Anlamlı fark
Fiziksel İstismar	1-4 yıl arası	38	4,32	0,74	5,498	0,001	1-4 yıl ile 15-19 yıl ve 20 yıl üstü arasında; 5-9 yıl ile 15-19 yıl ve 20 yıl üstü arasında
	5-9 yıl arası	25	4,37	0,59			
	10-14 yıl arası	8	3,70	0,94			
	15-19 yıl arası	2	2,80	0,00			
	20 yıl ve üstü	2	2,80	0,00			
	Toplam	75	4,18	0,79			
Cinsel İstismar	1-4 yıl arası	38	3,76	0,53	1,196	0,320	
	5-9 yıl arası	25	3,78	0,49			
	10-14 yıl arası	8	3,65	0,59			
	15-19 yıl arası	2	3,20	0,00			
	20 yıl ve üstü	2	3,20	0,00			
	Toplam	75	3,73	0,52			
Duygusal İstismar	1-4 yıl arası	38	3,08	0,42	1,012	0,407	
	5-9 yıl arası	25	3,01	0,31			
	10-14 yıl arası	8	3,13	0,32			
	15-19 yıl arası	2	3,40	0,00			
	20 yıl ve üstü	2	3,40	0,00			
	Toplam	75	3,08	0,37			
İhmal	1-4 yıl arası	38	4,52	0,41	7,374	0,000	1-4 yıl ile 15-19 yıl ve 20 yıl üstü arasında; 5-9 yıl ile 15-19 yıl ve 20 yıl üstü arasında; 10-14 yıl ile 15-19 yıl ve 20 yıl üstü arasında
	5-9 yıl arası	25	4,49	0,38			
	10-14 yıl arası	8	4,30	0,91			
	15-19 yıl arası	2	3,20	0,00			
	20 yıl ve üstü	2	3,20	0,00			
	Toplam	75	4,41	0,55			
Toplam	1-4 yıl arası	38	3,92	0,34	6,028	0,000	1-4 yıl ile 15-19 yıl ve 20 yıl üstü arasında; 5-9 yıl ile 15-19 yıl ve 20 yıl üstü arasında
	5-9 yıl arası	25	3,91	0,21			
	10-14 yıl arası	8	3,69	0,48			
	15-19 yıl arası	2	3,15	0,00			
	20 yıl ve üstü	2	3,15	0,00			
	Toplam	75	3,85	0,36			

Tartışma

Çocuk ihmal ve istismarının çocuğun kendisi, ailesi ve bir bütün olarak toplum üzerindeki olumsuz etkisi küçümsenemez. İhmal ve istismara maruz kalan çocuklar bilişsel, duygusal, fiziksel, eğitimsel ve sosyal refahlarında hem ani hem

de uzun vadeli bozulmalara maruz kalmaktadır (17). Gilbert ve arkadaşlarının olumsuz çocukluk deneyimleri çalışması, çocuklara kötü muamele ve aile işlev bozukluğu biçimindeki çocukluk çağı travmasının, yetişkin morbidite ve mortalitesinin önde gelen nedenleriyle bağlantılı olduğunu

göstermiştir (18). Bu nedenle çocuk ihmal ve istismarı konusunda farkındalık sahibi olmak oldukça önemli hale gelmektedir. Genel anlamda değerlendirildiğinde araştırma kapsamında elde edilen sonuçlar Sağlıklı Hayat Merkezlerinde görev yapan personelin çocuk istismarı ve ihmal farkındalığının orta üstü düzeyde olduğunu göstermektedir. Birinci basamakta çalışan sağlık personelinin farkındalık düzeyinin düşük olmaması önemli bir bulgu olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin alt boyutları kapsamında değerlendirme yapıldığında ise fiziksel ve cinsel istismar farkındalıkları orta üstü düzeyde iken duygusal istismar farkındalık düzeylerinin orta ve ihmal farkındalık düzeylerinin de yüksek olduğu görülmektedir. Fiziksel istismar, cinsel istismar ve ihmal dışarıdan gözlenebilen bulgulara sahiptir. Bu nedenle tespit edilebilirliği duygusal istismara oranla daha fazladır. Bu istismar türlerinin gözlenebilen bulgulara sahip olmasının sağlık personelinin farkındalık düzeyinin yüksek olması sonucu üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Sağlıklı Hayat Merkezlerinde görev yapan ve araştırmaya katılan tüm personelin lisans mezunu olmasına karşın çocuk istismarı ve ihmal konusunda eğitim alma oranları düşük olarak tespit edilmiştir (%25,3).

Tekin ve Kılıç hekim ve hemşirelerin çocuk ihmal ve istismar vakaları ile karşılaşma durumları, bildirim yükümlülükleri ve eğitim gereksinimleri kapsamında yaptıkları araştırma sonucunda, araştırma ile benzer şekilde, hekim ve hemşirelerin olgulara ilişkin yeterince bilgi sahibi olmadıklarını belirlemiş ve lisans/lisans üstü eğitim ve meslek sürecinde çocuk ihmal ve istismarı konusunda eğitimlerin verilmesinin oldukça önemli olduğunu vurgulamışlardır (19). Kılıçaslan, Güngören, Gökçeoğlu ve Ayaydın da pediatri ve çocuk cerrahi uzmanlarının çocuk istismarı ve ihmalinin belirtileri ve riskleriyle ilgili bilgi düzeylerini ortaya koymak amacıyla yaptıkları araştırma sonucunda katılımcıların yarısından fazlasının eğitimleri sırasında çocuk istismarı ve ihmal konusunda eğitim aldıklarını ancak çoğunun aldıkları eğitimi yetersiz bulduklarını saptamıştır (20). Ben Yahuda ve arkadaşlarının hekim, hemşire, psikolog, sosyal çalışmacı ve diğer sağlık çalışanları kapsamında yaptıkları araştırma sonucunda da çocuk ihmal ve istismarı konusunda eğitim alma oranının düşük olduğu belirlenmiştir (21). Metinyurt ve Sarı da yaptıkları araştırmada benzer şekilde sağlık

çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarı konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıklarını, eğitim almış olanların da aldıkları eğitimi yeterli görmediklerini belirlemişlerdir (22). Elde edilen bulgu literatür ile uyumluluk göstermektedir. Bir halk sağlığı sorunu olan çocuk ihmal ve istismarı konusunda eğitim alanların oranının az olması, eğitim alanların da yetersiz bulması gibi sonuçlar neticesinde etkili eğitim yöntemleri konusunda çalışmalar yapılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Sağlıklı Hayat Merkezlerinde görev yapan personelin duygusal istismar farkındalığının çok düşük olduğu belirlenmiştir. Diğer istismar türlerine kıyasla belki de en yaygın istismar türü olmasına karşın duygusal istismar en çok göz ardı edilebilen ve anlaşılabilmesi en zor olan istismar türüdür (23). Dışarıdan gözlenebilen bulgularının olmaması ve çocukların maruz kaldıkları duygusal istismarı ifade edememeleri bu durumun sebepleri arasındadır (24). Duygusal istismara ilişkin tanı konulması da oldukça zordur (25). Taner ve Gökler'e göre duygusal istismar gözlenebilen ve tanı koyulabilen bir istismar türü olmadığından verilen istatistiki oranlar da kesin olarak gerçeği yansıtmamaktadır (26). Çocuk ihmal ve istismarı konusunda çok fazla araştırma yapılmış olmasına karşın duygusal istismar çok az araştırılmıştır ve yapılan çalışmaların çoğunluğu ergenlerle ilgilidir.

Elde edilen bulgular doğrultusunda sosyal çalışmacıların çocuk istismarı ve ihmal farkındalık düzeylerinin diğer meslek gruplarından daha yüksek olduğu görülmüştür. North araştırmasında çocuk ihmal ve istismarı vakalarının belirlenmesi ve uygun müdahale sürecinin yürütülebilmesi için çocuk koruma sisteminde sosyal hizmet uzmanlarının önemini ortaya koymuştur (27). Çocuk koruma sisteminde önemli görev ve sorumlulukları bulunan sosyal çalışmacılar çocuk ihmal ve istismarı durumlarını ve bunların çocuk üzerindeki etkisini tanımak için gerekli bilgi ve becerilere sahip olmalıdır. Bilgi ve farkındalık düzeylerinin diğer meslek gruplarına oranla yüksek oluşu, literatür ile bu bağlamda tutarlılık göstermektedir. Aslında bu farkındalık çocukla çalışan tüm meslek grupları için geçerlidir. Diğer sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarı farkındalık ve bilgi düzeylerinin orta düzeyde olması yine eğitimin önemini göstermektedir. Çünkü diğer araştırma sonuçlarında olduğu gibi Seferoğlu, Sezici ve Yiğit'in yaptıkları araştırma

sonucunda da hemşirelik lisans öğrencilerinin de çocuk ihmal ve istismarı bilgi ve eğitim düzeyleri düşük olarak belirlenmiştir (28).

Yapılan değerlendirmede eğitim almış ve almamış sağlık çalışanları arasında hem ölçeğin genel toplamında hem de fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar alt boyutlarında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir. İhmal alt boyutunda ise eğitim almış olanların lehine anlamlı farklılık olduğu görülmüştür. Lazenbatt ve Freeman yaptıkları birinci basamak sağlık çalışanlarının çocuk ihmal ve istismarı farkındalığı araştırmalarında katılımcıların %79'unun eğitim gereksinimleri olduğunu belirlemişlerdir (29). Benzer şekilde Çetin, Koç ve Aksoy araştırmalarında lisans eğitimi sırasında verilen çocuk ihmal ve istismarı eğitimlerinin yıllar içinde arttığını ancak bu konudaki bilgi gereksinimine duyulan ihtiyacın değişmeyerek arttığını ileri sürmektedirler (12). Eğitim alan ve almayan sağlık çalışanları arasında fark olmaması almış oldukları eğitim içeriğinin yeterli olmadığını ya da bilgilerin zamanla unutulmuş olabileceğini düşündürmektedir. Bu nedenle en azından çocukla çalışan sağlık personeline yılda bir kere planlı, içerik olarak yeterli ve nitelikli çocuk ihmal ve istismarı hakkında hizmet içi eğitimler verilebilir. Yapılan araştırma sonucunun da gösterdiği gibi yeni mezun olanların ve meslekte yeni olanların daha kıdemlilere oranla çocuk istismarı ve ihmali farkındalık düzeylerinin daha yüksek olması sonucu da bu kanı ile tutarlılık göstermektedir. Çocuk ihmal ve istismarı konusunda eğitim almak ve farkındalığı artırmak önemlidir. Özellikle çocukla çalışan sağlık personelinin farkındalığının yüksek olması, çocukla karşılaştıkları zaman istismar ihtimalini daha fazla göz önünde bulundurmalarını sağlayabilir. Bahadır araştırmasında istismar konusunda eğitim alanların eğitim almayanlara göre istismar ihtimalini daha fazla göz önünde bulundurduklarını belirlemiştir (30). Özen ve arkadaşları araştırmalarında eğitim almış olanların sağlık personelinin çocuk ihmal ve istismarı bilgi düzeyleri üzerinde anlamlı etkisi olduğunu belirlemişlerdir (31). Çocuk ihmal ve istismarı farkındalık eğitimlerinin sağlık çalışanlarının bilgi ve farkındalık düzeylerini artırdığı ve çalışmaları sırasında karşılaşılabilecek vakalarını tespit etmelerine fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Sonuç

Çocuk istismarı ve ihmali olgularının belirlenmesinde sağlık personeline önemli görevler düşmektedir. Araştırma sonucunda sağlık personelinin çocuk istismarı ve ihmali farkındalık düzeylerinin genel anlamda orta üstü düzeyde olduğu belirlenmiştir. Alt boyutlar değerlendirildiğinde ise fiziksel ve cinsel istismar farkındalıkları orta üstü düzeyde iken; duygusal istismar farkındalık düzeylerinin orta ve ihmal farkındalık düzeylerinin de yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık personelinin çocuk istismarı ve ihmali farkındalık düzeylerinin yüksek olması istismar ve ihmali vakalarının erken dönemde fark edilebilmesi ve müdahale edilebilmesi açısından önemlidir. Bu nedenle bu merkezlerde görev yapan personelin konu hakkındaki farkındalıklarının artırılması gerekmektedir. Meslekler açısından yapılan değerlendirmede sosyal çalışmacılar genel toplamda çocuk istismarı ve ihmali farkındalık puanı en yüksek olan meslek grubunu oluştururken farkındalık düzeyi en düşük olan meslek grubunun çocuk gelişimciler olduğu belirlenmiştir. Çocukla doğrudan çalışan bu meslek grubunun farkındalığının düşük olması düşündürücü bir sonuç olmakla birlikte elde edilen sonuç yine eğitimin önemini göstermektedir. Çocuk ihmal ve istismarı önemli bir halk sağlığı sorunudur ve bu sorunla mücadelede çocukla çalışan tüm uzmanların üzerlerine düşen görevleri yerine getirmeleri gerekmektedir. Biyopsikososyal yaklaşım modeli ile sağlık personeline lisans öğrenimleri sırasında ve sonrasında gerekli eğitimler verilerek bu konudaki bilgi düzeyleri ve farkındalıkları artırılmalıdır.

Lisans eğitiminin yanı sıra sağlık personeline, hizmet içi eğitim kapsamında, kurumsal anlamda da çocuk istismarı ve ihmali farkındalık çalışmaları yapılması faydalı olacaktır. Yapılan bu çalışma sağlık personelinin mevcut bilgi ve farkındalık düzeyini ortaya koymayı amaçladığı için farkındalık eğitimleri düzenlenerek sonuçların değerlendirilebileceği farklı araştırmalara gereksinim vardır. Ayrıca sadece birinci basamak değil, ikinci ve üçüncü basamakta görev yapan sağlık personelinin bilgi ve farkındalık düzeylerinin incelendiği araştırmalar da yapılabilir.

Sınırlılıklar

Araştırma Ankara ilindeki Sağlıklı Hayat Merkezleri ile sınırlandırılmıştır. Pandemi

nedeniyle sağlık personelinin fiyasyon ekiplerinde görevlendirilmiş olması, verilerin çevrimiçi toplanmasını gerektirmiştir. Bu nedenle çevrimiçi veri formlarının sadece Sağlıkli Hayat Merkezlerinde görev yapan sağlık personeli tarafından doldurulduğu varsayılmış ve sonuçlar bu varsayım üzerinden analiz edilmiştir.

İletişim: Dr. Öğr. Üyesi Alev Üstündağ
E-Posta: alev.ustundag@sbu.edu.tr

Kaynaklar

1. Sağlıkli Hayat Merkezi (SHM). Accessed November 1, 2021. <https://shm.saglik.gov.tr/shm-nedir.html>
2. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009;373:68-81.
3. Fallon B, Trocmé N, Fluke J, MacLaurin B, Tonmyr L, Yuan YY. Methodological challenges in measuring child maltreatment. *Child Abuse Negl* 2010;34:70-9.
4. May-Chahal C, Cawson P. Measuring child maltreatment in the United Kingdom: A study of the prevalence of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 2005;29:969-84.
5. World Health Organization. Child Maltreatment. Geneva: WHO 2020. Accessed October 12, 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>
6. World Health Organization. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. World report on violence and health 2002. World Health Organization. Accessed October 12, 2021. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf
7. U.S. Department of Health and Human Services. Final Recommendation Statement Child Maltreatment: Interventions 2018. US: US preventive services. Accessed October 15, 2021. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/document/RecommendationStatementFinal/child-maltreatment-primary-care-interventions>
8. Straus MA. Corporal punishment and primary prevention of physical abuse. *Child Abuse Negl* 2000;24:1109-14.
9. Eija P, Mika H, Aune F, Leila L. How public health nurses identify and intervene in child maltreatment based on the national clinical guideline. *Nurs Res Pract* 2014:425-60.
10. Ghezelseflo M, Rostami M. Relationship of child abuse with personality features and high risk behaviors in adolescents. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2015;19:93101.
11. Rosenthal CM, Thompson LA. Child abuse awareness month during the coronavirus disease 2019 pandemic. *JAMA pediatrics* 2020;174(8):812.
12. Çetin E, Koç EM, Aksoy H. İzmir'deki aile hekimliği asistanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusundaki bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2021;30(1):9-17.
13. Işık Metinyurt HA, Yıldırım Sarı H. Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarını tanıma düzeyleri. *Çocuk ve Medeniyet* 2016;1(1):101-21.
14. Türker G. Aile hekimleri, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalık düzeyleri: Burdur örneği. Yüksek lisans tezi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2017.
15. Metin M. Kuramdan uygulamaya eğitimde bilimsel araştırma yöntemleri. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık 2014.
16. Altan H. Üniversite öğrencisi gençlere çocuk istismarı ve ihmali konusunda yapılan eğitimin bilgi ve farkındalıklarına etkisi. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü 2015.
17. Jordan K, MacKay P, Woods S. Child maltreatment: Optimizing recognition and reporting by school nurses. *NASN School Nurse* 2016;32(3):92-199.
18. Gilbert LK, Breiding MJ, Merrick MT, Thompson WW, Ford DC, Dhingra SS, Parks SE. Childhood adversity and adult chronic disease: An update from ten states and the District of Columbia, 2010. *American Journal of Preventive Medicine* 2015;48(3):345-9.
19. Tekin HH, Kılıç AK. Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismar vakaları ile karşılaşma durumları, bildirim yükümlülükleri ve eğitim gereksinimleri. *STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2020;29(2):85-94.
20. Kılıçaslan F, Güngören S, Gökçeoğlu S, Ayaydın H. Şanlıurfa ilinde görev yapan pediatri ve çocuk cerrahi uzmanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2020;17(3):330-4.
21. Ben Yehuda Y, Attar-Schwartz S, Ziv A, Jedwab M, Benbenishty R. Child abuse and neglect: Reporting by health professionals and their need for training. *Isr Med Assoc J (IMAJ)* 2010;12:598-602.
22. Metinyurt HAI, Sarı HY. Sağlık çalışanlarının çocuk ihmali ve istismarını tanıma düzeyleri. *Çocuk ve Medeniyet* 2016;1(1):101-21.
23. Üstündağ, A. Duygusal ihmali ve istismara uzmanların bakış açısı. *Journal of Economy Culture and Society* 2020;61:125-40.
24. Öztürk M. Çocuk ihmali ve istismarı, çocuk hakları

- açısından çocuk ihmali ve istismarı anne baba ve öğretmenler için el kitabı. İstanbul, Çocuk Vakfı Yayınları 2011.
25. Akgül E. Okul öncesi eğitim kurumlarında çalışan personelin cinsel istismar bildirim durumları. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2015.
26. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. Acta Medica 2004;35(2):82-6.
27. North G. Skills and knowledge not checklists: Social work interventions into childhood emotional abuse. Social Work Education 2021;1-16.
28. Seferoğlu EG, Sezici E, Yiğit D. Hemşirelik öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmalinin belirti ve risklerini tanılama düzeyleri. OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi 2019;10(17):257-76.
29. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: A survey of primary healthcare professionals. Journal of Advanced Nursing 2006;56(3):227-36.
30. Bahadır V. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi uzmanlık öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, tutum ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi ile eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi (uzmanlık tezi). Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi 2018.
31. Özen M, Ramadan H, Vural S, Coşkun F. Acil sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali hakkında genel bilgilerinin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Clinics and Laboratory 2017;8(1):16-22.



STED Fotoğraf Yarışması Arşivinden

Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Biriminde Takipli Hastalara Bakım Veren Kişilerde Psikolojik Sıkıntı Görülme Sıklığı

The Frequency of Psychological Distress in Caregivers of Patients who are Followed in a Training and Research Hospital Home Health Services Unit



Nadire Karsavuran¹, Mehmet Özen², Remziye Nur Eke³, Ramazan Vural⁴, Aysima Bulca Acar⁵, Zeynep Aşık⁶, İsmet Koşar⁷

DOI: 10.17942/sted.1059211

Geliş/Received : 20.01.2022
Kabul/ Accepted : 28.07.2022

Öz

Amaç: Bu çalışmada evde sağlık hizmetleri biriminde takipli hastaların yakınlarının ruhsal sağlık durumlarının değerlendirilmesi ve ruhsal sağlık durumuna etki eden faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel türdeki bu araştırma 01 Temmuz 2021- 31 Ekim 2021 tarihleri arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Evde Sağlık Hizmetleri Birimi'nde izlenen 97 hastanın yakını ile yüz yüze görüşülerek gerçekleştirildi. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formu ve Kessler (K-10) Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (PSÖ) kullanılarak toplandı. Veriler; tanımlayıcı istatistikler, One Way Anova testi, Spearman korelasyon analizi, Kruskal Wallis ve Ki-kare testi kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Çalışmada görüşülen 97 katılımcının yaş ortalaması 54,94±11,95'ti. Hastalara bakım verenlerin 73'ü (%75,3) kadın, 24'ü (%24,7) erkekti. PSÖ ölçeğinden aldıkları puanlara göre bakım verenlerin 44'ünün (%45,4) psikolojik durumu iyi iken, 19'unun (%19,6) hafif ruhsal bozukluğu, 12'sinin (%12,4) orta derecede ruhsal bozukluğu, 22'sinin (%22,7) ağır ruhsal bozukluğu vardı. Hastalara bakım verenlerin gelir düzeyi arttıkça psikolojik sıkıntı görülme sıklığının azaldığı belirlendi. Ayrıca bakım verenlerin yaş ortalaması arttıkça ruhsal sıkıntı düzeyinin de arttığı saptandı.

Sonuç: Hasta ve yatalak insanlara uzun süreli bakım vermek, bakım verenin sağlığını, sosyoekonomik durumunu ve psikolojik durumunu olduğu kadar yaşam kalitesini de olumsuz etkileyen bir süreçtir. Bakım verenlere destek sağlayan sistemlerin geliştirilmesi, danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin yaygınlaştırılması, gereksinim duyduklarında hastalarını bırakabilecekleri kurumlar açılması, bakım verenlerin psikolojisine yönelik olumlu kazanımlar sağlayabilir.

Anahtar sözcükler: Evde sağlık hizmetleri, Bakım veren, Ruhsal durum

Abstract

Objective: In this study, it was aimed to evaluate the mental health status of the relatives of the patients who were followed up in the home health services unit and to examine the factors affecting the mental health status.

Materials and Methods: This descriptive and cross-sectional study was conducted by face-to-face interviews with 97 relatives of patients who were followed up in the Antalya Training and Research Hospital Home Health Services Unit between July 01, 2021 and October 31, 2021. Data were collected using the sociodemographic data form prepared by the researchers and the Kessler (K-10) Psychological Distress Scale, and were analyzed using descriptive statistics, One Way Anova test, Spearman correlation analysis, Kruskal Wallis and Chi-square test.

Results: The mean age of the 97 participants interviewed in the study was 54.94±11.95. Of the caregivers, 73 (75.3%) were female and 24 (24.7%) were male. According to the scores they got from the K-10 scale, 44 of the caregivers (45.4%) had good psychological status, 19 (19.6%) had mild mental disorder, 12 (12.4%) had moderate mental disorder and 22 of them (22.7%) had severe mental disorder. It was determined that the incidence of psychological distress decreased as the income level of caregivers increased. In addition, it was determined that the level of mental distress increased as the mean age of the caregivers increased.

Conclusion: Providing long-term care to sick and bedridden people is a process that negatively affects the health, socioeconomic status and psychological status of the caregiver, as well as the quality of life. Developing systems that provide support to caregivers, expanding counseling and training services, opening institutions where they can leave their patients when they need it, can provide positive gains for the psychology of caregivers.

Key words: Home health service, Caregiver, Mental status

¹ Uzm. Dr., S.B.Ü., Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği (Orcid no: 0000-0001-6657-0952)

² Doç. Dr., S.B.Ü., Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği (Orcid no: 0000-0002-6075-1733)

³ Doç. Dr., S.B.Ü., Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği (Orcid no: 0000-0002-2410-0802)

⁴ Uzm. Dr., S.B.Ü., Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği (Orcid no: 0000-0002-1065-1566)

⁵ Uzm. Dr., S.B.Ü., Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği (Orcid no: 0000-0001-9136-654X)

⁶ Uzm. Dr., S.B.Ü., Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği (Orcid no: 0000-0002-1883-0761)

⁷ Uzm. Dr., S.B.Ü., Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği (Orcid no: 0000-0002-1505-1594)

Giriş

Yaşlı nüfusun gün geçtikçe artışı toplumda kronik hastalıkların görülme sıklığını ve buna bağlı olarak artan bakım gereksinimini ortaya çıkarmaktadır (1, 2). Artan bakım gereksinimi, sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına neden olmakta ve bu durumlar evde sağlık hizmetlerine (ESH) olan ihtiyacı doğurmaktadır (3, 4). Evde sağlık hizmetleri birimleri süregelen hastalığı olan veya hastalık sonrası iyileşme dönemindeki bireyleri bulundukları ortamda destekleyerek, sosyal yaşama ayak uydurabilmelerini hedefler ve genellikle ileri yaştaki bireylere hizmeti sunar. Ayrıca ESH; psikososyal, fizyolojik ve tıbbi destek hizmetleri ile sosyal hizmetleri içeren bir bakım modelidir. Bir başka deyişle ESH, gerek tanı ve tedavi sonrası bakım sürecinde, gerek kronik bir hastalığın izleminde yatağa tam veya kısmen bağımlı olan hastaların ihtiyacı olan sağlık hizmetlerinin ev ortamında sunulmasıdır (5).

Evde sağlık hizmetleri birimlerinden hizmet alan hastaların çoğunluğunun hareket, beslenme ve boşaltım aktivitelerini bağımsız olarak yapamadıkları; egzersiz, enfeksiyon ve hijyen açısından olumsuz koşullar içerisinde oldukları ve bu hasta grubunun psikolojik, çevresel ve sosyal iletişim alanlarında sorunlar yaşadığı belirtilmektedir (4, 6-8). Yaşanan bu sorunlar bakım gereksinimlerini arttırarak aile üyelerine ek sorumluluklar ve güçlükler getirmiştir. ESH birimlerinden destek almak bu süreçle başa çıkmada yardımcı olabilmekte ancak yine de hasta yakınlarının birçok sorun yaşayabilecekleri düşünülmektedir (8, 9).

Bakım verme, bireyler açısından oldukça stresli bir iştir ve bakım verenler için zahmetli ve yorucu olan bu süreç, kişilerde gerginliğe yol açarak anksiyete ve depresyon gibi psikolojik sorunlara neden olabilmektedir. Bu durumlar bakım verenlerin ruhsal sağlığında bozulmaya neden olmanın yanında fiziksel hastalıklara da neden olabilmektedir (10-13).

Literatürde bakım veren hasta yakınlarının bakım yüküne ilişkin çalışmalar yer almaktadır. Ancak bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarıyla bakım yükünü birlikte inceleyen çalışmalar sınırlı sayıdadır. Hasta yakınlarının ruhsal sağlık durumları ile bakım yükü arasındaki ilişkinin belirlenmesinin evde sağlık hizmetlerinin planlanması ve yürütülmesine katkı sağlayacağı

düşünülmektedir. Bu çalışmada ESH alan hasta yakınlarının ruhsal sağlık durumlarını değerlendirmek ve etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu kesitsel ve gözlemsel çalışmanın evrenini 01 Temmuz- 31 Ekim 2021 tarihleri arasında Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ESH Birimi'nde izlenen hastalara bakım veren kişiler oluşturdu. Örneklem büyüklüğü 100 olarak hesaplandı. Belirlenen tarihlerde 18 yaş ve üzeri çalışmaya katılmayı kabul eden 97 hasta yakınına ulaşıldı ve yüz yüze görüşme ile anket uygulanarak yanıtlar kaydedildi.

Araştırma kapsamında araştırmacılar tarafından hazırlanan sosyodemografik veri toplama formu ve Kessler ve arkadaşları tarafından geliştirilen (14), Altun ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan K-10 Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (PSÖ) kullanıldı (15). Ölçeğin Türkçe formunun kullanım izni alındı. Çalışma öncesinde Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan 24.06.2021 tarih ve 9/8 karar no ile onay alındı. Araştırma, iyi klinik uygulamalar ilkelerine ve Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak yürütüldü. Anket uygulamasının başında katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilerek sözlü ve yazılı onam alındı.

Değerlendirme araçları:

Sosyodemografik veri formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form; yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi, çocuk sahibi olma, bakılan hastanın yatağa bağımlılık durumu, inkontinans ve hasta alt bezi kullanma durumu gibi verileri toplamaya yönelik sorulardan oluşmaktaydı.

Psikolojik Sıkıntı Ölçeği (PSÖ): K-10 PSÖ, özgül olmayan psikolojik sıkıntı hakkında 10 sorudan oluşmaktadır ve kişinin son bir ay içinde yaşadığı depresif belirtilerin düzeyini ölçmeyi amaçlamaktadır. Yanıt seçenekleri, 1'den (hiçbir zaman) 5'e (her zaman) kadar değişen beşli Likert tipi ölçek üzerine kurulmuştur. Ölçekten en düşük 10, en yüksek 50 puan alınmaktadır. Yüksek puanlar daha fazla ruhsal sıkıntıya işaret etmektedir (15).

PSÖ'ye verilen yanıtlara göre psikolojik sıkıntı düzeyi aşağıdaki gibi yorumlanır:

Toplam PSÖ puanı	Psikolojik sıkıntı düzeyi
10 – 19	Muhtemel iyi
20 – 24	Muhtemel hafif ruhsal rahatsızlık
25 – 29	Muhtemel orta ruhsal rahatsızlık
30 – 50	Muhtemel ağır ruhsal rahatsızlık

Bulgular

Çalışma kapsamına alınan hastaların yaş ortalaması $76,75 \pm 16,36$ idi ve 62'si (%63,9) kadın, 35'i (%36,1) erkekti. Bakım verenlerin biri (%1) okur-yazar değil, 36'sı (%37,1) ilkokul mezunu, 10'u (%10,3) ortaokul, 26'sı (%26,8) lise, 24'ü (%24,7) ise üniversite mezunuydu. Medeni durumlarına bakıldığında 61'i (%62,9) evli, 36'sı (%37,1) bekar idi. Bakım verenlerin 22'sinin (%22,7) gelir düzeyi düşük, 65'inin (%67) orta ve 10'unun (%10,3) yüksekti (Tablo 1).

Hastaların 18'inde (%18,6) Alzheimer vb. nörolojik hastalık, 18'inde hipertansiyon, beşinde (%5,2) kanser, 16'sında (%16,5) diyabetes mellitus, 23'ünde (%23,7) yaşlılık, 15'inde (%15,5) kalça kırığı ve ortopedik hastalık, 37'sinde (%38,1) serebrovasküler hastalık, 31'inde (%32,0) diğer hastalıklar mevcuttu.

Hastaların 27'si (%27,8) ilk kez başvuranlardan, 70'i (%72,2) daha önceden izlenmekte olan hastalardan oluşuyordu. Hastaların 43'ü (%44,3) yatağa yarı bağımlı, 49'u (%50,5) tam bağımlı ve beşi (%5,2) bağımsızdı. Hastaların 73'ünde (%75,3) idrarını ya da dışkısını tutamama (inkontinans) durumu mevcuttu. Hastaların yatağa bağımlılık, inkontinans ve alt bezi kullanma durumlarına göre bakım verenlerin ruhsal durumunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (Tablo 2).

Hastaya bakım verenlerin yaş ortalaması $54,94 \pm 11,95$ ti; 73'ü (%75,3) kadın, 24'ü (%24,7) erkekti. Bakım verenlerin 22'si (%22,7) hastanın eşi, 41'i (%42,3) hastanın kızı, 12'si (%12,4) hastanın oğlu, ikisi (%2,1) hastanın annesi, dördü (%4,1) bakıcı, 12'si (%12,4) diğer (komşusu, vb) idi. Bakım verenlerin 50'sinin (%51,5) bakım için başka birinden destek aldığı

Tablo 1. Sosyodemografik özelliklere göre bakım verenlerin ruhsal sıkıntı durumları

Değişkenler		n	Bakım verenin ruhsal durumu								p	
			İyi (n:44), %		Hafif bozuk (n:19), %		Orta bozuk (n:12), %		Ağır bozuk (n:22), %			
Hastanın cinsiyeti	Kadın	62	30	48,4	14	22,6	5	8,1	13	20,9	0,269	
	Erkek	35	14	50,0	5	20,0	7	10,0	9	20,0		
Bakım verenin	Eğitim durumu	Lise altı	47	21	44,7	6	12,8	6	12,8	14	29,7	0,517
		Lise ve üzeri	50	23	56,0	13	20,0	6	4,0	8	20,0	
	Medeni durumu	Evli	61	26	42,6	12	19,7	9	14,7	14	23,0	0,794
		Bekâr	36	18	50,0	7	19,4	3	8,3	8	22,3	
	Bakmakla yükümlü olduğu çocuğu	Yok	67	28	48,5	16	18,2	7	6,1	16	27,3	0,330
		Var	30	16	58,8	3	17,6	5	11,8	6	11,8	
	Gelir düzeyi	Düşük	22	6	27,3	4	18,2	2	9,1	10	45,4	0,155
		Orta	65	32	49,3	13	20,0	9	13,8	11	16,9	
		Yüksek	10	6	60,0	2	20,0	1	10,0	1	10,0	

Tablo 2. Hasta ile ilgili özelliklere göre bakım verenlerin ruhsal sıkıntı durumları

Bakılan hastanın		n	Bakım verenin ruhsal durumu								p
			İyi (n:44), %		Hafif bozuk (n:19), %		Orta bozuk (n:12), %		Ağır bozuk (n:22), %		
Başvuru durumu	İlk başvuru	27	12	44,5	6	22,2	3	11,1	6	22,2	0,979
	Takipli	70	32	45,6	13	18,6	9	12,9	16	22,9	
Yatağa bağımlılık	Bağımsız	5	34	60,0	1	20,0	1	20,0	0	0,0	0,105
	Yarı bağımlı	43	24	55,8	4	9,3	7	16,3	8	18,6	
	Tam bağımlı	49	17	34,6	14	28,6	4	8,2	14	28,6	
İnkontinans	Yok	24	13	54,2	4	16,7	2	8,3	5	20,8	0,764
	Var	73	31	42,5	15	20,5	10	13,7	17	23,3	
Alt bezi kullanma durumu	Hayır	24	13	54,2	4	16,7	2	8,3	5	20,8	0,764
	Evet	73	31	42,5	15	20,5	10	13,7	17	23,3	

belirlendi. Hastaya yakınlık durumu ile ruhsal sıkıntı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0,034$). Bakım verenlerin 27'si (%27,8) bir yıl ve altı, 27'si (%27,8) 1-4 yıl, 20'si (%20,8) 5-9 yıl, 22'si (%23,6) 10 yıl ve üstü hasta bakımı yapıyorlardı. Hastalara verilen bakım süresi ile ruhsal sıkıntı durumu arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark vardı ($p=0,022$), (Tablo 3).

Hastalara bakım verenlerin 44'ünün (%45,4) psikolojik durumu PSÖ'ye göre iyi iken, 19'unun (%19,6) hafif ruhsal bozukluğu, 12'sinin (%12,4) orta ruhsal bozukluğu 22'sinin (%22,6) ağır ruhsal bozukluğu vardı (Tablo 4).

Tablo 3. Bazı özelliklerine göre bakım verenlerin ruhsal sıkıntı durumları

Bakım verenin özelliklikleri		n	Bakım verenin ruhsal durumu								p
			İyi (n:44), %		Hafif bozuk (n:19), %		Orta bozuk (n:12), %		Ağır bozuk (n:22), %		
Cinsiyeti	Kadın	73	33	57,9	13	15,8	11	10,5	16	15,8	0,515
	Erkek	24	11	33,3	6	25,0	1	0,0	6	41,7	
Yaşı (yıl) (Ort. , min. - maks.)		97	53	23-57	54	36-57	60,5	43-64	63	53-86	0,504
Hastaya yakınlığı	Eşi	22	6	27,3	1	4,5	5	22,7	10	45,5	0,034
	Kızı	41	19	46,3	10	24,4	4	9,8	8	19,5	
	Oğlu	12	6	50,0	4	33,3	0	0,0	2	16,7	
	Annesi	2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0	
	Torunu	4	3	75,0	0	0,0	1	25,0	0	0,0	
	Kardeşi	4	3	75,0	1	25,0	0	0,0	0	0,0	
	Bakıcısı	12	7	58,3	3	25,0	2	16,7	0	0,0	
Bakım süresi	<1 yıl	27	13	48,1	8	29,6	3	11,1	3	11,1	0,022
	1-4 yıl	27	14	51,9	4	14,8	3	11,1	6	22,2	
	5-9 yıl	20	9	45,0	3	15,0	3	15,0	5	25,0	
	≥10 yıl	23	8	36,4	4	18,2	3	9,0	8	36,4	
Bakım için destek alma	Hayır	47	17	36,2	7	14,9	8	17,0	15	31,9	0,052
	Evet	50	27	54,0	12	24,0	4	8,0	7	14,0	
Aynı konutta yaşama	Hayır	18	11	61,1	4	22,2	1	05,6	2	11,1	0,331
	Evet	79	33	41,8	15	19,0	11	13,9	20	25,3	
Bakım aylığı alma	Evet	17	9	52,9	1	5,9	2	11,8	5	29,4	0,448
	Hayır	80	35	43,8	18	22,5	10	12,5	47	21,3	

Tablo 4. Bakım verenlerin PSÖ puanına göre ruhsal sağlık durumları

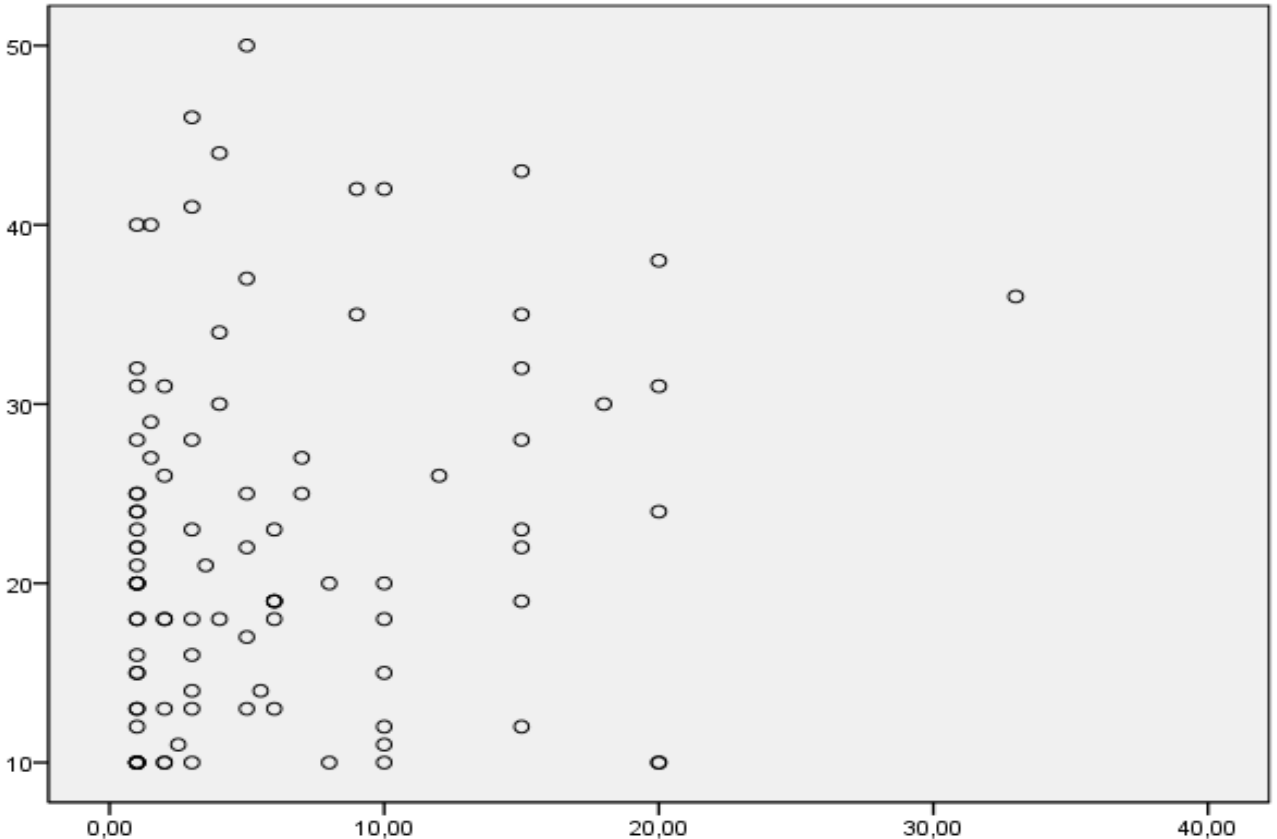
PSÖ puanı	Ruhsal durum	n	%
10 – 19	İyi	44	45,4
20 – 24	Hafif ruhsal bozukluk	19	19,6
25 – 29	Orta ruhsal bozukluk	12	12,4
30 – 50	Ağır ruhsal bozukluk	22	22,6

Regresyon katsayısına göre bakıcıların PSÖ puanları ile hastaya baktığı süre arasındaki ilişki önemli bulundu (Şekil 1). Hastaya bakım süresindeki 1 birimlik artış, PSÖ puanını 0,311 birim arttırıyordu.

Bakım verenin yaşı ile PSÖ puanları arasında pozitif yönde yüksek derecede önemli bir korelasyon bulundu ($r=0,301$, $p<0,01$). Bakım verenin yaş ortalaması arttıkça PSÖ puanları da artmaktaydı. Bakım verenlerin gelir düzeyi ile PSÖ puanları arasında negatif yönde zayıf önemli bir

ilişki bulundu ($r=-0,247$, $p<0,05$). Gelir düzeyi arttıkça hastaya bakanların PSÖ anketinden aldığı puanlar düşmekteydi.

Yatağa tam bağımlı, yarı bağımlı ve bağımsız olan hastalara bakım verenlerin ruhsal sıkıntı durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu, fakat Kruskal- Wallis analizine göre PSÖ'den aldığı puanlar birbirinden farklıydı. Buna göre yatağa tam bağımlı hastalara bakım verenlerin aldığı puanların ortalaması bağımsız ve yarı bağımlı hastalara bakım verenlerinkinden daha

**Şekil 1.** PSÖ puanlarının bakım verme süresine göre dağılım grafiği

yüksekti. Ayrıca Kruskal-Wallis analizine göre hastaya bakım için destek almayan bireylerin destek alanlara göre PSÖ puan ortalaması daha yüksek bulundu.

Tartışma

Bakım veren kişilerin ruhsal durumunu değerlendirdiğimiz bu çalışmada bakım verenin yaş ortalaması arttıkça PSÖ puanlarının arttığı, gelir düzeyi arttıkça PSÖ puanlarının düştüğü belirlenmiştir. Ayrıca bakım verilen kişinin yatağa tam bağımlı olması durumunda psikolojik sıkıntı ölçeğinden alınan puanlar anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Ülkemizde daha önce yapılan çalışmalarda bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olduğu belirtilmektedir (11,16). Ayrıca hastaların bakımının çoğunlukla birinci dereceden akrabaları tarafından karşılandığı belirtilmektedir (11). Benzer şekilde bu çalışmada da bakım verenlerin çoğunluğu hastanın kızı (%42,2) ve eşi (%22,7) olarak belirlenmiştir. Bu durum toplumumuzda kadınların ailede geleneksel olarak bakım verici rolü üstlenmesi, çalışma hayatında erkeklere nazaran daha az yer alması, ev/aile ile ilgili konuların kadınların doğal işi olarak görülmesi, kadınların erkeklere kıyasla daha şefkatli olması ile ilişkilendirilmektedir (17,18).

Çalışmamızda hastaya yakınlık durumu ile ruhsal sıkıntı durumu arasındaki ilişki incelendiğinde en düşük PSÖ puanları, aileden olmayan kişilerde ve hastaya ücretli olarak tutulan bakıcılarda saptanmıştır. Hasta bakımı karşılığında ücret alınması bakım veren için motivasyon kaynağı olabilir. Ayrıca çalışmamızda bakım verenlerin aile üyesi olan özellikle annesi olanların psikolojik durumu belirgin olarak daha kötüydü. Bu durum da annenin evladının bağımlılık durumunu kabullenememesi ve psikolojik olarak daha fazla etkilenmesi olarak yorumlanabilir.

Yapılan çalışmalarda üzerinde durulan bir diğer konu bakım verenin yaşıdır. Selçuk ve arkadaşlarının kronik hastalığı olan hastalara bakım verenlerle yaptığı araştırmada, hastanın yaşı ve bakılan sürenin artması ile bakım verme yükünde artışın olduğu fakat bakım verenin yaşının bakım verme yükünü etkilemediği saptanmıştır (19). Bizim çalışmamızda bakım verenlerin yaş ortalaması 54,94 idi ve bakım verenin yaşı ile bakım verme süresi arttıkça

psikolojik sıkıntı düzeyinin arttığı bulundu. Bu durum yaş ilerledikçe bakım verenlerin kendi sağlık sorunlarının artması ve hastaların bakımı ile başa çıkma yeteneklerinin azalmasıyla ilişkili olabilir.

Hasta bireylere bakım verenlerde bakım yükünün ciddi bir ekonomik ve sosyal yük getirdiği, bu nedenle bakım veren aile üyelerinde ciddi bir zorlanma ve bakım verme tükenmişliği yaşandığı belirtilmektedir (20). Ayrıca çalışmalarda bakım verme sürecinde hastane ve bakım masraflarının olması, bakım verme sonucu iş gücü ve gelir kaybı nedeniyle birikimlerin harcandığı ve bakım verenlerin finansal yük içerisinde olduğu belirtilmektedir (21-23). Bizim çalışmamızda da finansal sorun yaşayan bakım verenlerin daha fazla ruhsal sıkıntı yaşadığı tespit edilmiştir. Bu durum finansal sorunların ruh sağlığını olumsuz etkileyebildiği, bakım yükü oluşturabildiği ve bakım verme süresinin uzunluğuna bağlı olarak finansal sorunların daha fazla artabileceği düşüncesini desteklemektedir. Ayrıca hastaya bakım verenlerin gelir düzeyinin yüksekliği bakıcı desteği alma ve sosyal açıdan kendine zaman ayırma fırsatı bulabilmeleri ile ilişkili olabilir.

Çalışmamızda hasta bakımı için destek almayan bireylerin destek alanlara göre PSÖ puanları daha yüksekti. Bu durum destek alımının bakım verenin bakım yükünü azalttığı ve psikolojik olarak rahatlamasını sağladığı sonucunu ortaya çıkarmaktadır.

Sonuç

Hasta ve yatalak insanlara uzun süreli bakım vermek, bakım verenin sağlığını, sosyoekonomik durumunu ve psikolojik durumunu olduğu kadar yaşam kalitesini de olumsuz etkileyen bir süreçtir. Bu çalışmada da ESH Birimi'nden hizmet alan hastaların yakınlarının bakım yükü yaşadıkları, ruh sağlığı açısından riskli bir grubu oluşturdukları saptanmıştır. Hasta yakınlarında bakım yükünü azaltacak önlemlerin alınmasının ruh sağlığının korunması ve geliştirilmesinde etkili olacağı düşünülmektedir. Sonuçlar doğrultusunda psikiyatrik bakımın evde bakıma entegre edilmesi, hastalara aileyle birlikte holistik bakımın verilmesi, bakım verenlerin psikososyal açıdan desteklenmesine yönelik bireysel ve kurumsal girişimlerin geliştirilmesi önerilebilir. Bakım verenlere destek sağlayan sistemlerin geliştirilmesi, danışmanlık ve eğitim hizmetlerinin

yaygınlaştırılması, gereksinim duyduklarında hastalarını bırakabilecekleri kurumlar açılması, bakım verenlerin psikolojisine yönelik olumlu kazanımlar sağlayabilir.

İletişim: Dr. Nadire Karsavuran
E-Posta: n.karsavuran07@hotmail.com

Kaynaklar

1. Tekin Ç, Kara F. Dünyada ve Türkiye’de yaşlılık. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi, 2018; 3(1):219-29.
2. Işıl Ö, Onan N. Yaşlı ve demanslı bireye bakım verenlerde bakım yükü ve yaklaşımlar. Türkiye Klinikleri Dergisi, 2016; 2(1):74-80.
3. Yılmaz M, Sametoğlu F, Ahmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S ve ark. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. İstanbul Tıp Dergisi, 2010; 11(3):125-32.
4. Taşdelen P, Ateş M. Evde bakım gerektiren hastaların bakım gereksinimleri ile bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2012; 9(3):22-9.
5. Danış MZ. Toplum temelli bakım anlayışı. Özveri Dergisi, 2006; 3:44-7.
6. Çayır Y, Avşar ÜZ, Avşar Ü, Cansever Z, Khan AS. Evde sağlık hizmetleri alan hastaların özellikleri ve bakım verenlerin beklentileri. Konuralp Tıp Dergisi, 2013; 5(3):9-12.
7. Çatak B, Kılınç AS, Badıllıoğlu O, Sütü S, Erkan Sofuoğlu A, Aslan D. Burdur’da evde sağlık hizmeti alan yaşlı hastaların profili ve evde verilen sağlık hizmetleri. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi, 2012; 10(1):13-21.
8. Akdemir N, Bostanoğlu H, Yurtsever S, Kutlutürkan S, Kapucu S, Canlı Özer Z. Yatağa bağımlı hastaların evde yaşadıkları sağlık sorunlarına yönelik evde bakım hizmet gereksinimleri. Dicle Tıp Dergisi, 2011; 38(1):57-65.
9. Raju RS, Kaur P, Pandian JD. Psychosocial problems, quality of life, and caregiver burden among stroke caregivers in India. Int J Stroke 2012; 7(1):100-1.
10. Özyeşil Z, Oluk A, Çakmak D. Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2014; 15(1):39-44.
11. Zaybak A, Güneş Ü, İsmailoğlu EG Ülker E. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 15(1):48-54.
12. Ay S, Ünübol H, Ezer S, Omay O, Hızlı Sayar G. Yaşlı hastalara bakım verenlerin bakım verme yükleri ve başa çıkma biçimleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Family Practice & Palliative Care, 2017; 2(3):38-44.
13. Zhu W, Jiang Y. A meta-analytic study of predictors for informal caregiver burden in patients with stroke. Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases, 2018; 27(12): 3636-46.
14. Wooden M. Use of the Kessler Psychological Distress Scale in the HILDA Survey. HILDA Project Discussion Paper Series No. 2/09. Melbourne Institute of Applied Economic and Social Research; February 2009.
15. Altun Y, Özen M, Kuloğlu MM. Psikolojik Sıkıntı Ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2019; 20(Ek sayı 1):23-31.
16. Gürol A, Çapık C. Yaşlıya evde bakım verenlerin bakım verme yükünün değerlendirildiği bir araştırma. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2014; 23(2):65-72.
17. Akyar İ. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Programı (Yüksek Lisans Tezi), Ankara: 2006.
18. Küçükçüçlü Ö, Esen A, Yener G. Bakımverenlerin yükü envanterinin Türk toplumu için geçerlik ve güvenilirliğinin incelenmesi. Journal of Neurological Sciences, 2009; 26(1):60-73.
19. Selçuk KT, Avcı D. Kronik hastalığa sahip yaşlılara bakım verenlerde bakım yükü ve etkileyen etmenler. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2016; 7(1):1-9.
20. Tuna HM, Olgun N. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarında görülen tükenmişlik durumunda algılanan sosyal desteğin rolü. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2010; 17(1):41-52.
21. Lee K, Martin P, Poon LW. Predictors of caregiving burden: impact of subjective health, negative affect, and loneliness of octogenarians and centenarians. Aging &

- Mental Health, 2016; 21(11):1214-21.
22. Yun YH, Rhee YS, Kang IO, Lee JS, Bang SM, Lee WS, et al. Economic burdens and quality of life of family caregivers of cancer patients. *Oncology*, 2005; 68(2-3):107-14.
23. Yakar HK, Pinar R. Kanserli hastalara

bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ve yaşam kalitesini etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2013; 15(2):1-16.



STED'in bu sayısında kullanılan görsel, canva.com'un telifsiz fotoğraf arşivinden alınmıştır.

DOI: 10.17942/sted.873188

Geliş/Received : 02.02.2021
Kabul/ Accepted : 22.07.2022

Öz

Amaç: Bu çalışma, hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına yönelik bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma hemşirelik bölümü son sınıfta okuyan 249 öğrenci ile tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Veriler "Kişisel Bilgi Formu" ve "Öğrencilerin Kanıta Dayalı Hemşirelik Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Araştırmadan elde edilen veriler SPSS 24,0 paket programı kullanılarak sayı, yüzde, ortalama ve uygun istatistik testler kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmada öğrencilerin %55,4'ünün bilimsel yayın okuduğu, %64,3'ünün daha önce bilimsel bir toplantıya katıldığı, %38,2'sinin bilimsel bir araştırmaya katıldığı, %51,4'ünün bilimsel bir araştırma yapmak istediği ve %59,0'ının lisansüstü eğitim yapmak istediği belirlenmiştir. Öğrencilerin kanıta dayalı hemşirelik konusundaki bilgi, tutum ve davranışları ölçeği, bilgi alt boyutu puan ortalamasının $24,91 \pm 3,64$, tutum alt boyut puan ortalamasının $18,25 \pm 5,54$, gelecekte kullanım alt boyut puan ortalamasının $38,98 \pm 5,44$ ve uygulama alt boyut ortalamasının $14,68 \pm 4,23$ olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Öğrencilerin kanıta dayalı hemşirelik konusundaki bilgilerinin yüksek, tutum ve uygulamalarının orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Gelecekte hemşirelik mesleğinin bir parçası olacak öğrenci hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik konusunda bilgilendirilmeleri ve bu bilgiyi uygulamaya aktarmaları için farkındalıklarının artırılması önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Hemşirelik öğrencisi, Kanıta dayalı uygulamalar, Bilgi, Tutum, Davranış

Abstract

Aim: This study was conducted to determine nursing students' knowledge, attitudes and behaviors towards evidence-based nursing practices.

Materials and Methods: The research was carried out descriptively with 249 students studying nursing at the last year. The data were collected using the personal information form and the "Knowledge, Attitude and Behaviors Scale of the Students on the Evidence Based Nursing". The data to be obtained from the study were evaluated using SPSS 24.0 package program using number, percentage, average and appropriate statistical tests.

Results: It was determined that 55,4% of the students read scientific publications, 64,3% attended a scientific meeting, 38,2% participated in a scientific research, 51,4% wanted to do a scientific research and 59,0% It was determined that wanted to do graduate education. It was determined that the scale of knowledge, attitude and behavior of students on evidence-based nursing, the mean of the sub-dimension of knowledge was $24,91 \pm 3,64$, the average of the attitude sub-dimension score was $18,25 \pm 5,54$, the average of the use sub-dimension score was $38,98 \pm 5,44$ and the application sub-dimension mean was $14,68 \pm 4,23$.

Conclusion: It was determined that the students' knowledge on nursing based on evidence was high, and their attitudes and practices were moderate. It is recommended that student nurses, who will be a part of the nursing profession in the future, should be informed about evidence-based nursing and put this knowledge into practice.

Key words: Nursing students, Evidence-based practice, Knowledge, Attitude, Behavior

¹ Arş. Gör., Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği AD (Orcid no: 0000-0002-2843-8392)

² Arş. Gör., Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği AD (Orcid no: 0000-0001-6389-8039)

³ Doç. Dr., Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıklar Hemşireliği AD (0000-0002-1869-8713)

Giriş

Toplumun ihtiyaçları ve hastaların bakım tercihlerindeki değişiklikler doğrultusunda kanıta dayalı uygulamalara duyulan ihtiyaç son yıllarda giderek artmıştır(1). Hemşirelik mesleğinde profesyonelleşmenin yolu ise bu kanıta dayalı bilgileri uygulama alanında kullanmaktan geçmektedir.

Kanıta dayalı uygulama, araştırmalar sonucunda elde edilen bilgilerin, klinik uzmanlık ve hasta görüşleriyle entegre edildiği bir sistemdir(2,3). Kanıta dayalı uygulama uzun yıllardır sağlık bakım sistemlerinde yer alan bir kavram olmakla birlikte hemşirelik mesleğinde günlük kullanımda kanıtların kullanımı henüz istendik düzeye ulaşamamıştır(4). Bu durum gerek kurum politikalarının yetersizliği gerek hemşirelerin konuya ilgisizliği ve kanıta dayalı uygulamalar hakkında bilgi eksikliği gerekse hemşirelik alanında kanıta dayalı uygulamalarla ilgili çalışma yetersizliği gibi pek çok nedene bağlanabilir(5).

Resmî Gazete’de 2010 yılında yayınlanan Hemşirelik Yönetmeliği 6.maddesinde hemşirenin görevi: “Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılaşabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlamak, uygulamak, değerlendirmek ve denetlemek” şeklinde tanımlanmıştır (6). Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere hemşirelik hizmetleri kanıt temelli olarak planlanmalı ve uygulanmalıdır.

Hemşirelik lisans eğitimi sırasında üniversitelerde farklı şekillerde kanıta dayalı hemşirelik (KDH) dersleri verilmekte; bazı üniversitelerde “kanıta dayalı hemşirelik” adlı seçmeli dersler mevcutken, bazı üniversitelerde ise kanıta dayalı hemşirelik “hemşirelikte araştırma” dersinin bir parçası halinde işlenmektedir(3,4).

Günümüzde bilgiye ulaşmak çok kolay olsa da doğru bilgiyi bulmak sanıldığı kadar kolay değildir. Kanıt temelli doğru bilgiyi bulabilmek için öncelikle soruna yönelik klinik soru sorabilme, en iyi kanıtı araştırma, elde edilen kanıtın geçerliliği ve uygunluğunu değerlendirme, uygun kanıt temelli bilgiyi uygulamaya geçirme ve uygulama sonuçlarını değerlendirmek gerekmektedir(2). Uluslararası Hemşirelik Birliği (International

Council of Nursing-ICN) 2012 yılında kanıta dayalı uygulamayla ilgili “Boşluğu Doldurma: Kanıttan Eyleme” sloganıyla konunun önemini vurgulamıştır(7,8). Gelecekte hemşirelik mesleğinin birer üyesi olacak öğrenci hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik konusunda henüz klinik alanda çalışmaya başlamadan önce yapılan çalışmalardan en iyi ve en yararlı kanıt temelli çalışmaları seçmeyi öğrenmeleri ve çalışma sonuçlarını klinik uygulamanın bir parçası olarak kullanmaları önemlidir(8). Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelikle ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının incelendiği çalışmaların yurtdışında yapıldığı görüldüğünde(9–14) ülkemizde hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarıyla ilgili çalışmaların yapıldığı (1,5,8,15–18), ancak öğrenci hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarının incelendiği çalışmaların ilgili ölçek geçerlik ve güvenirlik çalışması dışında sınırlı sayıda olduğu görülmüştür(3).

Bu çalışma, hemşirelik bölümü son sınıfta okuyan öğrencilerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma soruları

1. Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hakkında bilgileri nasıldır?
2. Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin tutumları nasıldır?
3. Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin davranışları nasıldır?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın tipi

Bu araştırma hemşirelik son sınıfta okuyan öğrencilerin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı tipte yapılmıştır.

Araştırmanın evren ve örnekleme

Araştırmanın evrenini 2018-2019 eğitim öğretim yılı bahar döneminde entegre sistemle eğitim veren bir üniversitenin sağlık bilimleri fakültesi hemşirelik bölümü son sınıf öğrencileri oluşturmuştur (N=304). Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden, anket formlarını eksiksiz dolduran

249 (%81,9) öğrenci ile çalışma tamamlanmıştır. Hemşirelik son sınıf öğrencileri entegre sisteme göre cerrahi, dâhiliye, doğum ve kadın sağlığı, pediatri, psikiyatri ve halk sağlığı alanlarında intörlük uygulaması yapmaktadır. Hemşirelik öğrencileri birinci sınıftan itibaren kanıta dayalı hemşirelik kavramıyla tanışmakta, üçüncü sınıfta hemşirelikte araştırma dersinin müfredatı içinde kanıta dayalı hemşirelik çalışmalarını aktif olarak kullanmakta ve intörlük uygulamaları sırasında uyguladıkları hemşirelik bakımını kanıta dayalı şekilde yapabilmeleri hedeflenmektedir.

Araştırmanın veri toplama araçları ve verilerin toplanması

Araştırmada veriler araştırmacılar tarafından literatür taranarak (1,8,16,19–21) oluşturulan “Kişisel Bilgi Formu” ve “Öğrencilerin Kanıta Dayalı Hemşirelik Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Ölçeği” kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel bilgi formu: Öğrencilerin yaş, cinsiyet, mezun olduğu lise, anne ve babasının eğitim düzeyi, gelir düzeyi, hemşirelik mesleğiyle ilgili bilimsel yayın okuma durumu, bilimsel toplantılara katılma durumu, bilimsel çalışmaya katılma durumu, mezun olduktan sonra lisansüstü eğitime devam etme isteği, internet kullanım amacı ve süresi, bilimsel araştırma yaparken çoğunlukla kullandığı internet sitesi, kanıta dayalı hemşirelik kavramını bilme durumu, bilimsel araştırma süreciyle ilgili aldığı ilk bilginin yer aldığı ders, bilimsel çalışmaların gerekliliğine inanma durumu gibi 16 sorudan oluşmaktadır.

Öğrencilerin kanıta dayalı hemşirelik konusundaki bilgi, tutum ve davranışları ölçeği: Johnston ve ark. (2003) tarafından Hong Kong Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin kanıta dayalı uygulamalar konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Brown ve ark. (2010) tarafından Amerika’da hemşirelik öğrencilerine uyarlanmıştır. Karayağız Muslu ve ark. (2015) tarafından Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır. Likert tipindeki ölçek; bilgi (5 madde), tutum (6 madde), gelecekte kullanım (9 madde) ve uygulama (6 madde) olmak üzere dört alt boyut ve 26 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasında bilgi alt boyutunda cronbach alpha katsayısı 0,70, tutum alt boyutunda 0,60, gelecekte kullanım alt boyutunda 0,80 ve uygulama alt boyutunda

0,77 olarak bulunmuştur. Ölçeğin her bir alt boyutundan alınabilecek en yüksek ve en düşük puanlar ve ölçeğin bu çalışmada cronbach alpha katsayıları Tablo 1’de verilmiştir. Ölçekte her bir alt boyut ayrı ayrı değerlendirilmekte olup ölçekten alınan toplam puan ne kadar yüksekse öğrencilerin bilgi, tutum ve davranışlarının o kadar yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

Veriler, araştırmacılar tarafından eğitim öğretim yılı başında öğrencilerin okulda bulundukları vaka tartışmaları günlerinde yüz yüze toplanmıştır. Anketi doldurmadan önce öğrencilere araştırma konusu ve amacı hakkında bilgi verilmiş, katılımın gönüllü olduğu ve gizlilik konusunda güvence altında oldukları söylenmiştir. Bilgilendirilmiş gönüllü olurları alındıktan sonra anketler öğrencilere verilmiş ve anketlerin tamamlanması beklenmiştir.

Tablo 1. Ölçek alt boyut min-maks puanları ve cronbach alpha değerleri

Alt boyutlar	Ölçek min-maks puanlar	Cronbach α
Bilgi alt boyutu	5-30	0,828
Tutum alt boyutu	6-36	0,764
Gelecekte kullanım alt boyutu	9-54	0,790
Uygulama alt boyutu	6-30	0,714
Tüm ölçek		0,767

Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 24.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiksel yöntemler kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluk gösterip göstermediği Kolmogorov Smirnov testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılıma uygunluk göstermediği için Mann Whitney U testi uygulanmıştır. Anlamlılık $p < 0.05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

Araştırmanın etik boyutu

Araştırmaya başlanmadan akademik kurul kararı (Sayı:2019/01-01) ve etik kurul onayı (Karar no: 2019/145) alınmıştır. Ölçeğin kullanılabilmesi için yazarlardan yazılı izin ve araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerden yazılı ve sözlü olur alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $22,29 \pm 1,46$ olup, %68,9'unun 22 yaş ve altında olduğu ve %79,9'unu kadınların oluşturduğu belirlenmiştir. Öğrencilerin %55,4'ünün bilimsel yayın okuduğu, %64,3'ünün daha önce bilimsel toplantıya katıldığı, %51,4'ünün bilimsel araştırma yapmayı istediği, %38,2'sinin bilimsel araştırmaya katıldığı, %59'unun lisansüstü eğitime devam etmeyi istediği, %78,3'ünün "Kanıta Dayalı Hemşirelik" kavramını bildiği ve %95,2'sinin "bilimsel araştırma sonuçlarının klinikte kullanılması gerektiğini" düşündükleri belirlenmiştir (Tablo 2).

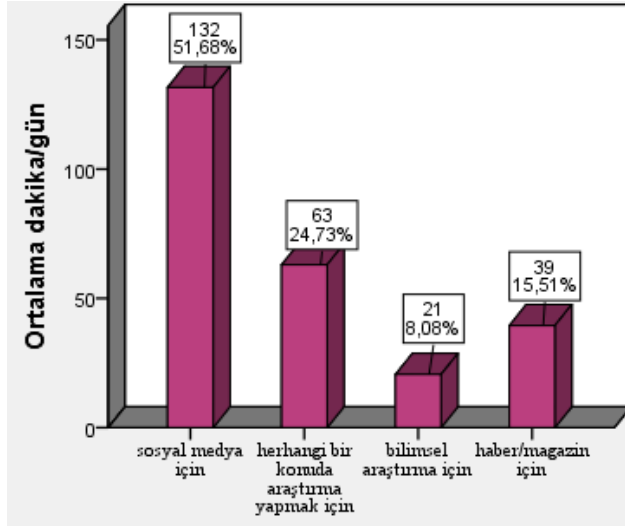
Araştırmaya katılan öğrencilerin günlük ortalama internet kullanım süreleri ve internet kullanım amaçlarına bakıldığında, %51,68'inin interneti sosyal medya için 132 dakika/gün kullandığı ve yalnızca %8,08'inin interneti bilimsel araştırma yapmak için 21 dakika/gün kullandığı belirlenmiştir (Şekil.1). Öğrencilerin bilimsel araştırmaları sıklıkla (%43,8) Google Akademik veri tabanından taradıkları saptanmıştır (Şekil.2). Araştırmaya alınan öğrencilerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik bilgi, tutum ve davranışları ölçeği alt boyut puan ortalamaları Tablo 3'te görülmektedir.

Tablo 2. Öğrencilerin tanımlayıcı özellikleri

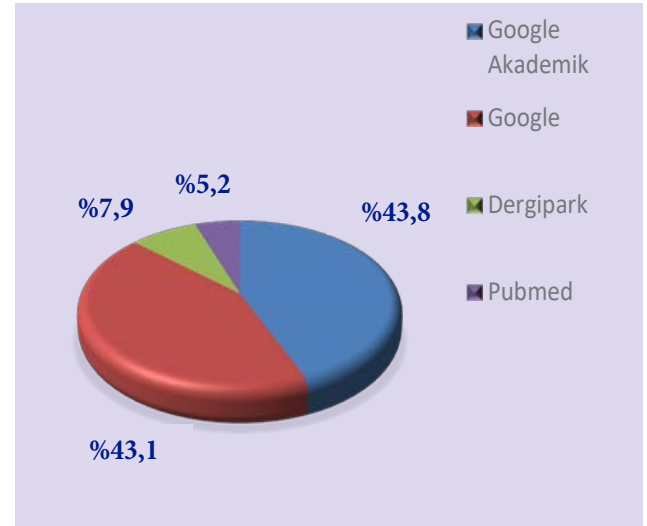
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş ($22,29 \pm 1,46$)		
22 yaş ve altı	170	68,3
22 yaş üstü	79	31,7
Cinsiyet		
Kadın	199	79,9
Erkek	50	20,1
Bilimsel Yayın Okuma Durumu		
Okuyan	138	55,4
Okumayan	111	44,6
Bilimsel Toplantıya Katılma Durumu		
Katılan	160	64,3
Katılmayan	89	35,7
Bilimsel Araştırma Yapmayı İsteme Durumu		
İsteyen	128	51,4
İstemeyen	121	48,6
Bilimsel Araştırmaya Katılma Durumu		
Katılan	95	38,2
Katılmayan	154	61,8
Lisansüstü Eğitime Devam Etmeyi İsteme Durumu		
İsteyen	147	59,0
İstemeyen	102	41,0
"Kanıta Dayalı Hemşirelik" Kavramını Bilme Durumu		
Bilen	195	78,3
Bilmeyen	54	21,7
Araştırma sonuçlarının klinikte kullanılması gerektiği düşüncesine katılma durumu		
Katılan	237	95,2
Katılmayan	12	4,8

Öğrencilerin bilgi alt boyutu puan ortalaması $24,91 \pm 3,64$ iken, tutum alt boyut puan ortalaması $18,25 \pm 5,54$, gelecekte kullanım alt boyut puan ortalaması $38,98 \pm 5,44$ ve uygulama alt boyut puan ortalaması $14,68 \pm 4,23$ olarak saptanmıştır.

Araştırmaya katılan öğrencilerin kanıta dayalı hemşirelik konusundaki bilgi, tutum ve davranışları ölçeği alt boyutları ile bazı tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması Tablo 4'te verilmiştir. Hemşirelikle ilgili bilimsel yayın okuyan öğrencilerin gelecekte kullanım alt boyut puan ortalamasının bilimsel yayın okumayanlara göre



Şekil 1. Öğrencilerin günlük ortalama internet kullanma süreleri ve kullanım amaçları



Şekil 2. Öğrencilerin bilimsel araştırma tarama kaynakları

Tablo 3. Öğrenci hemşirelerin öğrencilerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik bilgi, tutum ve davranışları ölçeği alt boyutları puan ortalamaları (n=249)

Ölçek alt boyutları	Öğrencilerin min-maks puanları	Her bir alt boyuttan alınan ortalama puanlar (X±SD)
Bilgi alt boyutu	5-30	24,91±3,647
Tutum alt boyutu	6-36	18,25±5,544
Gelecekte kullanım alt boyutu	9-51	38,98±5,447
Uygulama alt boyutu	6-27	14,68±4,235

daha yüksek olduğu ve aralarındaki puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Mezuniyet sonrası bilimsel araştırma yapmayı isteyen öğrencilerin bilgi ve gelecekte kullanım alt boyut puan ortalamalarının mezuniyet sonrası bilimsel araştırma yapmayı istemeyen öğrencilerden anlamlı düzeyde yüksek

olduğu saptanmıştır ($p < 0,05$). Diğer yandan öğrencilerin yaş, cinsiyet, lisans eğitimi boyunca bilimsel toplantılara katılma ve lisans eğitimi boyunca bilimsel araştırmada yer alma durumları ile ölçek alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Tablo 4. Öğrencilerin kanıta dayalı hemşirelik konusundaki bilgi, tutum ve davranışları ölçeği alt boyut puan ortalamaları ile tanımlayıcı özelliklerin karşılaştırılması (n=249)

Tanımlayıcı Özellikler Ort.Q(25-75)* Min.-Max.		Bilgi Alt Boyutu	Tutum Alt Boyutu	Gelecekte Kullanım Alt Boyutu	Uygulama Alt Boyutu
		Ort.Q(25-75)* Min.-Max.	Ort.Q(25-75)* Min.-Max.	Ort.Q(25-75)* Min.-Max.	Ort.Q(25-75)* Min.-Max.
Hemşirelikle ilgili bilimsel yayın okuma durumu	Okuyan	25,00 (23,00-28,00) (16,00-30,00)	17,50 (15,00-20,00) (7,00-30,00)	41,00 (37,00-43,25) (28,00-50,00)	15,00 (12,00-17,00) (6,00-27,00)
	Okumayan	25,00 (22,00-27,00) (5,00-30,00)	19,00 (15,00-23,00) (6,00-36,00)	38,00 (35,00-41,00) (9,00-51,00)	14,00 (11,00-17,00) (6,00-27,00)
	Test, p	Z=-1,354 p=0,176	Z=-2,630 p=0,009	Z=-3,729 p=0,000	Z=-,905 p=0,365
Mezuniyet sonrası bilimsel araştırma yapmayı isteme durumu	İsteyen	25,00 (23,00-28,00) (17,00-30,00)	17,50 (14,00-21,00) (6,00-31,00)	41,00 (37,00-43,25) (28,00-50,00)	15,00 (12,00-18,00) (6,00-27,00)
	İstemeyen	24,00 (22,00-27,00) (5,00-30,00)	19,00 (16,00-22,00) (6,00-36,00)	38,00 (34,00-42,00) (9,00-51,00)	14,00 (11,00-17,00) (6,00-27,00)
	Test, p	Z=-2,418 p=0,016	Z=-1,710 p=0,087	Z=-2,982 p=0,003	Z=-1,268 p=0,205
Mezuniyet sonrası lisansüstü eğitime devam etmeyi isteme durumu	İsteyen	25,00 (23,00-28,00) (17,00-30,00)	18,00 (15,00-21,00) (7,00-36,00)	40,00 (36,00-43,00) (26,00-49,00)	14,00 (12,00-17,00) (6,00-27,00)
	İstemeyen	24,00 (21,75-27,00) (5,00-30,00)	18,00 (15,00-22,00) (6,00-33,00)	38,00 (35,00-42,00) (9,00-51,00)	15,00 (12,00-17,00) (6,00-25,00)
	Test, p	Z=-2,550 p=0,011	Z=-,498 p=0,618	Z=-2,106 p=0,035	Z=-,263 p=0,79
Bilimsel araştırma yapma süresi	60 dakikanın altı(n=196)	25,00 (22,00-28,00) (5,00-30,00)	18,00 (15,00-21,00) (6,00-36,00)	39,00 (35,00-42,00) (9,00-51,00)	14,00 (11,00-17,00) (6,00-27,00)
	60 dakika ve üstü(n=53)	25,00 (23,00-28,00) (20,00-30,00)	19,00 (15,00-22,00) (7,00-29,00)	41,00 (37,00-44,00) (27,00-48,00)	15,00 (13,00-18,00) (8,00-27,00)
	Test, p	Z=-1,166 p=0,244	Z=-,680 p=0,497	Z=-2,361 p=0,018	Z=-1,133 p=0,257
Kanıta dayalı hemşirelik kavramını bilme durumu	Bilen	26,00 (23,00-28,00) (16,00-30,00)	18,00 (14,00-21,00) (6,00-36,00)	40,00 (36,00-43,00) (24,00-51,00)	15,00 (12,00-17,00) (6,00-27,00)
	Bilmeyen	23,00 (21,00-25,00) (5,00-30,00)	20,00 (16,00-24,00) (6,00-31,00)	37,50 (33,75-40,25) (9,00-47,00)	14,00 (10,75-18,25) (6,00-27,00)
	Test, p	Z=-4,221 p=0,000	Z=-2,586 p=0,010	Z=-3,788 p=0,000	Z=-,782 p=0,434
Araştırma sonuçlarının klinikte kullanılması gerektiği düşüncesine katılma durumu	Katılan	25,00 (23,00-28,00) (16,00-30,00)	18,00 (15,00-21,00) (6,00-36,00)	40,00 (36,00-43,00) (24,00-51,00)	14,00 (12,00-17,00) (6,00-27,00)
	Katılmayan	21,00 (16,25-24,00) (5,00-26,00)	22,50 (17,75-24,75) (6,00-26,00)	35,50 (30,75-38,00) (9,00-39,00)	15,50 (11,00-18,50) (6,00-21,00)
	Test, p	Z=-3,558 p=0,000	Z=-2,163 p=0,031	Z=-3,052 p=0,002	Z=-,119 p=0,905

Z=Mann Whitney-U

Tartışma

Hemşirelik son sınıf öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hakkındaki bilgi, tutum ve davranışlarının incelendiği bu çalışmada, öğrencilerin yarısından fazlasının bilimsel bilgiyi arama ve üretmeye ilişkin ilgilerinin (bilimsel yayın okuma, bilimsel toplantıya katılma, bilimsel araştırma yapmayı isteme, bilimsel araştırmaya katılma ve lisansüstü eğitime devam etmeyi isteme durumları) orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Ülkemizde son yıllarda öğrenci hemşirelerle yapılan benzer çalışmalarda da öğrencilerin bilimsel araştırmaya ve toplantılara katılma ve meslekle ilgili bilimsel yayın okuma oranlarının düşük ve orta düzeyde olduğu bulunmuştur (5,8,16). Bu durum öğrencilerin bilimsel araştırma yapma konusundaki ilgi ve tecrübe yetersizliğinden kaynaklanmış olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin yarısının günlük yaklaşık iki saat sosyal medya amacıyla internet kullandığı, çok az bir kısmının ise (%8,08'inin) yaklaşık yarım saat günlük bilimsel araştırmalara yönelik internet kullandığı belirlenmiştir. Özer Küçük ve ark.'nın (2017) yaptığı benzer bir çalışmada öğrencilerin bilimsel bilgiye ulaşmak için internet kullanım sürelerinin günlük internet kullanım sürelerine göre düşük olduğunu belirlenmiştir (7). Bu çalışma literatürle benzerlik göstermektedir.

Bu çalışmada öğrencilerin bilimsel araştırmaları taramak için sıklıkla Google Akademik veri tabanını kullandığı belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde öğrenci hemşirelerin sıklıkla tercih ettiği bilimsel bilgi kaynağının benzer şekilde Google Akademik olduğu görülmektedir(7,16,17,19,22,23). Öğrenci İngilizce anahtar kelimeleri kullanarak pubmed veri tabanını en az kullanmaları ise öğrencilerin yabancı dil becerilerinin azlığı ve literatür tarama konusunda veri tabanı kullanımı konusundaki bilgi düzeylerinin düşük olmasına bağlanabilir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin ölçek alt boyutlarından bilgi ve gelecekte kullanım alt boyut puan ortalamalarının yüksek, tutum ve uygulama alt boyut puan ortalamalarının ise orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik konusundaki

tutumlarının incelendiği çalışmalarda bu çalışma sonuçlarıyla paralel şekilde öğrencilerin tutum puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir(5,26). Ancak bazı çalışmalarda ise hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik konusundaki tutum puan ortalamalarının yüksek düzeyde olduğu görülmektedir(8,15). Bu farklılığın öğrencilerin kanıta dayalı hemşirelik konusundaki bilgi ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının klinikte kullanımı konusundaki deneyim ve eksikliğinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Bunun yanı sıra Norveç'te hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, kanıta dayalı uygulamalar eğitimi sonucunda öğrencilerin daha yüksek motivasyon ve daha olumlu bir tutuma sahip oldukları, ancak daha düşük bilgi düzeyinde oldukları belirlenmiştir(24). Lisans hemşirelik öğrencileri ile yapılan deneysel bir çalışmada ise hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı uygulamalar hakkındaki bilgilerinin artmasının onların kanıta dayalı uygulamalar konusundaki öz yeterlilik ve kanıt kullanım düzeylerini artırdığı belirlenmiştir (25). Hemşirelik öğrencilerinde kanıta dayalı uygulamalar konusundaki yeterliliklerinin artması için bilgi ve uygulamaya dönük bir eğitim yararlı olacağı düşünülmektedir. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan çalışmalar kanıta dayalı uygulamalar konusundaki eğitimlerin tek başına bilgi düzeyini artırmadığı, bilginin kanıta dayalı uygulamaya dönüşmesi için öğrencilerin farklı öğretim yöntemleri ile farkındalıklarının artırılarak daha fazla uygulamaya katılması gerektiğini düşündürmektedir.

Araştırmaya alınan öğrencilerde ölçek bilgi alt boyutu ile mezuniyet sonrası bilimsel araştırma yapmayı isteme, lisansüstü eğitime devam etmeyi isteme, kanıta dayalı hemşirelik kavramını bilme ve araştırma sonuçlarının klinikte kullanılması gerektiği düşüncesine katılma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik konusundaki bilgileri ne kadar yüksekse mezuniyet sonrası kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına o düzeyde önem verdikleri ve lisansüstü eğitim programlarına dahil olarak alanda etkinliklerini artırmak istedikleri söylenebilir.

Ölçek tutum alt boyutu ile hemşirelikle ilgili bilimsel yayın okuma, kanıta dayalı hemşirelik

kavramını bilme ve araştırma sonuçlarının klinikte kullanılması gerektiği düşüncesine katılma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Bu çalışma sonuçlarına benzer olarak literatürde hemşirelikle ilgili bilimsel toplantılara katılma, kanıta dayalı uygulama bilgisine sahip olma, hemşirelikle ilgili bilimsel yayınları okuma durumunun öğrencilerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarını olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (1,8,27). Hemşirelik öğrencilerine lisans eğitimleri sırasında kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hakkında kazandırılan olumlu tutumun hem öğrenciyken hem de mezuniyet sonrası meslek hayatında kanıta dayalı hemşirelik konusunda daha yüksek farkındalığa sahip olmasına neden olabileceği söylenebilir.

Gelecekte kullanım alt boyutu ile hemşirelikle ilgili bilimsel yayın okuma, mezuniyet sonrası bilimsel araştırma yapmayı isteme, mezuniyet sonrası lisansüstü eğitime devam etmeyi isteme durumu, interneti bilimsel araştırma yapma amacıyla kullanma, kanıta dayalı hemşirelik kavramını bilme ve araştırma sonuçlarının klinikte kullanılması gerektiği düşüncesine katılma durumları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları hakkındaki bilgi ve tutumla bağlantılı olarak gelecekte kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını kullanmak isteme düzeyinin yakın bir ilişkide bulunduğu söylenebilir. Bu durumdan yola çıkarak hemşirelik öğrencilerinde kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarının gelecekte kullanımını artırabilmek adına bilimsel yayın okuma ve lisansüstü eğitime devam etmeye teşvik edilmeleri gerekliliğini düşündürmektedir.

Sonuç

Bu araştırma sonucunda, hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik konusundaki bilgilerinin yüksek, tutum ve uygulamalarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara dayanarak öğrenci hemşirelerin kanıta dayalı hemşirelik konusunda lisans eğitimleri süresince daha fazla bilgilendirilmeleri ve en iyi kanıtı bulma ve uygulamaya aktarabilmeleri için yeterliliklerinin artırılması, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarını artırmak için geleneksel öğretim tekniklerinin yerine klinik araştırma projelerine katılmaları ve bu uygulamalarda kanıta dayalı bilgiyi kullanım şeklinde yenilikçi yöntemlerin kullanımı önerilebilir. Ayrıca kanıta dayalı uygulamalar

konusundaki tutum ve uygulamalarını engelleyen faktörlerin araştırılması için hemşirelik öğrencileri ile farklı çalışmaların yapılması önerilebilir.

İletişim: Arş. Gör. Seda Akutay

E-Posta: sedaakutay@erciyes.edu.tr

Kaynaklar

1. Yılmaz D, Düzgün F, Dikmen Y. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. ACU Sağlık Bilim Derg. 2019;10(4):713–9.
2. Güneş Ü. Hemşirelik Kanıta Dayalı Uygulama Sürecinin Adımları. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Derg. 2017;(9):171–87.
3. Karayağız Muslu G, Baybek H, Tozak Yıldız H, Kıvrak A. Öğrencilerin Kanıta Dayalı Hemşirelik Konusundaki Bilgi, Tutum ve Davranışları Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Derg. 2015;2(3):1–16.
4. Ayhan Y, Kocaman G, Bektaş M. " Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği " nin Türkçe ' ye Uyarlanması : Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derg. 2015;17(2–3):21–35.
5. Ulaş Karaahmetoğlu G, Kaçan Softa H. Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg. 2018;21(4):256–63.
6. Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik Yönetmeliği. Resmi Gazete. 2010;
7. Özer Küçük E, Çakmak S, Kapucu S, Koç M, Kahveci R. Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıta Dayalı Hemşirelik Uygulamalarına İlişkin Farkındalıklarının Belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Derg. 2017;4(2):1–12.
8. Taş Aslan F, Çelen R. Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Derg. 2018;27(2):99–106.
9. Rojjanasrirat W, Rice J. Evidence-Based Practice Knowledge, Attitudes and Practice of Online Graduate Nursing Students. Nurse Educ Today [Internet]. 2017;53:48–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.04.005>
10. Iradukunda F, Mayers PM. Rwandan nursing students' knowledge, attitudes and application of evidence-based practice. Curationis. 2020;43(1):1–7.
11. Belowska J, Panczyk M, Zarzeka A, Gotlib J. Knowledge and attitudes of nursing students towards evidence-based medicine and evidence-based nursing practice. Pol J Public Heal. 2015;125(4):201–4.
12. Zhou F, Hao Y, Guo H, Liu H. Attitude , Knowledge

- ,and Practice on Evidence-Based Nursing among Registered Nurses in Traditional Chinese Medicine Hospitals : A Multiple Center Cross-Sectional Survey in China. *Evidence-based Complement Altern Med*. 2016;1–8.
13. Ritchie KC, Snelgrove-clark E, Lynn A. The 23-item Evidence Based Practice-Knowledge Attitudes and Practices (23-item EBP-KAP) Survey : Initial Validation among Health Professional Students. *Heal Prof Educ [Internet]*. 2019;5:152–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hpe.2018.09.004>
14. Brown CE, Chae S, Stichler JF, Fields W. Predictors of knowledge , attitudes, use and future use of evidence-based practice among baccalaureate nursing students at two universities. *Nurse Educ Today [Internet]*. 2010;30:521–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2009.10.021>
15. Başdaş Ö, Özbey H. Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının Belirlenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg*. 2020;17:32–7.
16. Evcimen H, İşcan Ayyıldız N. Hemşirelik Öğrencilerinin Kanıta Dayalı Hemşireliğe İlişkin Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi. *SDÜ Sağlık Bilim Derg*. 2019;10(2):141–6.
17. Baltacı N, Tülek Deniz H. Öğrencilerin Araştırmaya Yönelik Kaygıları, Bilişim Teknolojilerinden Yararlanma Durumları ve Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumlarının İncelenmesi. *Samsun Sağlık Bilim Derg*. 2019;4(2):60–8.
18. Erişen MA, Yeşildal M, Akman Dömbekci H. Hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi. *Uluslararası Sos ve Beşeri Bilim Araştırma Derg*. 2019;6(44):3682–9.
19. Kurt E, Zaybak A. Hemşirelik öğrencilerinin kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ilişkin farkındalıklarının incelenmesi. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Derg*. 2019;16(4):276–81.
20. Yılmaz M, Gürler H. Hemşirelerin Kanıta Dayalı Uygulamaya İlişkin Görüşleri. *Florence Nightingale Hemşirelik Derg*. 2017;25(1):1–12.
21. Camargo FC, Iwamoto HH, Galvão CM, Pereira G de A, Andrade RB, Masso GC. Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: an integrative review. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(4):2030–8.
22. Wahoush O, Banfield L. Information literacy during entry to practice: Information-seeking behaviors in student nurses and recent nurse graduates. *Nurse Educ Today*. 2014;34:208–13.
23. Brown CE, Kim SC, Stichler JF, Fields W. Predictors of knowledge, attitudes, use and future use of evidence-based practice among baccalaureate nursing students at two universities. *Nurse Educ Today [Internet]*. 2010;30(6):521–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2009.10.021>
24. André B, Aune AG, Brænd JA. Embedding evidence-based practice among nursing undergraduates : Results from a pilot study. *Nurse Educ Pract*. 2016;18:30–5.
25. Oh EG, Yang YL. Evidence-based nursing education for undergraduate students: A preliminary experimental study. *Nurse Educ Pract [Internet]*. 2019;38:45–51. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.05.010>
26. Kes D, Öztürk Şahin Ö. Hemşirelik öğrencilerinin bilimsel araştırma yapmaya yönelik kaygı ve tutumlarının belirlenmesi. *Online Türk Sağlık Bilim Derg*. 2019;4(1):68–78.
27. Cruz JP, Colet PC, Alquwez N, Alqubeilat H, Bashtawi MA, Ahmed EA, et al. Evidence-Based Practice Beliefs and Implementation among the Nursing Bridge Program Students of a Saudi University. *Int J Health Sci (Qassim)*. 2016;10(3):405–14.

Öz

Amaç: Araştırma annelerin emzirmeyi sonlandırma yöntemleri ve sonlandırma kararlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki araştırma, Konya'da iki Aile Sağlığı Merkezi'nde 268 anne ile yapılmıştır. Veriler anket formu kullanılarak yüz yüze toplanmıştır. Verilerin analizinde ki-kare, sayı, yüzde, ortanca, minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri kullanılmıştır.

Bulgular: Annelerin emzirme süresinin ortalama $17,39 \pm 7,24$ ay olduğu, %13,1'inin ilk altı ayda emzirmeyi sonlandığı ve %39,2'sinin geleneksel yöntemler kullandığı belirlenmiştir. Geleneksel yöntemlerle emzirmeyi sonlandırmada annelerin en sık memeye siyah boya sürme (%41,8), biberonla ek besin verme (%30,5) ve memeyi bant ile bantlama (%23,8) uygulamalarını kullandıkları belirlenmiştir. Katılımcıların (%86,2) ilk 15 gün içerisinde emzirmeyi sonlandırmada başarılı olduğu saptanmıştır. Uzun süre yaşanan yer, çocuğun yaşı ve emzirmeyi sonlandırmada zorlanma ile geleneksel yöntem kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Emzirmeyi sonlandırmaya karar vermelerinde bebeğin ek gıdalarla beslenmeye alışması (%50,0), iki yaşına gelmesi (%42,9) ve gece/gündüz çok sık emmesine bağlı annede yorgunluk oluşturmalarının (%39,9) önemli olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin emzirmeyi sonlandırma konusunda annelere bilgi ve eğitim vermeleri, destek ve danışmanlık yapmaları önerilmektedir.

Anahtar sözcükler: Anneler, Emzirme, Hemşirelik, Karar verme, Yöntemler

Abstract

Objective: The research was conducted to determine the methods of mothers to terminate breastfeeding and the factors affecting their decision to terminate.

Method: The descriptive study was conducted with 268 mothers in two Family Health Centers in Konya. Data were collected face to face using a questionnaire. Chi-square, number, percentage, median, minimum, maximum, mean and standard deviation values were used in the analysis of the data.

Results: It was determined that the average duration of breastfeeding of mothers was 17.39 ± 7.24 months, 13.1% of them stopped breastfeeding in the first six months and 39.2% of them used traditional methods. It was determined that mothers most frequently used black paint (41.8%), feeding with a bottle (30.5%) and taping the breast with tape (23.8%) to terminate breastfeeding with traditional methods. It was determined that the participants (86.2%) were successful in terminating breastfeeding within the first 15 days. It has been determined that there is a significant relationship between the place of residence for a long time, the age of the child, and the difficulty in terminating breastfeeding and the use of traditional methods. It was determined that the baby's getting used to feeding with complementary foods (50.0%), reaching the age of two (42.9%) and the mother's fatigue (39.9%) due to frequent breastfeeding during the day and night were important in deciding to terminate breastfeeding.

Conclusion: It is recommended that nurses working in primary health care services provide information, training, support and counseling to mothers about terminating breastfeeding.

Key words: Mothers, Breastfeeding, Nursing, Decision making, Methods

¹ Hemşire, Konya Şehir Hastanesi (0000-0002-9816-3689)

² Dr. Öğr. Üyesi, Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (0000-0002-3923-2197)

Giriş

Anne sütü doğumdan sonra ilk altı ay boyunca bebeğin temel gereksinimlerini tek başına karşılayan; sindirimi kolay, taze, temiz ve bebek için en kaliteli besindir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) bebeklerin doğum sonrası altıncı aya kadar sadece anne sütü, sonrasında ise ek besinlerle birlikte en az 24 ay anne sütü ile beslenmesini tavsiye etmektedir (2,3). Bebek için en iyi beslenme şekli olan emzirmenin anne, bebek, aile ve toplum sağlığına yönelik önemli faydaları bulunmaktadır. Emzirme süresinin anne ve bebek/çocuk sağlığı üzerindeki olumlu etkileri bilinmesine rağmen emzirilen çocukların oranının çok düşük olduğu bilinmektedir (4). Gelişmekte olan ülkelerde altı aydan küçük bebeklerin %39'u sadece anne sütü alırken, az gelişmiş ülkelerde bu oran %20'lere kadar düşmektedir. Dünyada ilk altı ay sadece anne sütü ile besleme oranının %38 olduğu belirtilmektedir (2,3). Ülkemizde çocukların %98'i emzirilmekte, %41'i ilk altı ay yalnızca anne sütü ile beslenmekte, bir yıl boyunca emzirilme oranı %66 iken ikinci yılda bu oran %34'e düşmektedir (5). Dünyada olduğu gibi ülkemizde de anne sütü ile beslenme oranlarının istenilen düzeylerde olmadığı emzirmenin erken dönemde ve uygun olmayan yöntemlerle sonlandırılarak hem anne hem bebek/çocuk sağlığının olumsuz etkilendiği belirtilmektedir (5).

Emzirmenin sonlandırılması anne ve bebek için zor verilen bir karar ancak kaçınılmaz bir aşamadır. Bu aşama bebek için anneden ilk ayrılma deneyimidir (6). Anneler genellikle emzirmeye iyi niyetlerle başlasalar da emzirme sürecinde zorluklarla karşılaşabilmekte, duygularının karışık olduğu bir zamanda sonlandırma kararı alabilmektedir (6,7). Bu nedenle annenin emzirmeyi sonlandırmaya karar vermesinde etkili olan faktörlerin bilinmesi, erken dönemde sonlandırmanın önüne geçilmesi, sonlandırma kararının doğru bir şekilde verilmesi, kullanılan yöntemin de anne ve bebek yönünden olumsuz etkiler içermemesi önemlidir (8).

Emzirmenin sonlandırılması; çocuk beslenmesinde ek gıdaların verilmesi ve emzirme ile ek gıdaların alımının kademeli olarak yer değiştirmesi olarak tanımlanmaktadır (9). Günümüzde emzirmeyi sonlandırma sürecinde adım adım azaltma, bir

anda sonlandırma ve geleneksel yöntemler kullanılmaktadır. Emzirmeyi adım adım azaltarak sonlandırma yöntemi; bebeğin günlük emme davranışından herhangi birine ilgisini kaybetmesi ile o emzirme öğününün atlanması, yerine bebeğin yaşına bağlı olarak biberon verilmesi ya da başka bir yiyecek sunulması şeklinde uygulanmaktadır.

Emzirmeyi bir anda sonlandırma yöntemi genellikle annenin kararına, bebeğin anne memesini reddine ya da emzirmeye engel bir durumun gelişmesine bağlı olarak emzirmenin aniden sonlandırılmasıdır. Geleneksel yöntemlerle sonlandırma ise en az bir yaş ve üzeri olan, farklı besinler de tüketmekte olan çocuklarda çoğunlukla anne memesinin tadı ya da görüntüsünün değiştirilerek çocuğu memeden vazgeçirmek, bebeği anneden ayırarak başka bir yere göndermek şeklinde olmaktadır (10). Yapılan çalışmalarda annelerin emzirmeyi sonlandırmak için biberonla ek besin verme, su ve meyve suyuyla oyalama, memeye salça sürme, saç koyma, siyah boya sürme, bebeği ayrı eve gönderme gibi geleneksel yöntemleri uyguladıkları bilinmektedir (9,10,11). Anneler geleneksel yöntemler kullanarak emzirmeyi hızlı bir şekilde sonlandırmayı düşünmektedir. Ancak anne ile bebek arasında önemli bir bağ olan emzirmenin bebeğin/çocuğun fiziksel, zihinsel ve duygusal açıdan hazır olmadığı bir dönemde aniden sonlandırılması çocuğun cezalandırıldığı hissini yaşamasına, içine kapanmasına, saldırgan ve öfkeli davranışlar göstermesine neden olmaktadır. Çocukta gözlenen bu değişikliklere bağlı olarak da annelerde suçluluk ve yetersizlik hissi, memede ağrı, mastit gibi çeşitli problemler ortaya çıkmaktadır. Anne-bebek ayrılığı açısından emzirmenin aşamalı ve doğal bir şekilde sonlandırılması ve annelerin hemşireler tarafından bu konuda desteklenmeleri önem kazanmaktadır (1).

Emzirmeyi sonlandırma kararı diğer beslenme davranışları gibi yaşamın birçok yönüne dayanmakta ve bu karar birçok faktörden etkilenmektedir. Emzirme kararı doğumdan önce verilmesine rağmen sonlandırma kararı zamansız ve plansız olabilmektedir (12). Yapılan çalışmalarda annelerin bu kritik kararı verme davranışlarında sosyodemografik, sağlık, hastalık, çevresel, kültürel ve çocuğa ilişkin özelliklerin

etkili olduğu gösterilmiştir (10,12-16).

Doğum öncesi dönemden başlanarak emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi ve sonlandırılması aşamalarında rol alan hemşireler tarafından annelerin emzirmeye ilişkin motivasyon düzeylerini artırmaya yönelik planlanan eğitim ve danışmanlık hizmetleri ile başarılı bir emzirme süreci ve sonlandırma yaklaşımına yönlendirilmeleri sağlanmaktadır (17, 18). Yapılan danışmanlık ve eğitimler annelerin emzirme süresi, zamanı ve emzirmeyi sonlandırma konusunda uygun kararlar alabilmesini sağlamaktadır (9). Literatürde annelerin emzirmeyi sonlandırmaya karar vermelerini etkileyen faktörlerle, emzirmeyi sonlandırma sürelerinin ne kadar sürdüğü ve bu süreçte zorlanmalarıyla ilgili kapsamlı bir araştırmaya rastlanamamıştır. Bu çalışma iki-beş yaş arasında çocuğu olan annelerin emzirmeyi sonlandırma sürecinde kullandıkları yöntemleri ve emzirmeyi sonlandırma kararlarını etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırma soruları

1. Annelerin emzirmeyi sonlandırma sürecinde kullandıkları yöntemler nelerdir?
2. Annelerin emzirmeyi sonlandırma sürecinde kullandıkları yöntemler sosyodemografik ve çocuğa ilişkin özelliklere göre değişmekte midir?
3. Annelerin emzirmeyi sonlandırma sürecine karar vermelerini etkileyen faktörler nelerdir?

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Türü, Yapıldığı Yer ve Özellikleri:

Tanımlayıcı türde yapılan bu çalışma Konya merkez ilçesinde bulunan iki Aile Sağlığı Merkezi'nde (ASM) Mart-Haziran 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Her iki ASM de şehir merkezinde bulunmakta ve bu ASM'lere sosyoekonomik düzeyleri benzer bireyler başvurmaktadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; araştırmanın yapıldığı tarihlerde belirlenen ASM'lere başvuran, iki-beş yaş arasında çocuğu olan emzirmeyi sonlandırma deneyimi yaşamış anneler oluşturmaktadır. Araştırmanın yapıldığı tarihlerde iki-beş yaş arasında çocuğu olan, en az bir kez emzirmeyi sonlandırma deneyimi yaşayan, iletişim ve dil sorunu olmayan, çalışmaya katılmayı kabul

eden ve belirtilen tarihlerde ASM'lere başvuran anneler örnekleme oluşturmaktadır. Araştırmaya katılan anneler gelişigüzel örnekleme yöntemi ile belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde "bir toplumdaki oranın belirli bir doğrulukla tahmininde" önerilen DSÖ'nün tablosu kullanılmıştır (Sample size to estimate P to within d absolute persente-age points with %90 confidence- örneklem tahmini ve olayın görülüş sıklığı dikkate alınarak) (19). Toplumda belli bir olayın görülüş sıklığına yönelik Gürarslan Baş ve ark.'nın (2018) çalışmasında annelerin %56,4'ünün emzirmeyi sonlandırmada geleneksel yöntem kullandığının belirlendiği oran kullanılmıştır (11). Tabloda bu oran dikkate alınarak, %95 güven aralığı, 0,05 yanılma payı ve %56,4 yaygınlıkla örnek büyüklüğü 268 olarak belirlenmiştir.

Veri Toplama Araçları ve Tekniği

Veri toplamada literatür doğrultusunda (1,8,9,10,11,20,21) araştırmacılar tarafından geliştirilen bir anket formu kullanılmıştır. Bu formda; annelerin sosyodemografik özellikleriyle, çocuğa ve emzirmeyi sonlandırma yöntemlerine ilişkin özellikler ve emzirmeyi sonlandırmaya karar vermeyi etkileyen faktörlere yönelik sorular yer almaktadır. Veriler ASM'lerde yüz yüze veri toplama tekniği ile yaklaşık 10 dakikada toplanmıştır.

Verilerin Analizi

Verilerin analizi SPSS Statistics 25.0 paket programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler; sayı, yüzde, ortanca, minimum-maksimum değer, ortalama ve standart sapma ile değerlendirilmiştir. Önemlilik testi olarak ki-kare testi kullanılmıştır. Sonuçlar $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak önemli kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Verilerin toplanabilmesi için Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 07.07.2020 tarih ve 2020/17 sayılı etik kurul izni alınmıştır. Ayrıca çalışmaya katılan annelere araştırmaya yönelik bilgi verilmiştir.

Bulgular

Annelerin emzirmeyi sonlandırma sürecinde kullandıkları yöntemleri ve emzirmeyi sonlandırma sürecine karar vermelerini etkileyen faktörleri

Tablo 1. Annelerin sosyodemografik, sağlık ve çocuklarının özelliklerine göre dağılımı (Konya, 2020).

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş (yıl)		
21-25	29	10,8
26-30	97	36,2
31-35	77	28,7
36-40	49	18,3
41-45	16	6,0
Ort±SD= 31,64 ± 5,19, Ortanca= 31, Min=21, Max=44		
Eğitim durumu		
İlkokul	41	15,3
Ortaokul	48	17,9
Lise	53	19,8
Lisans/lisansüstü	126	47,0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	86	32,1
Çalışmıyor	182	67,9
Aile Tipi		
Çekirdek aile	230	85,8
Geniş aile	38	14,2
En uzun yaşanılan yer		
Köy	30	11,2
İlçe	52	19,4
İl	186	69,4
Kendi beyanına göre gelir düzeyi		
Kötü	7	2,6
Orta	168	62,7
İyi	93	34,7
Çocuk sayısı		
1	82	30,6
2	123	45,9
3 ve üzeri	63	23,5
Ort±SD= 1,92±0,73, Ortanca=2, Min=1, Max=3		
Çocuğun doğum şekli		
Vajinal doğum	118	44,0
Sezaryen doğum	150	56,0
Çocuğun gebelik haftası		
Preterm (37. haftadan önce)	26	9,7
Term (37. hafta ve sonrası)	242	90,3
Emzirme süresi (ay)		
0-6 ay	33	12,3
7-12 ay	33	12,3
13-18 ay	72	26,9
19-24 ay	102	38,1
25 ay ve üzeri	28	10,4
Ort±SD= 17,39±7,24, Ortanca=18, Min=2, Max=36		
Ek gıdaya başlama zamanı		
6. aydan önce	58	21,6
6. ayda	98	36,6
6. aydan sonra	112	41,8
Annelerin ideal emzirme süresi ile ilgili düşüncesi		
6 ay	18	6,7
12 ay	28	10,5
24 ay	222	82,8
Toplam	268	100,0

*Ort±SD= Ortalama±Standart Sapma, Min= Minimum, Max= Maksimum

Tablo 2. Annelerin emzirmeyi sonlandırma yöntemleri ve emzirmeyi sonlandırma sürecine ilişkin bazı özelliklerinin dağılımı (Konya, 2020)

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Emzirmeyi sonlandırma yöntemleri (n=268)		
Adım adım azaltarak	90	33,6
Bir anda	73	27,2
Geleneksel yöntemler	105	39,2
Geleneksel yöntemler (n=105)*		
Memeye siyah boya sürmek	43	41,0
Biberonla ek besin vermek	32	30,5
Memeyi bant ile bantlamak	25	23,8
Su ve meyve suları ile oyalamak	23	21,9
Memeye salça sürmek	20	19,0
Memeye biber sürmek	17	16,1
Memeye saç koyma ve sakız yapıştırma	12	11,4
Çocuktan ayrı yatmak	12	11,4
Memeye vazelin sürmek	5	4,8
Memeye sirke ve kolonya sürme	5	4,8
Memeye ruj sürmek	4	3,8
Memeye bal ve tuz sürmek	3	2,9
Memeye katran sürme	3	2,9
Çocuğu başka eve göndermek	3	2,9
Emzirme sonlandırıldığında çocuğun yaşı		
0-6 ay	35	13,1
7-12 ay	36	13,4
13-18 ay	72	26,9
19-24 ay	102	38,1
25 ay ve üzeri	23	8,6
Emzirmeyi sonlandırmayı başarma süresi		
1-15 gün	231	86,2
16-30 gün	29	10,8
31 gün ve üzeri	8	3,0
Emzirmeyi sonlandırmada zorlanma durumu		
Evet	102	38,1
Hayır	166	61,9
Emzirmeyi sonlandırma sürecinde bilgi/eğitim alma durumu		
Evet	189	70,5
Hayır	79	29,5
Bilgi ve eğitim kaynakları*		
Anne/kayınvalide	102	38,1
Bilgisayar/internet	79	29,5
Sağlık çalışanları	70	26,1
Komşu/arkadaş	49	18,3
Akrabalar	41	15,3
Kitap/dergi	40	14,9
Televizyon/gazete	13	4,9

* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

belirlemek amacıyla yapılan çalışmada elde edilen bulgular aşağıda belirtilmiştir.

Araştırmaya katılan annelerin %36,2'si 26-30 yaş grubunda ve yaş ortalaması $31,64 \pm 5,19$ yıldır. Katılımcıların %47,0'inin eğitim düzeyi lisans/lisansüstü, %85,8'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu, kendi beyanlarına göre %62,7'sinin gelir düzeyinin orta olduğu, %69,4'ünün en uzun ilde yaşadığı ve %67,9'unun herhangi bir gelir getiren işte çalışmadığı belirlenmiştir. Annelerin %45,9'unun iki çocuğa sahip olduğu, %56,0'ının sezaryen doğum yaptığı ve %90,3'ünün 37. gebelik haftasından sonra doğum yaptığı saptanmıştır. Annelerin bebeklerini ortalama $17,39 \pm 7,24$ ay emzirdiği belirlenmiştir. Kadınların %21,6'sı çocuğuna ek gıda vermeye altıncı aydan önce, %36,6'sı tam altıncı ayda başlamışken %41,8'i de altıncı aydan sonra başlamıştır. Annelerin %82,8'i ideal emzirme süresinin 24 ay olması gerektiğini belirtmiştir (Tablo 1).

Araştırma kapsamındaki annelerin %33,6'sının adım adım azaltarak, %27,2'sinin bir anda ve %39,2'sinin geleneksel yöntemler ile emzirmeyi sonlandırdıkları belirlenmiştir. Annelerin emzirmeyi sonlandırma sürecinde en sık kullandıkları geleneksel yöntemler

incelendiğinde sırasıyla %41,0'ının memeye siyah boya sürme, %30,5'inin biberonla ek besin verme ve %23,8'inin memeyi bant ile bantlama uygulamalarını kullandığı saptanmıştır. Katılımcıların çocuklarını emzirme süresi ortalaması $17,39 \pm 7,24$ ay olup %13,1'i ilk altı ayda, %78,4'ü 7-24. aylar arasında, %8,6'sı 25. ay ve sonrasında emzirmeyi sonlandırmıştır. Annelerin %86,2'si emzirmeyi sonlandırmaya başlama ve bitirme sürelerinin 1-15 gün arasında olduğunu belirtmiştir. Kadınların %38,1'i emzirmeyi sonlandırırken zorlandığını ve %70,5'i emzirmeyi sonlandırma süreci hakkında bilgi aldığını ifade etmiştir. Annelerin emzirmeyi sonlandırma süreci ile ilgili bilgi ve eğitim kaynaklarının en fazla anne/kayınvalide (%38,1), bilgisayar/internet (%29,5) ve sağlık çalışanı (%26,1) aracılığıyla olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Araştırmada annelerin en uzun yaşadıkları yer, emzirmeyi sonlandırdığında çocuğun yaşı ve emzirmeyi sonlandırmada zorlanma durumu ile emzirmeyi sonlandırma sürecinde kullandıkları yöntemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0,05$). Uzun süredir ilde yaşayan annelerin emzirmeyi sonlandırırken daha fazla geleneksel yöntem (%41,9) kullandığı, emzirmenin sonlandırıldığı andaki çocuğun yaşı

Tablo 3. Annelerin emzirmeyi sonlandırmada kullandıkları yöntemlerin bazı özelliklerine göre dağılımı (Konya, 2020).

Özellikler (n=268)	Adım adım sonlandırma yöntemi (n/%)	Bir anda sonlandırma yöntemi (n/%)	Geleneksel yöntem (n/%)	Önemlilik testi (n/%)
Yaş (yıl)				
21-32*	64(38,1)	42(25,0)	62(36,9)	$X^2=4,154$
33-44	26(26,0)	31(31,0)	43(43,0)	$p=0,125$
Eğitim durumu				
İlkokul	12(29,3)	16(39,0)	13(31,7)	
Ortaokul	15(31,3)	10(20,8)	23(47,9)	$X^2=7,578$
Lise	15(28,3)	18(34,0)	20(37,7)	$p=0,271$
Lisans/lisansüstü	48(38,1)	29(23,0)	49(38,9)	
Çalışma durumu				
Çalışıyor	26(30,2)	25(29,1)	35(40,7)	$X^2=0,653$
Çalışmıyor	64(35,2)	48(26,4)	70(38,5)	$p=0,721$
Aile tipi				
Çekirdek aile	80(34,8)	61(26,5)	89(38,7)	$X^2=1,099$
Geniş aile	10(26,3)	12(31,6)	16(42,1)	$p=0,577$
En uzun yaşanılan yer				
Köy	11(36,7)	13(43,3)	6(20,0)	$X^2=13,205$
İlçe	24(46,2)	7(13,5)	21(40,4)	$p=0,010$
İl	55(29,6)	53(28,5)	78(41,9)	

Kendi beyanına göre gelir düzeyi				
Kötü-Orta	55(31,4)	52(29,7)	68(38,9)	$X^2=1,844$
İyi	35(37,6)	21(22,6)	37(39,8)	$p=0,398$
Çocuk sayısı				
1	33(40,2)	21(25,6)	28(34,1)	$X^2=5,060$
2	35(28,5)	39(31,7)	49(39,8)	$p=0,281$
3 ve üzeri	22(34,9)	13(20,6)	28(44,4)	
Ek gıdaya başlama zamanı				
6. aydan önce	21(36,2)	15(25,9)	22(37,9)	$X^2=0,393$
6. ayda	32(32,7)	26(26,5)	40(40,8)	$p=0,983$
6. aydan sonra	37(33,0)	32(28,6)	43(38,4)	
Emzirme sonlandırıldığında çocuğun yaşı (emzirme süresi)				
0-6 ay	7(21,2)	21(63,6)	5(15,2)	
7-12 ay	14(42,4)	11(33,3)	8(24,2)	$X^2=37,056$
13-18 ay	30(41,7)	16(22,2)	26(36,1)	$p<0,001$
19-24 ay	33(32,4)	18(17,6)	51(50,0)	
25 ay ve üzeri	6(21,4)	7(25,0)	15(53,6)	
Emzirmeyi sonlandırmada zorlanma durumu				
Evet	29(28,4)	17(16,7)	56(54,9)	$X^2=18,449$
Hayır	61(36,7)	56(33,7)	49(29,5)	$p<0,001$
*Yaş ortalaması temel alınarak, "ortalama ve altı", "ortalamanın üstü" şeklinde gruplandırılmıştır.				

Tablo 4. Annelerin emzirmeyi sonlandırmaya karar vermelerini etkileyen faktörlerinin dağılımı (Konya, 2020)

Etkileyen Faktörler (n=268)	Evet (n/%)
Bebeğin ek gıdalarla beslenmeye alışması (kendi kendine beslenmesi)	134(50,0)
Bebeğin 2 yaşına gelmesi	115(42,9)
Bebeğin gece/gündüz çok sık emmesi ve annede yorgunluk oluşturması	107(39,9)
Sütünün yetersiz olduğu düşüncesi	94(35,1)
Bebeğin bağımsızlığını kazanmasını istemek	93(34,7)
Bebeğin biberonla süt içmeye emzik emmeye başlaması	60(22,4)
Bebeğin eskisi kadar emmek istememesi	57(21,3)
Annenin kilo isteğiyle beslenme değişikliği yapmak istemesi	49(18,3)
Bebeğin memeyi reddetmesi	45(16,8)
Annenin sosyal yaşantısında daha özgür olmak istemesi	43(16,0)
Sağlık personeli önerisi	36(13,4)
Çalışıyor olmak	36(13,4)
Diğer çocuklarının emzirme süresi ile eşit olmasını istemek	31(11,6)
Herhangi bir hastalık gelişmesi ya da ilaç kullanılması	28(10,4)
Annenin yeniden hamile (gebe) olması	28(10,4)
Annenin cinsel yaşamını olumsuz etkilemesi	19(7,1)
Emzirmeyi sonlandırma ile ilgili akraba ve çevre baskısı	15(5,6)
* Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.	

arttıkça geleneksel yöntem kullanımının arttığı ve geleneksel yöntem kullananların emzirmeyi sonlandırmada daha çok zorlandığı (%54,9) belirlenmiştir.

Annenin yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, aile tipi, gelir düzeyi, çocuk sayısı, çocuğun doğum şekli, çocuğun gebelik haftası, ek gıdaya başlama zamanı ve annelerin çocuklarının ideal emzirme süresi ile ilgili ifadesi ile annelerin emzirmeyi sonlandırma sürecinde kullandıkları yöntemler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 3). ($p>0,05$)

Araştırmacı tarafından annelere yöneltilen sorular doğrultusunda annelerin emzirmeyi sonlandırmaya karar verme nedenlerinde en fazla bebeğin ek gıdalarla beslenmeye alışması (%50,0), bebeğin iki yaşına gelmesi (%42,9), bebeğin gece/gündüz çok sık emmesine bağlı annede yorgunluk oluşturmaması (%39,9) ve annenin sütünün yetersiz olduğu düşüncesi (%35,1) etkili olurken en az emzirmeyi sonlandırma ile ilgili akraba ve çevre baskısının (%5,6) etkili olduğu saptanmıştır (Tablo 4).

Tartışma

Annelerin emzirme süresinin ortalama $17,39 \pm 7,24$ ay olduğu bu araştırmada, bebekleri için ideal emzirme süresi hakkında yeterli bilgiye sahip olmalarına (%82,8) rağmen annelerin %13,1'inin bebekleri altı aydan küçükken emzirmeyi sonlandığı saptanmıştır. Yapılan iki çalışmada annelerin %9,4 ve %22,1'inin ilk altı ay içinde emzirmeyi sonlandığı saptanmıştır (1,10). Türkiye'de ortalama emzirme süresinin 16,7 ay olduğu belirlenmiştir (10). Çalışma bulgularımız literatür ile benzer görünmektedir.

Araştırmamızda annelerin %39,2'sinin geleneksel yöntemleri kullandıkları ve eğitim durumu yüksek, çalışan, uzun süredir ilde yaşayan ve birden fazla çocuğu olan annelerin çoğunluğunun geleneksel yöntemleri tercih ettikleri görülmektedir. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde annelerin %16,3 ile %71,2 arasında farklı oranlarda emzirmeyi sonlandırırken geleneksel yöntemleri kullandıkları belirtilmiştir (1,9,10,11). Araştırmaya katılan annelerin %38,1'inin yöntemleri kullanırken zorlandığı ve en fazla geleneksel yöntemleri (%54,9) kullanırken zorlandıkları belirlenmiştir. Ayrıca annelerin %86,2'sinin ilk 15 günde emzirmeyi sonlandırmayı başardığı

saptanmıştır. Literatürde araştırmamızın bu bulgusuyla eşleşen bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Araştırmamızda annelerin %8,6'sının bebeğini iki yaşından fazla emzirdiği, iki yaşından fazla bebeğini emziren annelerin %53,6'sının emzirmeyi sonlandırırken geleneksel yöntemler kullandığı ve geleneksel yöntem kullanan annelerin %56,0'ının zorlandığı belirlenmiştir. Araştırma bulgularımıza benzer şekilde Abu Hamad ve Sammour'un (2013) çalışmasında özellikle iki yaşına kadar emziren annelerin daha çok zorlandığı ve geleneksel yöntemlere daha sık başvurduğu belirtilmektedir (9). Gök Uğur ve ark.'nın (2018) çalışmasında da annelerin %41,3'ünün bebeğini iki yaşına kadar emzirdiği ve iki yaşına kadar bebeğini emziren annelerin %25,5'inin geleneksel yöntem kullandığı ve %63,8'sinin geleneksel yöntemleri kullanırken zorlandığı belirlenmiştir (21).

Araştırmamızda annelerin bebeklerinde emzirmeyi sonlandırırken en sık memeye siyah boya sürme, biberonla ek besin verme, memeyi bant ile bantlama, su ve meyve suları ile oyalama ve memeye salça sürme gibi memenin görünümü ve tadını değiştiren, bebeğin memeye erişimini zorlaştıran geleneksel yöntemleri kullandıkları belirlenmiştir. Literatürdeki çalışmalarda benzer yöntemlerin kullanıldığı (8,9,10,11,21), bunlara ek olarak; gece boyunca çocuğun uyuması için antihistaminik ilaç vermek, memeye süpürge sapı koymak, memeyi nane ile sarmak, memeye pamuk ve bandaj uygulamak, meme üzerine aloe vera, kahve, oje, kil ve is sürmek gibi geleneksel yöntemleri kullandıkları saptanmıştır (9,10,11). Araştırmamızla benzer şekilde yapılan bir çalışmada annelerin %25,2'sinin, başka bir çalışmada annelerin %44,4'ünün geleneksel yöntemler içerisinde en fazla biberonla ek besin vermeyi kullandıkları belirlenmiştir (8,10). Hem çalışma sonucumuz hem de bu konuda yapılan diğer çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde emzirmenin sonlandırmasında biberon kullanımının yaygın olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda annelerin emzirmeyi sonlandırmaya karar verme nedenleri incelendiğinde en fazla bebeğin ek gıdalarla beslenmeye alışması (%50,0), bebeğin iki yaşına gelmesi (%42,9), bebeğin gece/gündüz çok sık emmesine bağlı annede yorgunluk oluşturmaması (%39,9) ve annenin sütünün yetersiz olduğu

düşüncesi (%35,1) etkili olmuştur. Araştırmalar sütünün yetersiz olduğunu düşünen ve bu nedenle erken dönemde ek gıda veren annelerin oldukça fazla olduğunu göstermektedir (1,10,11). Annelerin emzirme döneminde bebeğin ağlaması, huzursuz olması durumunda bebeklerinin doymadığını ve sütlerinin yetersiz olduğunu düşünmelerinin ek gıdalara ve formül mamalara erken dönemde başlanması ve emzirmenin ilk altı ayda sonlandırılmasının en yaygın nedeni olduğu görülmektedir (12,22). Araştırmamızda annelerin %21,6'sının ek gıda vermeye altıncı aydan önce başladıkları görülürken İnanc'ın (2013) yaptığı çalışmada annelerin %30,9'unun ilk altı ayda anne sütü ile beraber ek gıda verdiği belirlenmiştir (23). Ülkemizde ilk altı ay yalnızca anne sütü ile besleme oranlarının düşük olması (%41,0) ve ilk altı ayda anne sütünün yanında ek gıda ile beslenme oranının (%12,0) artmasının önemli bir sorun olduğu düşünülmektedir (5). Ek gıdaya geçiş döneminde annelerin hemşireler tarafından bebeklerini emzirmeye devam etmeleri için teşvik edilmesi ve desteklenmesinin önemli olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda annelerin %10,4'ü tekrar gebe kalmasını çocuğunda emzirmeyi sonlandırma nedeni olarak göstermektedir. Dinç ve ark.'nın (2015) çalışmasında da bu oranın %4,0 olduğu belirlenmiştir (10). Araştırmamızda elde edilen ilginç sonuçlardan birisi de annelerin %7,1'inin cinsel yaşamının olumsuz etkilenmesinin emzirmeyi sonlandırmada etkili olduğunu belirtmesidir. Bu faktöre ilişkin bulguya literatürde rastlanmamıştır. Bu durum annelerin doğum sonrası aile planlaması konusunda bilgi ve eğitime ihtiyacı olduklarını göstermektedir.

Araştırmamızda annelerin %70,5'i emzirmeyi sonlandırma konusunda bilgi ve eğitim almıştır. Bilgi ve eğitim alınan kaynaklar en fazla anne/kayınvalide (%38,1), bilgisayar/internet (%29,5) ve sağlık çalışanı (%26,1) olmuştur. Alsaç ve Polat'ın (2018) çalışmasında ise annelerin emzirmeyi sonlandırma, etkili emzirme ve anne sütü hakkında yeterli bilgi almadıkları (%62,3) ayrıca emzirmeyi sonlandırma süreci ile annelerin çoğunun (%65,5) yalnız baş ettikleri belirlenmiştir (1). Bulgular, sağlık kuruluşlarında anne sütü ve emzirme eğitimlerinin yanında emzirmenin sonlandırılmasına ilişkin eğitim programlarına daha fazla yer verilmesi gerektiğini

düşündürmektedir. Emzirme sürecinin başarısı, annelerin anne sütü ve emzirmenin çocuklarının gelişimindeki önemine ilişkin yeterli bilgi ve desteği alıp almamasına bağlıdır (11). Onbaşı ve ark.'nın (2011) çalışmasında anne sütü ve emzirme konusunda sağlık personelleri tarafından eğitim verilen grupta eğitim almayan gruba göre ilk altı ay anne sütü verme oranının (%67,8) daha yüksek olduğu ve emzirme davranışının olumlu etkilendiği belirlenmiştir. Bu çalışma doğum öncesi dönemde ve emzirme döneminde annelerin emzirmeye teşvik edilmesi ve desteklenmesinin emzirmenin erken dönemde sonlandırılmasını önleyeceğini göstermektedir (24). Bu doğrultuda özellikle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin anneleri emzirmeyi sonlandırırken kullanılan yöntemlerin belirlenmesi, anne-bebek sağlığına yönelik olumsuz etkilerinin değerlendirilmesi ve bu dönemde doğru kararlar alınmasının sağlanması konusunda desteklemeleri, danışmanlık yapmaları ve eğitim vermeleri en önemli rolleri içerisinde yer almaktadır (9,10,11).

Araştırmamızın Sınırlılıkları

Araştırma sonuçlarının sadece çalışma yapılan ildeki iki ASM'de küçük bir grupta ayaktan tedavi hizmeti alan, iki-beş yaş arasında çocuğu olup emzirmeyi sonlandırma deneyimi yaşamış anneler ile sınırlı olması ve tüm topluma genellenememesi araştırmanın sınırlılığı olarak kabul edilmiştir. Verilerin güvenilirliği katılımcıların verdiği bilgiler ile sınırlıdır.

Sonuç

Annelerin emzirmeyi sonlandırma döneminde kullandıkları yöntemleri ve sonlandırmaya karar vermelerinde etkili olan faktörleri belirlemek amacıyla yaptığımız çalışmanın sonuçlarına göre annelerin emzirmeyi sonlandırmaya ilişkin bilgilerinin yeterli olmasına karşın bebek iki yaşına gelmeden emzirmeyi sonlandırmanın yaygın olduğu belirlenmiştir. Annelerin çoğunluğunun geleneksel yöntemler kullanarak emzirmeyi sonlandırdıkları ve ilk 15 gün içerisinde emzirmeyi sonlandırmada başarılı olduğu belirlenmiştir. Uzun süredir ilde yaşayan annelerin emzirmeyi sonlandırırken daha fazla geleneksel yöntem kullandığı, çocuğun yaşı arttıkça emzirmeyi sonlandırmada geleneksel yöntem kullanımının arttığı ve geleneksel yöntem kullananların bu süreçte daha çok zorlandığı saptanmıştır. Annelerin emzirmeyi sonlandırmaya karar

vermelerinde ise en fazla bebeğin ek gıdalarla beslenmeye alışması, bebeğin iki yaşına gelmesi, bebeğin gece/gündüz çok sık emmesine bağlı annede yorgunluk oluşturmaları ve annenin sütünün yetersiz olduğu düşüncesinin etkili olduğu belirlenmiştir.

Emzirmenin sonlandırılma sürecinin hem bebek hem anne yönünden sağlıklı atlatılabilmesi için toplumda kullanılan yöntemlerin bilinmesi, yarar ve zararları bakımından değerlendirilmesi ve doğru kararların alınmasının sağlanması önemlidir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelerin emzirmeyi sonlandırma sürecinde annelere gerekli destek, danışmanlık ve eğitim planlamaları önerilmektedir. Gelecek çalışmalarda hem annelerin hem de bebeklerin emzirmeyi sonlandırma sürecinde yaşadığı güçlükler ve gösterilen tepkilerin nitel araştırmalarla incelenmesi önerilmektedir.

Teşekkür

Araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden tüm annelere teşekkür ederiz.

İletişim: Uzm. Hemşire Ümmühan Altunel
E-Posta: ummuhanaltunel1996@gmail.com

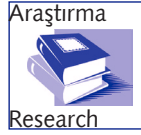
Kaynaklar

1. Alsaç SY, Polat S. Annelerin emzirmeyi sonlandırma sürecine ilişkin bilgi ve uygulamaları, Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi 2018;26(1):11-20.
2. WHO. Breastfeeding. 2016. Accessed May 7, 2021, at www.who.int/topics/breastfeeding/en
3. UNICEF. From the first hour of life making the case for improved infant and young child feeding everywhere. Accessed May 2, 2021, at <https://www.unicef.org/press-releases/who-unicef-issue-new-guidance-promote-breastfeeding-globally>
4. Victora C, Bahl R, Barros AJ, França GV, Horton S, Krasevec J, Murch S, Sankar MJ, Walker N, Rollins N, The Lancet Breastfeeding Series Group. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, lifelong effect. The Lancet 2016; 387:475-90.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK 2019, Ankara, Türkiye.
6. Cuniff A, Spatz D. Mothers' weaning practices when infants breastfeed for more than one year. MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing 2017;42(2):88-94.
7. Wight NE. Management of common breastfeeding issues. Pediatric Clinics Journal 2001;48(2):321-44.
8. Yıldız İ, Gölbaşı Z. Sivas ilinde annelerin emzirmeyi sonlandırmak için kullanılan geleneksel yöntemleri bilme ve kullanma durumlarının incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2019;6(1):20-7.
9. Abu Hamad BA, Sammour HK. Weaning practices of mothers attending United Nations Relief and Works Agency health centres in the Gaza Governorates. Journal of Advanced Nursing 2013;69(4):773-81.
10. Dinç A, Dombaz İ, Dinç D. 6-18 ay arası bebeği olan annelerin emzirme ve anne sütüne ilişkin geleneksel uygulamaları. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi 2015;4(3):125-30.
11. Gürarslan Baş N, Karatay G, Arıkan D. Weaning practices of mothers in eastern Turkey. Jorنال de pediatria 2018;94(5):498-503.
12. Nuzrina R, Roshita A, Basuki DN. Factors affecting breastfeeding intention and its continuation among urban mothers in West Jakarta: a follow-up qualitative study using critical point contact for breastfeeding. Asia Pacific journal of clinical nutrition 2016;25(1):51-43.
13. Egata G, Berhane Y, Worku A. Predictors of non-exclusive breastfeeding at 6 months among rural mothers in east Ethiopia: a community-based analytical cross-sectional study. International breastfeeding journal 2013;8(1):1-8.
14. Kondolot M, Songül Yalçın S, Yurdakök K. Sadece anne sütü alım durumuna etki eden faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2009;52(3):122-127.
15. Ünsür E, Gündoğan B, Ünsür M, Okan F. Emziren annelerin emzirme ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. Euras J Fam Med 2014;3(1):33-40.
16. Yang Q, Wen SW, Dubois L, Chen Y, Walker MC, Krewski D. Determinants of breast-feeding and weaning in Alberta, Canada. Journal of Obstetrics Gynaecology Canada 2004;26(11):975-81.
17. Kleinman R. Pediatric nutrition handbook American Academy of Pediatrics. Committee on Nutrition. Ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics 2009.
18. Şahin BM. Emzirmenin sürdürülmesi ve başarısında anahtar faktör: Öz-belirleme kuramına dayalı emzirme motivasyonu. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2017;27(4):291-295.
19. Lwanga SK, Lemeshow S, Organization WH. Sample size determination in health studies: a practical manual, World Health Organization 1991.
20. Ünsal H, Atlıhan F, Özkan H, Targan Ş, Hassoy H. Toplumda anne sütü verme eğilimi ve buna etki eden faktörler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2005;48(3):226-33.
21. Gök Uğur H, Şahin A, Aydın D, Kabadaş E. Annelerin bebeklerini anne sütünden ayırırken kullandıkları geleneksel yöntemlerin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2018;71(3):217-23.
22. Tracz J, Gajewska D. Polonyalı kadınlar arasında emzirme süresini etkileyen faktörler. Anne ve Çocuk Dergisi 2020;24(1):39-46.
23. İnanç BB. 15-49 yaş arası annelerin anne sütü ile ilgili uygulamaları ve etki eden faktörler. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2013;17:51-55.
24. Onbası Ş, Duran R, Aladağ Çiftçidemir N, Vatansever U, Acunas B, Süt N. The effect of prenatal breast-milk and breast-feeding training given to expectant mothers on the behaviour of breast-feeding. Turkish Archives of Pediatrics 2011;46:74-78.

Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Bilgi ve Tutumları*

Knowledge and Attitudes of Primary Health Care Professionals on Violence Against Women

Ayşegül Özcan¹, Ayşegül İnan Ceviz²



DOI: 10.17942/sted.1094161

Geliş/Received : 27.03.2022
Kabul/ Accepted : 12.08.2022

Öz

Amaç: Araştırmada birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddete ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte olup, örneklemi araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli/ raporlu olmayan ve gönüllü 328 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Veriler sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri, şiddete ilişkin tutum ve davranışlarını belirlenmesinde soru formu ve hemşire ve ebelerin kadına yönelik kadına yönelik şiddet belirtileri tanıma ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, ortalama, yüzdelik ve ki kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Sağlık çalışanlarının %52,8'i hemşire, %21,6'sı doktordur. Sağlık çalışanlarının duygusal belirtiler alt ölçek puan ortancası 6.15(0-12), fiziksel belirtiler alt ölçek puan ortancası 17.64 (8-23), toplam ölçek puan ortancası 23.00 (13-32) olarak bulunmuştur. Doktorların, lisansüstü eğitime sahip sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetin duygusal belirtilerini tanıma alt boyut puan ortancaları daha yüksektir.

Sonuç: Sağlık çalışanlarının fiziksel belirtileri duygusal belirtilere göre tanımada daha yeterli olmakla birlikte genel olarak şiddeti tanılama da kısmen yeterli oldukları söylenebilir. Bu nedenle sağlık çalışanlarına mezuniyet öncesi ve sonrası kadına yönelik şiddete ilişkin eğitimlerine yer verilmelidir.

Anahtar sözcükler: Kadına şiddet, Sağlık çalışanı, Hemşirelik

Abstract

Aim: In this study, it was aimed to determine the knowledge, attitude and behavior of primary health care professionals on violence against women.

Methods: This is a descriptive study and the sample consisted of 328 volunteered health care professionals who were not on leave/sick leave on the dates when the study was conducted. A questionnaire and a scale for recognizing the signs of violence against women were used to determine the veri, the sociodemographic attributes, attitudes and behaviors of healthcare professionals. Mean, percentage and chi-square tests were used for the assessment of the data.

Findings: 52,8% of the healthcare professionals were nurses and 21.6% were physicians. The emotional symptoms subscale score median of healthcare professionals was 6.15 (0-12), the physical symptoms subscale score median was 16.64 (8-23), and the total scale score median was 23.00 (13-32). Physicians and the healthcare professionals with postgraduate education have a higher median sub-dimension score in recognizing the emotional symptoms of violence against women. 23.8% of them stated that they would report according to the nature of the violence when they witnessed violence against women.

Conclusion: It can be stated that healthcare professionals were more competent in recognizing the physical symptoms compared to the emotional symptoms but they were incapable of recognizing violence, in general terms. For this reason, health professionals should have training on violence against women before and after graduation.

Key words: Violence against women, Healthcare professional, Nursing

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi Halk Sağlığı Hemşireliği (Orcid no: 0000-0003-1626-3342)

² Hemşire, Nevşehir Sağlık Müdürlüğü (Orcid no: 0000-0003-4948-0570)

* Çalışma, 3. Uluslararası Doğu Akdeniz Hemşirelik Kongresi. 26-29 Mayıs 2016 Adana/sözel bildiri olarak sunulmuştur.

Giriş

Kadına yönelik şiddet dünyada ve ülkemizde oldukça yaygın görülmektedir (1). Dünyada yaklaşık her üç kadından biri eşinden/partnerinden ya da partneri dışındaki kişilerden fiziksel veya cinsel şiddete uğramaktadır (2). Ülkemizde ise Kadına Yönelik Şiddet Araştırması (2014) raporuna göre; kadınlar duygusal (% 44), fiziksel (% 36), ekonomik (% 30) ve cinsel şiddet (% 12) görmektedir (3). Şiddet gören kadınlarda istenmeyen gebelik, düşük, yaralanmalar, depresyon, intihar düşüncesi gibi sağlık sorunları görülmektedir. Bu sorunlar her geçen gün de artmaktadır (4,5). Yapılan araştırmalarda kadınların utanma, kendini suçlu hissetme ve sağlık çalışanlarının kendilerine yardımcı olamayacağı düşüncesi gibi nedenlerle şiddete uğradıklarını saklama eğiliminde oldukları görülmektedir (6,7,8). Kadına şiddet konusunda yapılan araştırmalarda saldırıya maruz kalan kadınların yalnızca %4'ünün sağlık kurumlarına başvurduğu (3), ve bu kadınların yardım ihtiyacı duymalarına karşın sağlık hizmeti almaktan kaçındıkları belirtilmiştir (9,10).

Şiddete uğrayan kadınlar arasında sağlık hizmeti kullananların kullanmayanlara göre birinci basamak sağlık hizmetleri, acil servis, ruh sağlığı hizmetleri kullanım oranları daha yüksektir (6,7). Sağlık hizmetlerinde görev yapanların tutumları şiddete uğrayan kadınların bu kurumlardan alacakları desteği olumsuz etkilemektedir (6,11,12). Şiddete uğrayan kadınlar maruz kaldıkları şiddeti sağlık çalışanlarına açıklamaları bile kadına yönelik şiddetin tanımlanmasında ve müdahalesinde birinci basamak sağlık çalışanları önemli bir role sahiptir (6,7,13). Çünkü birinci basamak sağlık hizmetleri kadına yönelik şiddetin erken müdahalesinde ilk ulaşılan yerdir (13,14,15,16). Bu nedenle araştırmada birinci basamak sağlık çalışanlarının şiddete ilişkin bilgi ve tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Method

Araştırmanın Evren ve Örneklemi: Tanımlayıcı tiptedir. Araştırmanın evrenini bir ilin birinci basamak sağlık hizmetleri sağlık çalışanlarının tamamı oluşturmaktadır (n= 364). Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış, araştırmanın yapıldığı tarihlerde izinli/raporlu olmayan, araştırmaya gönüllü olarak katılan 328 sağlık çalışanı örneklem alınmıştır. Evrenin %90'ına ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları: Araştırmada literatür (6,12,17,18) doğrultusunda geliştirilen sağlık çalışanlarının sosyodemografik özellikleri ile kadına yönelik şiddete ilişkin tutumlarını belirlemek için "soru formu" ve "Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına İlişkin Ölçek Formu" (18) kullanılmıştır.

Soru Formu: Bu formda sağlık çalışanlarının sosyodemografik özelliklerini içeren cinsiyet, medeni durum, yaş, çocuk sahibi olma ve kadına yönelik şiddet olguları ile karşılaşma durumları, kadına yönelik şiddetle ilgili olarak tutum belirlemek için toplam 21 soru yer almaktadır.

Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımlarına İlişkin Ölçek Formu (HEKYSBTÖ); Baysan ve Karadağlı (2003) tarafından geliştirilen ölçek, 31 maddeden oluşan "Doğru" ve "Yanlış" şeklinde yanıtlanmaktadır (17). Ölçeğin en yüksek puanı 31, en düşük puanı 0'dır. Ölçeğin fiziksel alt boyut ölçek puanı en yüksek 18, en düşük puan 0, duygusal alt ölçek puanı ise en yüksek 13, en düşük 0 almaktadır. Ölçekten alınan yüksek puan kadına yönelik şiddet belirtilerini tanıma konusunda bilgi düzeyinin yeterli olduğunu göstermektedir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik araştırmasında Cronbach alfa katsayısı 0.76 olarak saptanmıştır. Bu araştırmada ise Cronbach alfa katsayısı 0.78 olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması: Veriler araştırmacılar tarafından Temmuz-Eylül 2014 tarihleri arasında sağlık çalışanlarının çalıştıkları birimlerde veri toplama araçları katılımcılara kapalı zarf verilerek toplanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmada bir üniversitenin Girişimsel Olmayan Etik Kurul'undan etik kurul onayı (84902927/2014.07.01 nolu) ve konuyla ilgili İl Sağlık Müdürlüğü'nden (15.04.2014/534-2663) yazılı izin alınmıştır. Ayrıca araştırmacılar tarafından sağlık çalışanlarına araştırmanın amacı anlatılarak sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırma verileri SPSS 15.0 Statistical Package for Social Sciences) bilgisayar ortamında, sayı, yüzde ki kare testi, Mann Whitney U testi, ki kare testi, Kruskal-Wallis testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Bulgular

Sağlık çalışanlarının yaş ortalaması $33,1 \pm 7,3$ (19-63). Sağlık çalışanlarının cinsiyetleri %41,8'i erkek, %58,2'si kadındır. Medeni durumlarına göre ise %81,7'si evlidir. Sağlık çalışanlarının %52,8' i hemşire, %21,6'sı doktor olup, %73,2' si 6 yıl ve üzeri hizmet süreleri olduğu saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının %53,7'sinin meslek yaşamlarında şiddete maruz kalmış kadınla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Bu durumla karşılaşan sağlık çalışanları tarafından yapılan uygulamalar sırasıyla yasal konularda bilgilendirme (%63,4), anamnez alma ve doktora yönlendirme (%25,0) ve ne yapacağını bilmeme

Tablo 1. Sağlık Personellerinin Şiddete Uğramış Kadınla Karşılaşma Durumu ve Yaptıkları Uygulamalara Göre Dağılımı

Şiddete uğramış bir kadınla karşılaşma durumu (n=328)	Sayı	%
Karşılaşan	176	53.7
Karşılaşmayan	152	46.3
Şiddete uğramış bir kadınla karşılaştığında yapılan uygulamalar (n=328)		
Yasal konularda bilgilendirme	208	63.4
Anamnez alma	82	25.0
Ne yapacağını bilmeme	38	11.6
Karşılaştıkları vaka sayısı (n=176)		
1-10	142	80.7
11-19	12	6.8
20 ve üzeri	22	12.5
Şiddetle karşılaştıklarında zorlandıkları aşamalar (n=176)		
İlgili Kurumlara Rapor Etme/Yasal Süreç	85	48.3
Öykü alma	34	19.3
Ruhsal Muayene	27	15.3
Kayıt	19	10.8
Fizik Muayane	11	6.3
Kadına Yönelik Şiddeti Bildirme Zorunluluğu (n=328)		
Zorunluluk vardır	233	71.0
Zorunluluk yoktur	13	4.0
Fikrim yok	82	25.0
Şiddeti Bildirme (n=328)		
Bildirim yaparım	223	68.0
Bildirim yapmam	27	8.2
Şiddetin özelliğine göre	78	23.8
Bildirim Yapmama Nedenleri (n=27)		
Yasal süreçlere ait bilgim olmadığı için	11	40.7
Mağduru daha kötü bir duruma sokmamak için	9	33.3
Sosyal servislere yardım konusunda güvenmediğim için	7	26.0
Şiddete Müdahalede Yeterli Bilgiye Sahip Olma Düşüncesi(n=328)		
Yetersiz	227	69.2
Yeterli	101	30.8
Toplam	328	100.0

(% 11,6) şeklindedir. Şiddet karşısında sağlık çalışanlarının en çok zorlandıkları uygulamaların “İlgili kurumlara rapor etme/yasal süreç” (%48,3), “Öykü alma” (% 19.3) ve “Ruhsal muayene” (% 15.3) olduğunu belirtmişlerdir. Kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaşıldığında, sağlık çalışanlarının % 71’i bildirim zorunluluğu bulunduğunu, %68’i ise bildirimde bulunacağını, %23,8’i şiddetin özelliğine göre bildirim yapacağını belirtmiştir. Bildirim yapmama nedenleri arasında, (% 40,7) yasal süreçlere ait bilgisinin olmaması, (% 33.3) mağduru daha kötü bir duruma sokmama ve (% 26) sosyal servislere yardım konusunda güvenmeme yer almaktadır (Tablo 1). Ayrıca sağlık çalışanlarının %69,2’sinin kadına yönelik şiddete müdahalede yeterli bilgiye sahip olmadıklarını bildirmişlerdir (Tablo 1).

Mesleklere göre kadına yönelik şiddet olgusuyla karşılaşma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.01$, Tablo 2). Doktorların (% 74,6) şiddetle karşılaşma oranı hemşire (%45,1) ve ebeler (%53.6) göre anlamlı derecede daha yüksektir. Meslek grupları ile kadına yönelik şiddet eğitimi alma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. ($p < 0.05$; Tablo 2). Ebelerin eğitim alma oranları anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımaya ilişkin ölçeğin (HEKYŞBTÖ) fiziksel alt boyut puan ortancası 16.64 (8-23), duygusal alt boyut puan ortancası 6.15(0-12) ve toplam ölçek puan ortancası 23.00 (13-32) olduğu saptanmıştır (Tablo 3). Mesleki grup, eğitim durumu ile HEKYŞBÖ ölçeğinin fiziksel alt boyut ölçek puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız ($p > 0.05$) iken, duygusal alt boyut ve toplam ölçek puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo4). Buna göre doktorların, lisansüstü eğitime sahip sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetin duygusal belirtilerini tanımada alt boyut puan ortancaları daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık çalışanlarının çalışma süresi, kadına yönelik şiddet eğitimi alma durumu ile HEKYŞBMÖ ölçeğinin alt boyut ve toplam puanlarına göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 4).

Tartışma

Araştırmamızda birinci basamak sağlık çalışanlarının % 53,7’sinin iş yaşamlarında şiddete maruz kalmış bir kadınla karşılaştıklarını belirtmişlerdir. Kara ve ark. (2018) aile sağlığı merkezi sağlık çalışanlarının % 72,6’sı, Aba ve Başar(2015) üniversite hastanesi sağlık profesyonellerinin % 65,7’si, Ay ve Kılıçel (2020)

Tablo 2. Mesleklere Göre Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Alınan Eğitim ve Şiddetle Karşılaşma Durumları

Meslek	Şiddet Eğitimi						Test değeri
	Alan		Almayan		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	x ² =8.177 p=0.017
Hemşire	59	34.1	114	65.9	173	100	
Ebe	42	50.0	42	50.0	84	100	
Doktor	35	49.3	36	50.7	71	100	
Meslek	Şiddet Olgusuyla						
	Karşılaşan		Karşılaşmayan		Toplam		
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
Hemşire	78	45.1	95	54.9	173	100.0	x ² =17.691 p<0.01
Ebe	45	53.6	39	46.4	84	100.0	
Doktor	53	74.6	18	25.4	71	100.0	
x ² = Ki kare testi							

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımaya İlişkin Ölçekten Alınan Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortancalarına Göre Dağılımı

Alt ölçek ve toplam ölçek puan ortancaları	Ortanca	SS	Min.	Max.
Fiziksel alt boyut	16.64	3.18	8	23
Duygusal alt boyut	6.15	2.78	0	12
Toplam ölçek	23.00	3.21	13	32

Tablo 4. Sağlık Çalışanlarının Bazı Özelliklerine Göre Kadına Yönelik Şiddet Belirtilerini Tanımalarına İlişkin Ölçeğin Alt Boyut ve Toplam Ölçek Puanlarına Göre Dağılımı

Çalışanın özellikleri	Fiziksel Alt Boyut	Duygusal Alt Boyut	Toplam Puan
	X ² (min-max)	X ² (min-max)	X ² (min-max)
Meslek			
Doktor	7.00 (3.00-9.00)	11.00 (5.00-16.00)	19.00 (0.00-26.00)
Hemşire	7.00 (3.00-9.00)	10.00 (2.00-16.00)	16.00 (9.00-27.00)
Ebe	5.00 (3.00-9.00)	9.00 (4.00-13.00)	16.50 (9.00-23.00)
KW	4.69	22.84	24.59
p	.084	.000	.000
Eğitim Durumları			
SML	3.00 (3.00-9.00)	9.00 (3.00-15.00)	15.00 (9.00-25.0)
Önlisans	7.00 (3.00-9.00)	10.00 (3.00-16.00)	17.00 (9.00-24.00)
Lisans	7.00 (3.00-9.00)	11.00 (2.00-15.00)	18.00 (9.00-27.00)
Lisans üstü	7.00 (3.00-9.00)	10.00 (5.00-16.00)	19.00 (9.00-24.00)
KW	2.50	20.78	17.50
p	.474	.000	.001
1. basamakta çalışma süresi			
1 yıl	5.00 (3.00-9.00)	11.00 (6.00-14.00)	18.50 (12.00-24.00)
1-2 yıl	7.00 (3.00-9.00)	11.00 (5.00-16.00)	18.00 (9.00-24.00)
3-5 yıl	7.00 (3.00-9.00)	9.00 (5.00-15.00)	17.00 (9.00-25.00)
6 yıl ve üzeri	7.00 (3.00-9.00)	10.00 (2.00-16.00)	.00 (9.00-27.00)
KW	1.1142	5.386	4.101
p	.767	.146	.251
Eğitim			
Alan	7.00 (13.00-9.00)	10.00 (3.00-15.00)	17.00 (9.00-27.00)
Almayan	7.00 (3.00-9.00)	10.00 (2.00-16.00)	17.00 (9.00-25.00)
z	-.043	-.264	-.279
p	.966	.792	.780
KW: KruskalWalls, z: Mann Whitney U testi			

aile hekimlerinin %87,3'sinin kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştıklarını belirtmişlerdir (7,19, 20). Yapılan araştırmalarda da sağlık profesyonellerinin şiddete uğramış kadınla karşılaşma oranlarının yüksek olduğu belirtilmiştir (21,22). Araştırmamız sağlık çalışanlarının aile içi şiddetle karşılaşma oranı (%53,7) yapılan araştırma sonuçlarından daha düşük oranda görülmektedir. Bu durum araştırmaların yapıldığı birimlerin ve bölgelerin farklılığından kaynaklanabilir.

Araştırmamızda doktorların şiddetle karşılaşma oranları hemşire ve ebeler göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Kurt ve Gün'ün araştırmasında hastanede çalışan hekimlerin aile içi şiddetle karşılaşma oranı diğer sağlık çalışanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (18). Yapılan bu araştırmamız da literatürle benzerlik göstermektedir.

Araştırmamızda sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet vakalarında en çok rapor etme/ yasal süreç (% 48,3), öykü alma (% 19,3) aşamalarında zorlandıklarını belirtmişlerdir. Benzer bir çalışmada da şiddet olgularında aile sağlığı merkezi çalışanlarının rapor etme/yasal süreç (%55,1) ve öykü almada (%24,5) zorlandıklarını bildirmişlerdir (19). Literatürde sağlık çalışanlarının şiddeti yönetmedeki zorluklarına bakıldığında; zaman yetersizliği, hastaları incitmekten korkmak (19), bilgi eksikliği (22,23) ve şiddeti tanıma (24) yer almaktadır. Ayrıca araştırmamızda sağlık çalışanlarının % 68'i şiddet vakalarını bildirim yapabileceğini belirtmiştir. Oysa sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet olgusu ile bildirim yükümlüğü Türk hukuk sisteminde açık olarak bildirilmiştir.

Araştırmamızda sağlık çalışanlarının HEKYŞBTÖ ölçeğin toplam ölçek puan ortancası 23.00 (13-32) olduğu, doktorların ve lisansüstü eğitime sahip sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetin duygusal belirtilerini tanıma puanları daha yüksek saptanmıştır ($p<0.05$). Literatürde sağlık çalışanlarının HEKYŞBTÖ toplam ölçek puan ortalamaları Başar ve Durmaz (2015)'in çalışmasında 20.00 ± 3.76 , Şener ve Uncu'nun (2017) çalışmasında 19.06 ± 3.68 iken, Pınar ve Sabancıoğlu'nun hemşirelik ve ebelik öğrencileri ile yaptığı çalışmasında 18.11 ± 3.18 'dir (23, 25, 26). Araştırma bulgularımız literatürdeki araştırma

sonuçlarından daha yüksek bulunmuştur. Ancak bu bulgu bize örnekleme aldığımız birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet bilgi düzeylerinin kısmen yeterli olduğunu göstermektedir.

Araştırmamızda doktorların ve lisansüstü eğitime sahip sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetin duygusal belirtilerini tanıma puanları anlamlı derecede daha yüksek saptanmıştır. Literatürde hekimlerin ve hemşirelerin HEKYŞBTÖ fiziksel ve duygusal alt ölçek puan ve toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu ancak meslek ile HEKYŞBTÖ ve alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı fark olmadığını bildiren çalışmalar bulunmaktadır (19, 27). Araştırmamızda hekimlerin ölçek puan ortalamalarının daha yüksek bulunması hekimlerin çoğunluğunun yüksek lisans eğitim düzeyi olmasından kaynaklanabilir.

Birinci basamak sağlık sistemi, şiddete maruz kalmış kadınların tespiti, sevk edilmesi ve bakımında önemli bir role sahiptir (25.28.29). Araştırmada çarpıcı bir sonuç sağlık çalışanlarının % 25'inin kadına yönelik şiddeti bildirim zorunluluğuna ilişkin fikir beyan etmemiş; kadına yönelik şiddet olgusu ile karşılaştığında %23,8'sinin şiddetin özelliğine göre bildirim yapacağını belirtmiştir. Bildirim yapmama nedenleri sırasıya "yasal süreçlere ait bilgisinin olmaması", "mağduru daha kötü bir duruma sokmama" ve "sosyal servislere yardım konusunda güvenmeme" yer almaktadır. Öztürk ve Toprak (2017)'in araştırmasında kadın sağlık çalışanlarının yaklaşık yarısından fazlasının kadına şiddet vakasıyla karşılaştığında kendilerini yetersiz hissetmelerinden dolayı sevk edebileceklerini belirtmişlerdir (30). Literatürde kadına yönelik şiddet konusunda araştırmalara bakıldığında; "kadınları suçlu görme", "sağlık sorunu olarak görmeme", fiziksel olmayan şiddet belirtilerini tanıyamamak, "şefkatli ve empatik iletişim becerilerine sahip olamamak", rehberlik etmekten korkma vb. birçok faktör nedeniyle sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddete müdahale etmekte zorlandıkları yer almaktadır (3.19.31). Bu sonuçlar bize sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet olgularının tanımlanmasında ve müdahalesinde zorluk yaşadığını göstermektedir.

Araştırmamızda hemşire, ebe ve doktorların yaklaşık yarısının kadına yönelik şiddet eğitimi

almadıkları tespit edilmiştir. Kara ve ark.'nın yaptığı araştırmada hemşire, ebe ve hekimlerin çoğunluğunun (%84,4), Şener ve Uncu'nun araştırmasında hemşire ve ebelerin %55,8'i kadına yönelik şiddete ilişkin eğitim almadıklarını belirtmişlerdir(19,23). Ayrıca araştırmamızda sağlık profesyonellerinin yarısından fazlası (%69,2) kadına yönelik şiddet konusunda kendilerini yetersiz hissettiklerini bildirmişlerdir (Tablo 1). Araştırmamız ve literatür sağlık profesyonellerinin kadına yönelik şiddet konusunda yeterli eğitime sahip olmadıklarını göstermekte olup, bu durum kadına yönelik şiddet karşısında sağlık profesyonellerini kendilerini yetersiz hissetmelerinin nedenini açıklayabilir. Literatürde kadına yönelik şiddet konusunda yapılan eğitimin sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddetle mücadelede olumlu etki gösterdiği bildirilmiştir (32). Birinci basamak sağlık çalışanlarının kadına yönelik aile içi şiddeti tanıma, danışmanlık, şiddet mağdurlarına hizmet sunma açısından önemli rolleri bulunmaktadır (11,29). Bu nedenle sağlık çalışanlarının kadına şiddet konusunda bilgi, tutumlarını belirlemek önemlidir.

Sonuç

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan her iki sağlık çalışanından biri şiddete uğramış kadınla karşılaştıklarını ancak her dört sağlık çalışanından biri şiddetin özelliğine göre bildirim yapacağını belirtmiştir. Bildirim yapmama nedenleri; yasal süreçlere ait bilgisinin olmaması, mağduru daha kötü bir duruma sokmama ve sosyal hizmetlere yardım konusunda güvenmemedir. Bu nedenle sağlık çalışanlarına öğrencilik yıllarında ve mesleğe başladıktan sonra kadına yönelik şiddete ilişkin eğitimler verilmesi önerilmektedir.

Teşekkür

Araştırmaya destek veren birinci basamak sağlık çalışanlarına teşekkür ederiz.

İletişim: Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül Özcan
E-Posta: aysegulozcan.77@gmail.com

Kaynaklar

1. Akkaş İ, Uyanık Z. Kadına yönelik şiddet. Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi 2016;6(1): 32-42.
2. World Health Organization. (2018). Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global

and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Accessed 12 Aralık, 2021, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256>

3. Türkiye'de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması özet raporu (2014). Erişim Tarihi: 15.02.2022, <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/KKSA-TRAnaRaporKitap26Mart.pdf>.
4. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Ankara. Elma Teknik Basım Matbaacılık; 2014. s.10-449.
5. Yakubovich AR, Stöckl H, Murray J, et al. Risk and protective factors for intimate partner violence against women: Systematic review and meta-analysis of prospective longitudinal studies. Am J Public Health 2018;108(7):1-1.
6. Dağcı S, Ören B. Cinsiyet eşitsizliği, kadına yönelik şiddet ve sağlık çalışanlarının yaklaşımı. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2019; 50(4):236-240.
7. Ay R, Kılınçel Ş. Hekimlerin kadına yönelik şiddetle ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. J Contemp Med 2020;1(4):600-608.
8. Çalışkan H, Çevik El. Kadına yönelik şiddetin belirleyicileri: Türkiye örneği. BJSS Balkan Journal of Social Sciences 2018;7(14):218-233.
9. Lövestad S, Vaez M, Lövehensing G, Krantz G. Intimate partner violence, associations with perceived need for help and health care utilization: a population based sample of women in Sweden. Scandinavian Journal of Public Health 2021;49(3):268-276.
10. Miller E, Decker MR, Raj A, Reed A, Marable D, Silverman JG. Intimate partner violence and health care-seeking patterns among female users of urban adolescent clinic. Maternal Child Health J 2010;214,14.910-917.
11. Ercan ŞN, Aslan F, Emiroğlu ON. Aile içi şiddetin önlenmesi için bir model önerisi: Halk sağlığı hemşiresinin ev ziyareti ile izlemi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2018;5(3):247-259.
12. Paulin Baraldi ME, de Almeida AM, Perdona G, Vieira EM, dos Santos MA. Perception and attitudes of physician and nurses about violence against women. Nurs Res Pract 2013; Available from: <https://doi.org/10.1155/2013/785025>
13. Duman NB, Büyükgönenç L, Güngör T, Yılmazel G, Topuz Ş, Koçak DY. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet algılayışı ve etkileyen faktörler. Jinekoloji- Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2016;13(4):154-159.
14. Garcia-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health systems response to violence against women. Lancet 2015;385(9977):1567-79.
15. Saletti-Cuesta L, Aizenberg L, Ricci-Cabellol. Opinions and experiences of primary health care providers regarding violence against women: A systematic review of qualitative studies. JOFV 2018;33(6):405-420.
16. Özyürek G, Çetin A, Yıldırım R. Aile hekimi ve

- öğretmenlerin çocuk ihmal ve istismarı konusundaki görüş ve tutumları. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırma Dergisi 2018; 436-453.
17. Baysan-Arabacı L, Karadağlı A. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlarına ilişkin ölçek geliştirme. Sağlık ve Toplum Dergisi 2006;16(2):101-11.
18. Kurt G, Gün İ. Sağlık personelinin istismar, ihmal ve aile içi şiddetle karşılaşma durum ve tutumları. Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences 2017;31,2.
19. Kara P, Akçayüzlü Ö, Gür AÖ, Nazik E. Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddeti tanımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2018;8(3):115-122.
20. Aba YA, Başar FK. Sağlık profesyonellerinin aile içi şiddeti tanılaması ve yaklaşımlarının belirlenmesi. STED 2015;24(4):125-134.
21. Lazenbatt A, Taylor J, Cree L. A Healty setting framework:an evulation and comparision of midwives responses to adressing domestic violence. Midwifery 2009;25:622-33.
22. Chepuka L, Taegtmeier M, Chorwe-Sungani G, Mambulasa J, Chirwa E, Tolhurst R. Perceptions of the mental health impact of intimate partner violence and health servise responses in Malawi. Glob Health Actions 2014;7:24816.
23. Şener N, Uncu F. Knowledge levels of nurses and midwives working in family practice about violence to woman. J Nurs Care 2017;6(4):103.
24. Çalıkoglu EO, Aras A, Hamza M, Aydın A, Nacakgedigi O, Koga PM. Sexism, attitudes, and behaviors towards violence against women in madical emergency services workers in Erzurum, Turkey. Global Health Action 2018;11(1):1524541.
25. Başar F, Durmaz A. Kadına yönelik şiddet konusunda hemşirelerin ve ebelerin bilgi durumları. Tıbbi Sosyal Hizmet Derg 2015;(6):6-15.
26. Pınar ES, Sabancıoğulları S. Nursing and midwifery students attitudes towards violence against women and recognizing signs of violence against women. International Journal of Caring Science 2019;12(3):1520-9.
27. KKahyaoğlu SH, Akyüz P. Hemşire ve ebelerin kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlama ilişkin bilgi düzeyleri. Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi 2016;6(2):1-15.
28. Signorelli MC, Hilles S, de Oliveira DC, Quintanilla BPA, Hegart K, Taft A. Voice from low income and middle income countries: A systematic review protocol of primary health care interventions with in public health systems addressing intimate partner violence against women. BMJ open;8(3),e019266.
29. Cerit Ç, Porsuk AÖ. Kadına yönelik eş şiddeti konusunda birinci basamak sağlık hizmetleri personelinin tutumları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021; 24(4):563-570.
30. Öztürk GZ, Toprak D. Kadın sağlık personellerinin kadına yönelik şiddet hakkında bilgi tutum ve davranışları. Konuralp Tıp Dergisi 2017;9(1):58-62.
31. Gomes Oliveira de VL, Silva CD, Oliveira de CD, Acosta DF, Amarijio CL. Domestic violence against women: Representation of health professionals. Rev Lat Am Enfarmagem 2015;23(4):718-724.
32. Çelik SA, Türkoğlu N, Apay ES, Aydın A, Pasinlioğlu T. Ebe ve hemşirelere verilen eğitimin kadına yönelik aile içi şiddete ilişkin tutumlarına etkisi, HSP 2015;2(2):138-148.

Gebelik Kolestazı Olan Kadınların Gebelik Deneyimlerinin İncelenmesi: Nitel Bir Araştırma

Examination of Pregnancy Experiences of Women with Gestational Cholestasis:
A Qualitative Study

Ruveyde Aydın¹



DOI: 10.17942/sted.1145051

Geliş/Received : 18.07.2022
Kabul/ Accepted : 31.08.2022

Öz

Amaç: Gebelik kolestazı fetal ve maternal sağlığı olumsuz etkilemesi ve fetal mortalite riski açısından gebelikte görülebilen önemli bir sağlık problemidir. Bu çalışmada, gebelik kolestazı yaşayan kadınların gebelik deneyimlerini kendileri tarafından açıkladıkları amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma nitel araştırma tasarımı olup, gebelik kolestazı olan 12 kadının gebelik deneyimlerini anlamak için yapılmıştır. Veriler, yarı yapılandırılmış bireysel görüşme formu kullanılarak toplanmıştır. Bu çalışmada CORE-Q rehberi temel alınmıştır.

Bulgular: Kadınların gebelik kolestazı deneyimleri; olumsuz gebelik deneyimi, yaşam kalitesinde bozulma, prenatal bağlanma, gebelik planı ve baş etme yöntemleri olmak üzere beş ana tema ve sekiz alt tema altında incelenmiştir.

Sonuç: Gebelik kolestazı kadınların kaşınmasına neden olarak uyku problemi yaşamalarına, sosyal yaşamlarının bozulmasına, beden imajından memnuniyetsizliğe ve psikolojik problemler yaşamalarına yol açarak gebeliğin olumsuz deneyimlenmesine ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmuştur. Ayrıca bebeğini kaybetme korkusu ya da bebeğinin sağlığının olumsuz etkilenmesi düşüncesi prenatal bağlanmanın bozulmasına neden olmuştur. Sağlık profesyonelleri kolestazı olan kadınlara kaşıntısını hafifletecek uygulamalar konusunda bilgilendirme ve danışmanlık yapmalıdır.

Anahtar sözcükler: Gebelik kolestazı, gebelik kaşıntısı, yaşam kalitesi, başa çıkma yöntemi, nitel araştırma.

Abstract

Objective: Cholestasis of pregnancy, which can arise during pregnancy, is a significant health issue that adversely affects fetal and maternal health and creates a risk of fetal mortality. The study aims to reveal the pregnancy experiences of women with cholestasis of pregnancy from their perspectives.

Material and Methods: The study was qualitative research design and was performed to gain insight into the pregnancy experiences of 12 women with cholestasis of pregnancy. The data were collected using a semi-structured individual interview form. COREQ checklist guide was followed in the study.

Results: Women's experiences of cholestasis of pregnancy were examined under five main themes and subthemes eight. Main themes are such as negative pregnancy experience, deterioration in the quality of life, prenatal attachment, planning for pregnancy, and coping methods.

Conclusion: Pregnancy cholestasis has caused itching in women, resulting in sleep problems, disruption in social lives, dissatisfaction with body image, and psychological problems, which leads to negative pregnancy experience and deterioration in the quality of life. In addition, the fear of losing the baby or the thought of negatively affecting the baby's health caused a decrease in prenatal attachment. Health professionals should inform and counsel pregnant women with cholestasis on practices that will relieve itching.

Key words: Gestational cholestasis, pregnancy itching, quality of life, coping method, qualitative study.

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü (Orcid no: 0000-0003-4604-4570)

Giriş

Gebeliğin intrahepatik kolestazı gebeliğe özgü, en sık görülen karaciğer hastalığıdır (1). Genellikle gebeliğin 3. trimesterinde, karaciğer enzimlerinin ve safra asitlerinin yükselmesi ve kaşıntı ile tanı konulmaktadır (2). Hastalığın ilerlediği durumlarda idrar renginde koyulaşma, dışkı renginde açılma ve üriner sistem enfeksiyonları görülmektedir. Patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte genetik, hormonal ve çevresel faktörlerin neden olabileceği belirtilmektedir (3, 4).

Literatürde gebelik kolestazının maternal prognozunun iyi olduğu, ancak fetal mortalite açısından dikkatli olunması gerektiği belirtilmektedir (4). Gebelik kolestazı olan gebelerde preterm doğum, sezeryan doğum, fetal bradikardi, fetal distress, düşük APGAR skoru, yenidoğanın respiratuvar distress sendromu ve perinatal ölüm riski yüksektir. En sık rastlanan fetal sonuç fetüsün kalbinin aniden durmasıdır (3).

Gebelikte bu hastalarda ortaya çıkan en önemli semptom kaşıntıdır. Kaşıntı ilk olarak avuç içi ve ayak tabanlarında başlar şiddeti artarak tüm vücuda yayılmaktadır (5). Kaşınmaya bağlı olarak deride yüzeysel lezyonlar görülebilmektedir (1). Ayrıca kaşıntı annede uykusuzluğa, yorgunluğa, anksiyeteye, strese, bulantıya, kilo kaybına ve beden imajında bozulmaya neden olarak annenin yaşam kalitesini ve sosyal yaşamını olumsuz etkilemektedir (3, 5). Tüm bunlara ek olarak, bebeğini kaybetme korkusu ve kaşıntıya bağlı yaşanan aşırı stres, kontraksiyonların artmasına neden olabilmektedir. Artan kontraksiyonların yakından takip edilmesi, fetal sağlığın monitörizasyonu ve annenin sıklıkla karaciğer enzimlerinin değerlendirilmesi gebe izlem sıklığını artırmakta hatta annenin hastanede kalması gerekebilmektedir (6). Annenin hastaneye yatmasıyla aileden ayrılması, bebeği kaybetme korkusu ve yaşanan belirsizlik prenatal bağlanmayı ve psiko-sosyal sağlığını olumsuz etkilemektedir (7, 8). Literatürde gebelik kolestazı üzerine yapılan araştırmalar gebe ve fetüs sağlığına yönelik nicel laboratuvar çalışmalarıdır (1, 4). Kadınların gebelik kolestazı deneyimine ilişkin nitel bir araştırmaya henüz ulaşılmamıştır. Bu araştırmada gebelik kolestazı yaşayan kadınların yaşadığı deneyimlerin kendileri tarafından açıkladıkları amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırmada, tanımlayıcı nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Tanımlayıcı nitel araştırma yöntemi, hakkında çok az şey bilinen bir fenomeni ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır (9). Nitel araştırmaların raporlanması için kullanılan Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (CORE-Q), araştırmacılara nitel araştırmanın raporlanması sürecinde rehberlik eden 32 maddeden oluşan bir kontrol listesidir (10). Bu araştırma, CORE-Q kontrol listesi rehber alınarak raporlanmıştır (Ek-1).

Evren ve Örneklem

Bu araştırmada amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme yöntemi; sınırlı kaynakları en etkin şekilde kullanmak, bilgi açısından zengin vakaları belirlemek ve seçmek için nitel araştırmalarda yaygın olarak kullanılan bir tekniktir (11). Araştırmaya dahil edilme kriterleri; 18 yaşından büyük olma, herhangi bir tanı konulmuş psikiyatrik rahatsızlığın olmaması, gebelik kolestazı yaşamış olma, kolestaz sırasında yaşanan semptomları orta ve yüksek düzeyde değerlendirme, Türkçe bilme ve araştırmaya katılmaya gönüllü olma olarak belirlenmiştir. Nitel araştırmalarda örneklem büyüklüğü doyum noktasına bağlıdır. Doyum noktası, görüşme esnasında söylenenler kendini tekrar etmeye başladığında yani yeni bir bilgi ortaya çıkmadığında elde edilir (12). Bu araştırmada 12 katılımcı ile veriler doyuma ulaşmış ve görüşmeler tamamlanmıştır. Katılımcılara ilişkin tanıtıcı bilgiler Tablo 1’de verilmiştir.

Verilerin Toplanması

Verileri toplamak için tanıtıcı bilgi formu ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Veriler Nisan-Mayıs 2021 tarihleri arasında toplanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu beş sorudan oluşmaktadır. Form, literatür taranarak ve uzman görüşü alınarak geliştirilmiştir. Gebelik kolestazı nadir görülen bir sağlık sorunudur ve doğumdan sonra fiziksel semptomları kısa bir süre sonra kaybolmaktadır. Nadir görülen bir sağlık sorunu olması ve doğum sonrası dönemde semptomların devam etmemesi nedeniyle bir sağlık kuruluşunda gebelik kolestazı olan kadınlara ulaşmak mümkün olmamaktadır. Bu nedenle bu araştırmanın verileri sağlık profesyonelleri tarafından sosyal

Tablo 1. Kadınların tanıtıcı özellikleri (n=12)

Katılımcı numarası	Yaş	Eğitim	Çocuk sayısı	Doğumdan sonra geçen süre	Doğum tipi	Kolestazın başladığı gebelik ayı	Hastanede kalış süresi
K1	33	Lise	2	2,5 yıl	Sezaryen	6	20 gün
K2	31	Lisans	1	5 ay	Sezaryen	7	10 gün
K3	31	Lise	2	2 yıl	Normal	6	15 gün
K4	27	Lisans	1	1 yıl	Sezaryen	7	30 gün
K5	36	Ön lisans	1	7 ay	Sezaryen	4	90 gün
K6	32	İlkokul	1	3,5 yıl	Normal	7	10 gün
K7	24	İlkokul	1	8 ay	Sezaryen	2	20 gün
K8	30	Lisansüstü	1	15 ay	Normal	7	8 gün
K9	26	İlkokul	1	7 ay	Sezaryen	7	10 gün
K10	32	İlkokul	3	2,5 yıl	Normal	7	2 gün
K11	40	Lise	2	9 ay	Normal	7	10 gün
K12	26	Lise	3	1 yıl	Normal	6	15 gün

Not: K; kadın

medya hesaplarında (Instagram ve Facebook) gebelik kolestazı ile ilgili bilgi paylaşımlarında deneyimlerini paylaşan kadınlardan toplanmıştır. Araştırma verilerinin toplandığı süreçte ilgili sosyal medya platformlarında gebelik kolestazı ile ilgili sağlık profesyonelleri tarafından paylaşılan toplam 91 adet bilgi paylaşımı tespit edilmiştir. Bu bilgi paylaşımlarında kendi deneyimlerini paylaşan toplam 43 kadına araştırmanın amacını açıklayan, telefon görüşmesinin yapılacağı ve ses kaydının alınacağına dair bir mesaj gönderilmiştir. Toplam 20 kadın mesaja yanıt vermiştir. Bu kadınlardan dördü araştırmaya katılmaya gönüllü olmaması ve iki kadın ise eşlerinin araştırmaya katılmasını istememesi nedeniyle araştırmaya dahil edilmemiştir. Bu nedenle araştırma diğer 14 kadınla planlanmıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü olan kadınlarla uygun oldukları gün ve saatte telefon görüşmeleri yapılmıştır. Veriler 12. kadında doyumluğa ulaşmıştır. Tanıtıcı bilgi formundaki soruların ardından tüm katılımcılara görüşmeye başlamak için şu açılış sorusu sorulmuştur: “Gebelik kolestazı gebeliğinizi nasıl etkiledi? Lütfen benimle paylaşır

mısınız?” Katılımcıları deneyimlerini açıklamaya teşvik etmek için alt sorular da sorulmuştur. Görüşmeler, katılımcılara bağlı olarak yaklaşık 30-40 dakika arasında sürmüştür. Veriler, nitel araştırmalarda deneyimli olan bir kadın araştırmacı (RA) tarafından toplanmıştır. Araştırma ana soruları aşağıdaki gibidir:

1. Gebelik kolestazı gebeliğinizi nasıl etkiledi? Lütfen benimle paylaşır mısınız?
2. Gebelik kolestazının yaşam kaliteniz üzerinde ne gibi etkileri oldu?
3. Gebelik kolestazı gebeliğiniz sürecinde bebeğinize bağlanmanızı nasıl etkiledi? Lütfen benimle paylaşır mısınız?
4. Gebelik kolestazında kaşıntı ile nasıl başa çıktınız? Örnekler vererek benimle paylaşır mısınız?
5. Gebeliği tekrar düşünecek olsanız, gebelik kolestazının gelecekteki gebelik planınız üzerine etkileri nelerdir?

Verilerin Analizi

Bu araştırmada, Morse ve Field'ın (1995) kavrama, sentezleme, kuramlaştırma ve yeniden bağlama süreçlerini içeren tematik analiz yaklaşımı temel alınmıştır. Analiz süreci aşağıda özetlenmiştir:

1. İlk olarak katılımcıların ifadeleri, yani veriler kelimesi kelimesine yazıya dökülmüş ve katılımcılar K1, K2 şeklinde kodlanmıştır.
2. Veriler anlaşılması için araştırmacı tarafından defalarca okunmuş ve kodlar oluşturulmuştur.
3. Okuma sırasında oluşturulan kodlar sentezlenerek geçici temalar oluşturulmuştur.
4. Katılımcıların alıntılarının alt temalarla kuramsal uyumluluğu ve alt temaların ana temalarla uyumluluğu yeniden bağlamsallaştırma için kontrol edilmiştir.
5. Analizde ortaya çıkan temaların uygunluğu, hemşire ve ebe akademisyenlerden oluşan ve ulusal ve uluslararası dergilerde nitel araştırmaları bulunan iki dış uzman tarafından kontrol edilmiştir.

Geçerlik ve Güvenirlik

Nitel araştırmalarda geçerlik, bilimsel bulguların doğruluğunu, güvenilirlik ise bilimsel bulguların tekrarlanabilirliğini ifade etmektedir (13). Bu araştırmada güvenilirlik, görüşmeler sırasında elde edilen veriler araştırmacı ve nitel araştırma konusunda deneyimli iki öğretim üyesi tarafından ayrı ayrı kodlanmış ve kodlamalar arasındaki uyumluluk kontrol edilerek fikir birliğine varılmıştır. Araştırmanın geçerliğini artırmak için görüşme formu geliştirilirken literatür taraması sonucunda kavramsal bir çerçeve oluşturulmuştur. Görüşmelerde kaydedilen bilgilerin sadece bilimsel amaçla kullanılacağına ve gizli tutulacağına dair sözlü onam alınarak karşılıklı güvenin sağlanmasında önemli bir etken olmuştur. Böylece görüşme sırasında toplanan verilerin gerçek durumu yansıtmayı sağlanmıştır. Ayrıca görüşmeler birebir yazıya dökülmüş ve doğrudan alıntılanmıştır. Verilerin analizinde temalar ve temaları oluşturan alt temalar arasındaki ilişki ve her bir temanın diğerleriyle ilişkisi kontrol edilerek bütünlük sağlanmıştır. Son olarak araştırmada kendi görüşmesinin transkriptini ya da araştırma bulgularını görmek isteyen kadınlara gönderilmiştir.

Etik Yönetim

Araştırma için Karadeniz Teknik Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (Onay no:2021/11). Araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlara araştırmanın amacı, nasıl yürütüleceği ve görüşmenin kayıt altına alınacağı konusunda bilgi verilmiştir. Daha sonra görüşmeler telefonla yapıldığı için sözlü onamları alınmıştır. Araştırma, Helsinki Bildirgesinin İlkeleri doğrultusunda gerçekleştirilmiştir.

Bulgular

Kadınların gebelik kolestazı deneyimleri; olumsuz gebelik deneyimi, yaşam kalitesinde bozulma, prenatal bağlanma, gebelik planı ve baş etme yöntemleri olmak üzere beş ana tema ve sekiz alt tema altında incelenmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Ana temalar ve alt temalar

Ana temalar	Alt temalar
Olumsuz Gebelik Deneyimi	Gebeliğin bir an önce sağlıklı olarak sonlanması isteği
	Gebeliğin istenmemesi
Yaşam Kalitesinde Bozulma	Uyku kalitesi Sosyal hayat Ruh sağlığı Beden imajı
Prenatal Bağlanma	Bebeğin sağlığı hakkında endişe etme Bebeği kaybetme korkusu
Gebelik Planı	-
Baş Etme Yöntemleri	-

Ana Tema 1. Olumsuz Gebelik Deneyimi

Kadınlar, gebelik kolestazına bağlı olarak gebelik deneyimlerinin olumsuz etkilendiğini buna bağlı olarak gebeliklerinin bir an önce sonlanmasını istediklerini ve kolestazın her gebelikte oluşma ihtimali bilgisine sahip olmaları durumunda bir sonraki gebeliği istenmeyeceklerini belirtmişlerdir.

Alt tema 1.1. Gebeliğin bir an önce sağlıklı olarak sonlanması isteği

Primipar kadınların neredeyse tamamına yakını kaşınının gebeliklerini olumsuz etkilediğini ve bir an önce gebeliğinin doğumla sonlanmasını istediklerini belirtmişlerdir. Kadınlardan bazılarının

ifadesi şöyledir: “Çok kötü etkiledi düşünsenize sürekli kaşınıyorsun ne yapsan geçmiyor. Artık dedim Allah’ım zaman su gibi geçsin doğurayım kurtulayım şu beladan...” (K8). “Gebeliğimden hiç zevk alamadım hayal ettiğim gibi geçmedi. Sürekli kaşınmak benim için bir ıstıraptır. O nedenle bir an önce gebelik sürecim bitsin bebeğimi kucağıma alayım istedim. Tek odak noktam bu olmuştu...” (K9).

Alt tema 1.2. Gebeliğin istenmemesi

Daha önceki gebeliklerinde bu deneyime sahip olan multipar kadınlar, gebelik kolestazının gelecek gebeliklerinde tekrarlama ihtimali olabileceği konusunda bilgilendirilmeleri durumunda bir sonraki gebeliklerini düşünmeyeceklerini belirtmişlerdir. Kadınlardan biri bu durumu şöyle ifade etmiştir; “Gebeliğim beni o kadar olumsuz etkiledi ki psikolojim bozuldu. Doktorlar bana bunu ikinci gebeliğimde de yaşayacağımı söyleselerdi, bir daha gebe kalmayı düşünmezdim...” (K12).

Kadınlardan biri köyde yaşadığını, durumunu çevresindeki insanların bulaşıcı hastalık olarak değerlendirip kendisinden uzaklaşacağını düşündüğünü ve bu durumu kimseyle paylaşmadığını, doktora gittiğinde gebelik kolestazı ve sonraki gebeliklerde de yaşama ihtimali olduğunu öğrendiğinde tekrar gebelik istemeyeceğini şöyle ifade etmiştir: “Benim tüm gebeliklerimde kaşıntım oldu ancak ben utandığım için kimseyle paylaşamadım. Köylü milleti bulaşıcı hastalık sanıp uzaklaşırlar diye. Son gebeliğimde en sonunda dayanamadım doktora gittim ne olduğunu öğrendim. Her gebelikte olma ihtimali olan bir hastalık olduğunu bilseydim gebe kalmazdım tekrardan. Çünkü çok zor...” (K10).

Ana Tema 2. Yaşam Kalitesinde Bozulma

Kadınlar gebelikte kaşıntının yaşamlarının neredeyse tüm alanlarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir. Bazı kadınlar bu etkilerin doğum sonu süreçte de hala devam ettiğini vurgulamışlardır. Bu tema “uyku kalitesi”, “sosyal hayat”, “ruh sağlığı” ve “beden imajı” olmak üzere dört alt temada incelenmiştir.

Alt tema 2.1. Uyku kalitesi

Kadınların tamamına yakını geceleri kaşıntının arttığını, ne yaparlarsa yapsınlar kaşıntının hafiflemediğini, gebeliğin son döneminde daha da

zor olduğunu ve neredeyse hiç uyuyamadıklarını belirtmişlerdir: “Kaşıntı gece başlıyordu. Bebek bir yandan kaşıntı bir yandan çok kötü etkiledi beni...” (K1). “...Geceleri kalkıp kaşınyordum bir de son zamanları hamileliğin çok zorluyor” (K5). Kadınlardan bazıları ne yaparlarsa yapsınlar kaşıntının hafiflemediğini ve uyuyamadıklarını vurgulamışlardır. Kadınlardan birinin ifadesi şöyledir: “Ne yapsan faydasız... Ayak altlarımı eşiklere ve mobilya kenarlarına sürterdim. Sabah gün ağarırken uyurdum” (K7).

Alt tema 2.2. Sosyal hayat

Kadınlardan bazıları kaşınmaktan korktuklarını, insanlara açıklama yapmaktan bunaldıklarını ve insanların onlara bakışlarından rahatsız oldukları için sosyal hayatlarına ara verdiklerini ya da sosyal hayatlarının kalmadığını belirtmişlerdir. “...Bir yere gittiğimde artacak mı bir şey olacak mı diye bir yere gitmekten kaşınyordum” (K1). Kadınlardan biri iş yaşamında kaşıntı nedeniyle yaşadığı sıkıntıyı şöyle ifade etmiştir; “İş arkadaşım erkekti ve özellikle göğüs ve kalça bölgesinden kaşınmamak için kendimi zor tutuyordum... Kaşıntım başlar diye 28. haftadan sonra pek dışarı çıkmadım...” (K8).

Kadınlardan bazıları sosyal çevreye açıklama yapmaktan bunaldıklarını ve insanların bakışlarından rahatsız olduklarını ve sosyal çevrelerinin kalmadığını belirtmişlerdir; “... İnsanlara açıklama yapmaktan bunalmıştım... sosyal çevrem hiçbir türlü kalmamıştı” (K7). Bir diğer kadın; “İnsanlara artık gıcık olmaya başlamıştım sanki benden iğreniyormuş gibi bakıyorlardı. O yüzden bir yere gitmek istemiyordum” (K10).

Alt tema 2.3. Ruh sağlığı

Kadınların tamamı kaşıntının sinirliliğe, bebeğini kaybetme korkusuna, psikolojik olarak çöküntüye ve kaşıntı olmadığı durumda bile en ufak kaşıntının kolestaz kaşıntısını hatırlattığına neden olarak psikolojilerinin olumsuz etkilendiğini belirtmişlerdir. Kadınlardan birinin ifadesi şöyledir; “Çok sinirliydim sürekli bağırıp çağırıyordum... Artık herkesi bunaltmıştım çok kötü durumlaydım her şeye sinirleniyordum” (K4). Kadınlardan bazıları kaşıntı ve bebeğini kaybetme korkusunun psikolojik olarak çöküntü yaşamalarına ve depresyona girmelerine neden olduğunu belirtmişlerdir. Kadınlardan birinin ifadesi şöyledir;

“Psikolojim çok bozuldu. Kaşıntı ve bebeğimi kaybetme kokusuyla bir ara dedim galiba depresyona giriyordum...” (K8).

Kadınlardan bazıları gebeliği sırasında ve sonrasında yaşanan kaşıntının kendinde oluşturduğu travmanın etkisinin hala devam ettiğini, tekrarlama korkusu olduğunu ve kaşıntıyı hatırlatan şeylerin kaşınmaya neden olduğunu ifade etmişlerdir; “Şu an bir yerim kaşınsa yine o kaşıntı geldi gitmeyecek sanıyorum korkuyorum. Siz bana görüşelim mi bu konuda diye mesaj attığınızda ben kaşınmaya başladım” (K1). “... Psikolojim bozuldu hala da etkisi bile var. Kolum açık kaldığında gece odadaki hafif esen rüzgar bile sanki kaşınma hissi yaratıyor ve korkuyorum” (K6).

Alt tema 2.4. Beden imajı

Kadınlardan bazıları kaşıntının vücutlarında bir değişikliğe neden olmadığını belirtirken çoğu kadın vücudunda değişikliğe (yara, morluk, döküntü) neden olduğunu ve bunun onu rahatsız ettiğini ve gelecekte izlerin kalmasından korktuğunu belirtmiştir. Beden imajından rahatsız olan bir kadının ifadesi şöyledir; “Kollarım, bacaklarım, avuç içlerim kaşınmaktan her yerim yara bere içindeydi sanki birinden dayak yemiş gibiydim. Çok kötüydü fiziksel görüntüm beni çok rahatsız ediyordu” (K4). Kaşıntıların izlerinin kalıcı olduğunu ifade eden iki kadın rahatsızlığını şöyle dile getirmiştir; “Yara çok olmuştu. Hala daha izleri var ve aynaya bakmak istemiyorum...” (K7). “... hala izleri var kollarımı kimse görsün istemiyorum” (K6).

Ana Tema 3. Prenatal Bağlanma

Bu temada kadınların prenatal bağlanma konusunda yaşadıkları deneyimler “bebeğin sağlığı hakkında endişe etme” ve “bebeği kaybetme korkusu”ndan oluşmaktadır.

Alt tema 3.1. Bebeğin sağlığı hakkında endişe etme

Bebeğin sağlığı hakkında endişe eden kadınlar gebelik kolestazı hakkında çok bilgiye sahip olmayan kadınlardı ve bağlanmaya çok etkisi olmadığını yalnızca bebeğin sağlığı hakkında endişe ettiklerini belirtmişlerdir. “Bebeğimin sağlığı için çok endişelendim. Acaba onda bir kalıntı olur mu? Çünkü ilaç kullandım ben baya... Bir şey olur mu onda bir şey gerçekleşir mi? diye çok

endişe yaşadım” (K2). “Bağlanmayı etkilemedi ilk bebeğim olduğu için heyecanla onu bekledim sağlıklıdır inşallah diye” (K4).

Alt tema 3.2. Bebeği kaybetme korkusu

Doktoru tarafından; bebeğin her an kalbi durabilir, anne karnındaki bebeğin hareketlerini say ve düzenli olarak kontrole gel diye bilgilendirilen kadınların bebeğini kaybetme korkusunda dolayı prenatal bağlanmanın olumsuz etkilendiği hatta bazı kadınların bebeği kaybederim korkusuyla bağı kopardığı görülmüştür. Kadınlardan biri kolestazın prenatal bağlanmayı nasıl olumsuz etkilediğini şöyle ifade etmiştir; “Gebeliğin altı yedi aya kadar normal her şey güzel. Bir anda bebeğini kaybedebilirsiniz her an kalbi durabilir diyorlar. ...Bebekle arandaki bağ kopuyor çünkü her an ölme ihtimali var. ...gebelikte kopardığım bu bağı etkisi oğlum üç yaşında hala devam ediyor. Aramızda hep bir mesafe var ve aşamıyoruz şu an...” (K6). Bebeğini kaybetme korkusu kadınların ileride daha büyük üzüntü yaşarım düşüncesi ile bağlanmasına engel olmuştur. Bir kadının ifadesi; “Bağlanamıyorsunuz ki ya kaybederim düşüncesi var ya...” (K1).

Ana Tema 4. Gebelik Planı

Kadınlardan çoğu bu sürecin tekrar sonraki gebeliklerde yaşanma ihtimalinden dolayı şu an gebelik düşünmediklerini gelecekteki fikirlerinin zaman göstereceğini ve bu konuda stresli olduklarını belirtmişlerdir; “Etkiledi tabi ki eşimle birlikte şimdiden strese girdik... Bu süreci tekrar nasıl atlattırız diye korkuyoruz” (K12). Kadınlardan birinin ifadesi şöyle; “İnternette okudum bir sonraki gebelikte tekrarla ihtimali %90-95’miş. O nedenle şu an korkuyorum düşünmüyorum” (K8).

Multipar kadınlar tekrar aynı sıkıntıları yaşamaktan korktukları için tekrar gebelik düşünmediklerini belirtmişlerdir. Bir kadının ifadesi şöyledir; “Doktorumun diğer gebeliklerini de büyük ihtimalle etkileyecek demesi bu düşünceyi bitirdi...” (K11).

Ana Tema 5. Baş Etme Yöntemleri

Kadınlar kaşıntı ile baş etme yöntemi olarak ılık duş, soğuk buz torbası uygulama, krem, kolonya, yoğurt ve düşünmemeye çalışma gibi baş etme yöntemleri kullandıklarını ancak bu yöntemlerin

Tablo 3. Kaşıntı ile baş etme yöntemleri

Katılımcı numarası	Ilık duş alma	Buz torbası uygulaması	Krem	Kolonya	Yoğurt	Düşünmemeye çalışma
K1			√		√	
K2	√	√				
K3	√	√				
K4	√	√	√			
K5	√					
K6	√					√
K7	√	√				
K8	√		√	√		√
K9	√					
K10	√	√		√		
K11	√			√		
K12	√	√			√	

oldukça kısa süreli çözümler olduğunu ifade etmişlerdir. En fazla kullanılan baş etme yönteminin duş ve soğuk buz torbası uygulaması olduğunu bulunmuştur (Tablo 3).

Kadınlardan birinin ifadesi şöyledir; “Ilık duşa giriyordum, buz torbaları koyuyordum ve krem sürüyordum ancak yarım saatlik çözümlerdi” (K4). Kaşıntıdan rahatlamak için bazı kadınlar uyguladıkları yöntemi uzun süre sürdürdüklerini belirtmişlerdir; “Bol bol soğuk su tuttum ayağıma. Sabaha kadar tutmak isterdim bazen” (K9).

Tartışma

Riskli gebelik deneyimleyen kadınlar fiziksel ve psikolojik sıkıntılar yaşamaktadır ve bu durum gebeliğinin olumsuz deneyimlenmesine neden olmaktadır (5). Gebeliğin olumsuz deneyimlenmesi doğum öz yeterliliğinin düşük olmasına, doğumun travmatik algılanmasına, yetersiz prenatal bağlanmaya ve preterm eylem gibi birçok istenmeyen duruma neden olabilmektedir (6). Bu çalışmada, riskli gebeliklerden biri olan gebelik kolestazı yaşayan kadınların gebelik deneyimleri incelenmiştir. Kadınların gebelik döneminde yaşadığı kolestaz deneyimleri; olumsuz gebelik deneyimi, yaşam kalitesinde bozulma, prenatal bağlanma, gebelik planı ve baş etme yöntemleri olmak üzere beş ana tema altında incelemiştir. Literatürde gebelik kolestazı yaşayan kadınların deneyimleri üzerine bir çalışmaya ulaşılamadığı için bulgular riskli

gebelik deneyimleri üzerine yapılan çalışmalarla tartışılmıştır.

Gebeliğin riskli olması kadının gebeliğini olumsuz deneyimlemesine ve gebelik sürecinin bir an önce bitmesi isteğine neden olabilmektedir (3, 5). Bu çalışmada, kadınların çoğu gebelik kolestazı ile yaşanan kaşıntının dayanılmaz olduğunu ve bu nedenle doğumun bir an önce gerçekleşmesini istediklerini belirtirken bazı kadınlar gebelik kolestazının tüm gebeliklerde oluşma riskini bilmesi durumunda gebeliği düşünmeyeceğini belirtmiştir. Yüksek riskli gebelik nedeniyle uzun süreli yatak istirahatinde olan gebelerle yapılan nitel çalışmalarda da kadınların gebeliğinin sağlıklı şekilde sonlanmasını istediği belirtilmiştir (14, 15).

Bu çalışmada, gebelik kolestazı yaşayan kadınların yaşam kalitesinde bozulma deneyimleri “uyku kalitesi”, “sosyal hayat”, “ruh sağlığı” ve “beden imajı” olmak üzere dört alt tema altında incelenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü (2017) “yaşam kalitesini; bireylerin yaşadıkları kültür ve değer sistemleri bağlamında, amaçları, beklentileri, standartları ve kaygıları ile ilgili olarak yaşamdaki konumlarını algılamaları olarak tanımlanmaktadır” (16). Bu kavram oldukça geniş bir kavramdır ve bireyin fiziksel sağlığı, mental sağlığı, sosyal yaşamı ve ilişkilerini etkilenmektedir. Bu çalışmada kadınlar geceleri kaşıntının arttığını, ne yaparlarsa yapsınlar

kaşıntısının hafiflediğini ve neredeyse hiç uyuyamadıklarını belirtmişlerdir. Yapılan sistematik bir derlemede gebelikteki fiziksel semptomların, uyku kalitesi, psikolojik problemler ve yaşam kalitesi ile yakından ilişkili olduğu belirtilmiştir (17). Saadati ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir araştırmada yüksek riskli gebelerin %94'nün uyku problemi yaşadığı ve yaşam kalitesi ile negatif yakın bir ilişkisi olduğu saptanmıştır (18). Yüksek riskli gebelerle yapılan nicel araştırmalarda gebelerin uyku problemlerinin yüksek olduğu, bu durumun yaşanan fiziksel semptomlar ve gebelik haftası ile yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir (19, 20).

Gebelik kolestazının en önemli semptomlarından biri olan kaşınma, bireyin sosyal hayatını olumsuz etkilemektedir (21). Bu araştırmada, kadınlardan bazıları kaşınmaktan korktukları, insanlara açıklama yapmaktan bunaldıkları ve insanların onlara bakışlarından rahatsız oldukları için sosyal hayatlarına ara verdiklerini ya da sosyal hayatlarının kalmadığını belirtmiştir. Yapılan araştırmalar, kaşınma problemi olan bireylerin yaşam kalitelerinin azaldığı, sosyal yaşamlarının olumsuz etkilendiği ve psikolojik sıkıntılar (anksiyete, stres, depresyon) yaşadığını göstermektedir (21, 22). Bu araştırmada da kadınlar kaşıntının; sinirliliğe, bebeğini kaybetme korkusuna, psikolojik olarak çöküntüye ve travma sonrası stres bozukluğu semptomlarından biri olan olayın tekrar yaşanma hissine neden olduğunu belirtmiştir. Şanlı ve arkadaşları (2017) tarafından yapılan araştırmada yüksek riskli gebelik yaşayan kadınların bebeğini kaybetme korkusu, üzüntü, endişe ve ölüm korkusu yaşadığı belirtilmiştir (23). Yapılan diğer bir nitel araştırmada, kadınların bebek ve gebelik ile ilgili hastalık sürecinin neler getireceğini bilmemeye bağlı olarak endişe, keder, hayal kırıklığı ve bebeğini kaybetme korkusu yaşadıkları bulunmuştur (24). Literatür; riskli gebelik deneyimleyen kadınların, sağlıklı gebelere göre daha fazla stres, anksiyete ve depresyon yaşadığını göstermektedir (25, 26).

Gebelik fizyolojik bir süreç olmasına rağmen kadının vücudunda kilo alımı, linea nigra ve stria gibi değişiklikler kadının benden imajını olumsuz etkilemektedir (27). Bu araştırmada kadınların bazıları gebelik kolestaz kaşıntısının yara, morluk, döküntüye neden olduğunu, beden imajını olumsuz etkilediğini ve gelecekte izlerinin

kalmasından korktuğunu belirtmiştir. Watson ve arkadaşları (2016) araştırmasında gebelikte beden imajı memnuniyetsizliğinin gebeliğin olumsuz deneyimlenmesine ve psikososyal sağlığın olumsuz etkilenmesine neden olduğunu saptamıştır (28). Roomruangwong ve arkadaşları (2017), gebe kadınların %34.1'inin beden imajından memnun olmadıklarını bulmuşlardır (29). Aynı araştırmanın sonucunda beden imajındaki memnuniyetsizlikle depresif ruh hali, düşük öz benlik algısı ve düşük maternal bağlanma arasında yakın bir ilişkinin olduğu belirtilmiştir.

Prenatal bağlanma sosyo-demografik özellikler, gebelik sayısı ve gebeliğin istenme durumu gibi birçok faktörden etkilenmektedir (30). Bunun yanında gebeliğin riskli olması ya da gebelikte algılanan riskler de prenatal bağlanmayı etkileyen en önemli faktörlerdendir (31). Bu araştırmada kadınlar gebelik kolestazı nedeniyle kullandıkları ilaçların bebeğin sağlığını olumsuz etkilemesi ve kolestazın bebeğin kalbinde ani durmaya neden olabileceğinden bebeğin sağlığı hakkında endişe ettiklerini ve bebeği kaybetme korkusu yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Aynı zamanda bu durumun bağlanmayı olumsuz etkilediğini ya da kopardığını belirtmişlerdir. Yapılan araştırmalarda yüksek riskli gebelerde prenatal bağlanmanın düşük olduğu ve bu durumun bebeğin kaybı ihtimali ve geçmiş ölü doğum deneyimi ile yakından ilişkili olduğu bildirilmiştir (30, 32).

Bu araştırmada kadınlar yaşadıkları sıkıntılardan dolayı gelecek gebelik planı hakkında stres yaşadıklarını ve şimdilik gebelik düşünmediklerini ifade etmişlerdir. Yüksek riskli gebelik deneyimi yaşayan kadınlarla yapılan nicel araştırmalar kadınların bu gebelik deneyimi sonrası daha fazla ve güvenilir kontraseptif yöntemleri seçtiklerini belirtmiştir (33, 34). Bu durum aslında kadınların bir sonraki gebelik için henüz hazır ve istekli olmadıklarını göstermektedir. Meaney ve arkadaşları (2017) tarafından gebeliğin kaybindan sonra ebeveynlerin deneyimleri ile ilgili araştırmada da ebeveynlerin bir sonraki gebelik sonrası tekrar kayıp ve sıkıntı yaşama korkusundan dolayı gebelik planı konusunda isteksiz oldukları belirtilmiştir (35). Yaşanılan olumsuz deneyimler bir sonraki süreçte de aynı şeyleri yaşama korkusuna neden olarak gelecek planların ertelenmesine ya da yapılmamasına neden olabilmektedir.

Bu araştırmada, kadınlara yaşadıkları sıkıntılarla nasıl baş ettikleri sorulduğunda yalnızca fiziksel semptomlara ilişkin baş etme yöntemleri hakkında bilgi vermişlerdir. Kaşıntı ile baş etme yöntemi olarak çoğunlukla ılık duş ve soğuk buz torbası uygulamasını tercih ettikleri belirlenmiştir. Hemodiyaliz ve kolestaz hastaları ile yapılan araştırmalar akupunktur, aromaterapi, hidnoterapi, müzik terapi, ılık duş ve soğuk uygulamanın kaşıntıyı hafiflettiğini belirtmiştir (36-38).

Sonuç ve Öneriler

Gebelik kolestazı kadınların kaşınmasına neden olarak uyku problemi yaşamalarına, sosyal hayatlarının bozulmasına, beden imajından memnuniyetsizliğe ve psikolojik problem yaşamalarına yol açarak gebeliğin olumsuz deneyimlenmesi ve yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmuştur. Ayrıca bebeği kaybetme ya da bebeğin sağlığının olumsuz etkilenmesi düşüncesi prenatal bağlanmanın bozulmasına ve gelecek gebelik planının istenmemesine neden olmuştur. Hemşirelere, kadınların gebelik kolestazında yaşadığı deneyimleri ile baş etmesinde büyük görev düşmektedir. Hemşireler, kadınların yaşadığı duyguların farkında olmalı, kadının dikkatini başka yöne çeken aktiviteler planlamalı, aynı deneyimi yaşayan bireylerle akran desteği sağlayarak sosyalizasyon için fırsatlar yaratmalıdırlar. Hemşireler kadınları gündüz uykusundan kaçınılması, sevdiği müziği dinleme, eğlenceli kitaplar okuma vb. aktivitelerin uykusuzluk ve buna bağlı oluşan yorgunlukla baş etmeye yardımcı olacağı konusunda bilgilendirmelidir (39). Bunlara ek olarak az yağlı diyet ile beslenmenin kaşıntının şiddetini azaltmaya yardım edeceğini belirtmeli ve sıvı alımını artırma konusunda cesaretlendirilmelidir.

İletişim: Dr. Öğr. Gör., Ruveyde Aydın
E-Posta: aydinruveyde@gmail.com

Kaynaklar

1. Herrera CA, Manuck TA, Stoddard GJ, Varner MW, Esplin S, Clark EA, et al. Perinatal outcomes associated with intrahepatic cholestasis of pregnancy. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2018;31(14):1913-20.
2. Arafa A, Dong J-Y. Association between intrahepatic cholestasis of pregnancy and risk of gestational diabetes and preeclampsia: a systematic review and meta-analysis. *Hypertension in Pregnancy*. 2020;39(3):354-60.
3. Abide CY, Ergen EB, Kilicci C. Association between gestational weight gain and maternal and neonatal outcomes. *Eastern Journal of Medicine*. 2018;23(2):115-20.
4. Wood AM, Livingston EG, Hughes BL, Kuller JA. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: a review of diagnosis and management. *Obstetrical & Gynecological Survey*. 2018;73(2):103-9.
5. Piechota J, Jelski W. Intrahepatic cholestasis in pregnancy: review of the literature. *Journal of Clinical Medicine*. 2020;9(5):1361.
6. Franks WL, Crozier KE, Penhale BL. Women's mental health during pregnancy: A participatory qualitative study. *Women and Birth*. 2017;30(4):e179-e87.
7. Mirzakhani K, Khadivzadeh T, Faridhosseini F, Ebadi A. Pregnant women's experiences of the conditions affecting marital well-being in high-risk pregnancy: A qualitative study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2020;8(4):345.
8. Shojaeian Z, Khadivzadeh T, Sahebi A, Kareshki H, Tara F. Knowledge Valuation by Iranian Women with High-Risk Pregnancy: A Qualitative Content Analysis. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2020;8(3):243.
9. Sandelowski M. Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*. 2000;23(4):334-40.
10. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 2007;19(6):349-57.
11. Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2015;42(5):533-44.
12. Morse JM, Field PA. *Qualitative research methods for health professionals (second ed.)*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications; 1995.
13. Cypress BS. Rigor or reliability and validity in qualitative research: Perspectives, strategies, reconceptualization, and recommendations. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2017;36(4):253-63.
14. Janighorban M, Allahdadian M, Mohamadi F, Dadkhah A, Eslami A-a. Need for consultation and training during bed rest in women with high risk pregnancy experience: a qualitative study. *International Journal of Pediatrics*. 2016;4(5):1705-14.
15. Janighorban M, Heidari Z, Dadkhah A, Mohammadi F. Women's needs on bed rest during high-risk pregnancy and postpartum period: A qualitative study. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2018;6(3):1327-35.
16. World Health Organization. *WHOQOL Measuring Quality of Life*. 2017.
17. Lagadec N, Steinecker M, Kapassi A, Magnier AM, Chastang J, Robert S, et al. Factors influencing

- the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018;18(1):1-14.
18. Saadati F, Sehhatie Shafaei F, Mirghafourvand M. Sleep quality and its relationship with quality of life among high-risk pregnant women (gestational diabetes and hypertension). *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2018;31(2):150-7.
 19. Hayase M, Shimada M, Seki H. Sleep quality and stress in women with pregnancy-induced hypertension and gestational diabetes mellitus. *Women and Birth*. 2014;27(3):190-5.
 20. Mohaddesi H, Bahadory F, Khalkhali H, Baghi P. Comparison of quality of life in low risk pregnant with high risk pregnant women in perinatology clinic of Kowsar ward Shahid Motahari Hospital in Urmia. *Avicenna Journal of Nursing and Midwifery Care*. 2013;21(4):69-95.
 21. Marron SE, Tomas-Aragones L, Boira S, Campos-Rodenas R. Quality of life, emotional wellbeing and family repercussions in dermatological patients experiencing chronic itching: a pilot study. *Acta Derm Venereol*. 2016;96(3):331-5.
 22. Korman N, Zhao Y, Pike J, Roberts J, Sullivan E. Increased severity of itching, pain, and scaling in psoriasis patients is associated with increased disease severity, reduced quality of life, and reduced work productivity. *Dermatology Online Journal*. 2015;21(10).
 23. Şanlı Y, Dinçer Y, Bayram S, Oskay Ü. Triangülasyon metodu ile yüksek riskli gebelerde mevcut stresörler ve baş etme yöntemleri: Bir devlet hastanesi örneği. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*. 2018;27(5):333-42.
 24. Laza Vasquez C, Pulido Acuña G, Castiblanco Montañez R. The phenomenology of the study of the experience of high-risk pregnancy. *Enfermería Glob*. 2012;11(28):295-305.
 25. Gourounti C, Karapanou V, Karpathiotaki N, Vaslamatzis G. Anxiety and depression of high risk pregnant women hospitalized in two public hospital settings in Greece. *International Archives of Medicine*. 2015;8(25).
 26. Dagklis T, Papazisis G, Tsakiridis I, Chouliara F, Mamopoulos A, Rouso D. Prevalence of antenatal depression and associated factors among pregnant women hospitalized in a high-risk pregnancy unit in Greece. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2016;51(7):1025-31.
 27. Aksoy Derya Y, Gök Uğur H, Özşahin Z. Effects of demographic and obstetric variables with body image on sexual dysfunction in pregnancy: A cross-sectional and comparative study. *International Journal of Nursing Practice*. 2020;26(3):e12829.
 28. Watson B, Fuller-Tyszkiewicz M, Broadbent J, Skouteris H. Development and validation of a tailored measure of body image for pregnant women. *Psychological Assessment*. 2017;29(11):1363-75.
 29. Roomruangwong C, Kanchanatawan B, Sirivichayakul S, Maes M. High incidence of body image dissatisfaction in pregnancy and the postnatal period: Associations with depression, anxiety, body mass index and weight gain during pregnancy. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2017;13:103-9.
 30. Pisoni C, Garofoli F, Tzialla C, Orcesi S, Spinillo A, Politi P, et al. Complexity of parental prenatal attachment during pregnancy at risk for preterm delivery. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2016;29(5):771-6.
 31. Palma E, Armijo I, Cifuentes J, Ambiado S, Rochet P, Díaz B, et al. Hospitalisation in high-risk pregnancy patients: is prenatal attachment affected? *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2021;39(1):30-42.
 32. Demir Yıldırım A, Hotun Şahin N. Riskli gebelerde prenatal bağlanma ve risklerin değerlendirilmesi. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2020;5(4):661-72.
 33. French M, Albanese A, Gossett DR. Postpartum contraceptive choice after high-risk pregnancy: a retrospective cohort analysis. *Contraception*. 2016;94(2):173-80.
 34. Ali N, Aldhaheeri AS, Alneyadi HH, Alazeezi MH, Al Dhaheri SS, Loney T, et al. Effect of gestational diabetes mellitus history on future pregnancy behaviors: the mutaba'ah study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(1):58.
 35. Meaney S, Everard CM, Gallagher S, O'Donoghue K. Parents' concerns about future pregnancy after stillbirth: a qualitative study. *Health Expectations*. 2017;20(4):555-62.
 36. Kapucu S, Akyar İ, Korkmaz F. Konfor. *Pearson Nursing Diagnosis Handbook (11 Baskı) Ankara: Pelikan; 2018. p. 929-33.*
 37. Weisshaar E, Szepietowski JC, Darsow U, Lambert J. European guideline on chronic pruritus in cooperation with the European Dermatology Forum (EDF) and the European Academy of Dermatology and Venereology (EADV). *Acta Dermato-Venereologica*. 2012;92(5):563-81.
 38. Zhang L, Deng Y, Yao J, Xiao X, Yu S, Shi Y, et al. Acupuncture for patients with chronic pruritus: protocol of a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2020;10(8):e034784.
 39. Güleç D, Sevil Ü. Gebelik intrahepatik kolestazi ve hemşirelik bakımı. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*. 2013;29(2):93-103.



DOI: 10.17942/sted.904333

Geliş/Received : 27.03.2021

Kabul/ Accepted : 28.07.2022

Öz

Mikroorganizmalar veya toksinlerinin tüm canlılarda ölüme neden olmak, panik oluşturmak, hastalık oluşturmak amacıyla kişi veya gruplarca kullanılmasına biyoterörizm denir. Biyoterörizm saldırıları çok hızlı bir şekilde yayılabilen ve ciddi hastalık oluşturabilen mikroorganizmalarla büyük tehlikeler oluşturma potansiyeline sahiptir. Bu saldırıların önlenmesi için çeşitli uluslararası sözleşmeler yürürlükte. Ancak ulusal düzeyde ülkelerin biyolojik ajanların salınımına yanıt verebilecek halk sağlığı sistemine ihtiyaçları vardır. Bu makale biyoterörizmi önlemeye yönelik halk sağlığı yaklaşımlarını ve çözüm önerilerini açıklamak amacıyla yazılmıştır.

Anahtar sözcükler: Biyoterörizm, Halk sağlığı, Önleme

Abstract

The use of microorganisms or their toxins by individuals or groups to cause death, panic, or cause disease in all living things is called bioterrorism. Bioterrorism attacks have the potential to pose great dangers with microorganisms that can spread very quickly and cause serious disease. Various international agreements are in effect to prevent these attacks. However, at the national level, countries need a public health system that can respond to the release of biological agents. This article is written to explain the public health approaches and proposed solutions to prevent bioterrorism.

Key words: Bioterrorism, Public health, Prevention

¹ Dyt., Hacettepe Üniversitesi İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi, Beslenme ve Diyet Hizmetleri, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Beslenme ve Gıda Bilimleri Yüksek Lisans Programı Öğrencisi (Orcid no: 0000-0002-2189-8521)

² Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD (Orcid no: 0000-0002-4053-2517)

Giriş

Biyoterörizm, insanlarda hastalığa veya ölüme neden olmak için kasıtlı olarak virüs, bakteri, toksin veya diğer ajanların salınmasıyla yapılan saldırılardır. Özellikle şarbon, çiçek hastalığı, veba, botulizm, tularemi ve viral hemorajik ateşler, halk sağlığı üzerinde olumsuz etki potansiyeli yüksek biyolojik etkenlerdir. Bu biyolojik ajanlar hava yoluyla, su yoluyla veya yiyeceklerle yayılabilir. Biyoterörizm ajanlarının tespiti ve tanımlanması karmaşıktır (1,2). Bazı iyi belgelenmiş olaylar dışında tarihçiler ve mikrobiyologlar için doğal salgınları iddia edilen biyolojik saldırılardan ayırmak genellikle çok zordur. Çünkü; modern mikrobiyolojinin öncesine dair yeterince bilgi mevcut değildir ve zamanın geçişi ile gerçekler perdelenmiş olabilir. Ayrıca; siyasi nedenlerle de gerçekler manupüle edilmiş olabilir (3). İster kasıtlı olsun ister kendiliğinden gerçekleşsin toplumda büyük yıkıcı etkileri olan bu tür saldırı olaylarına karşı ülkelerin sağlam bir halk sağlığı sistemine ihtiyaçları vardır. Sürveyans, erken teşhis, müdahale, hastaların etkili izolasyonu, potansiyel olarak enfekte kişilerin hareketlerinin kontrolü ve risk iletişimi için yeni ve geliştirilmiş yaklaşımlar geliştirilmelidir. Bu gerekçe ile bu makalenin amacı halk sağlığı bakış açısı ile biyoterörizm saldırılarının özelliklerini, etik, hukuki boyutunu ve önlenmesine yönelik yaklaşımları açıklamaktır.

Biyoterörizm Ajanlarının Sınıflandırılması, Özellikleri ve Etkileri

Amerika Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC), terörist saldırılarda silah olarak kullanılma potansiyeli olan “biyolojik ajanları” üç ana kategoride sınıflandırmıştır. Biyo-ajan sınıflandırması, ajanın ne kadar kolay bulaşabileceğine, kullanım olasılığına ve sağlık riski veya ölüm oranına bağlıdır. A Kategorisi, ulusal güvenlik ve halk sağlığı açısından en yüksek önceliğe sahiptir. Yüksek ölüm oranıyla kolayca bulaşan ve nadiren görülen patojenleri içerir (örn.; *Bacillus anthracis*, *Yersinia pestis*, *Clostridium botulinum*, ve *Francisella tularensis*). B Kategorisi, daha düşük önceliklidir. Orta derecede hastalık oranı ve düşük ölüm oranıyla (örn., *Burkholderia pseudomallei*, *Brucella spp.*, *Rickettsia prowazekii* ve *Coxiella burnetii*) yiyecek ve su yoluyla bulaşan patojenleri içerir. C Kategorisi ise, gelecekteki olası tehditler olarak kabul edilir. Seri üretime bağlı olarak gelecekte bir

tehdit oluşturabilecek mevcut patojenlerdir (örn.; İnfluenza virüsü, kuduz virüsü ve *Coccidioides* spp.) (4).

Nükleer, kimyasal ve konvansiyonel silahların aksine; biyolojik bir saldırının başlangıcı sinsidir. Uzun sürede yaralanma ve ölüme neden oldukları için etkilenen nüfusta terörü tetikler. Geliştirilmesi kimyasal silahlara göre daha hızlı, kolay ve ucuzdur, çok daha öldürücüdür ve dağıtımı daha kolaydır. Tespit edilme olasılığı düşüktür. Birçok farklı hedefe etki edebilir, yiyecek ve su, böcek vektörleri veya aerosol yoluyla yayılabilir. Hedeflere nüfuz etmek için pek çok yola sahip olabilir ve teröristler tarafından kontrolsüzce kullanılabilir(5).

Biyoterörizm saldırılarının amacı; genel olarak toplumda kaos yaratmaktır. Bununla birlikte hükümete ve devlete olan güvenin kaybedilmesi, üretim tesislerinin kapatılması, iş kaybı ve üretim faaliyetlerinde aksaklıklar, acil yardım sisteminde ortaya çıkacak zafiyetler ve toplu ölüm ve yaralanmalara neden olmaktadır (6).

Biyolojik silahları içeren saldırılar, ajanlar düşük düzeyde ölüm ve fiziksel morbiditeye neden olsa bile, çeşitli şekillerde önemli zihinsel ve sosyal etkilere neden olabilir. İlk zihinsel etkilerden biri yoğun sosyal ve psikolojik bunalımdır. Özellikle biyolojik ajanlara maruz kalınmadığı zaman bile endişe içinde olmaktadır. Bunun nedenleri biyolojik ajanların görünmezliği, ajanın kişisel temasla yayılma olasılığı, biyolojik silahların tehlikeli olma boyutunun belirsizliği, vb. olabilir. Nüfusun yerinden edilmesi, destek sistemlerinin bozulması gibi biyolojik etkenlere maruz kaldıktan sonra ortaya çıkan sosyal sorunlarda mevcuttur (6).

Biyoterörizm Saldırıları

Biyoterörizmin, Hititlerin düşmanlarına gönderdiği enfekte koçlarla 14 asır önce başladığı öne süren çalışmalar mevcuttur (3). Ancak resmi kaynaklarda yer alan ilk biyoterörizm saldırı denemesi 12. yüzyılda İtalya içme sularına hayvan ve insan ölümlerinin atılmasıdır. 1346 yılında Ukrayna’da, Tatar askerleri vebadan ölmüş insan cesetlerini şehrin içme sularına atarak salgına neden olmuşlardır. Bir diğer biyoterörizm saldırısı 1763 yılında çok sayıda kızılderelinin ölümüne neden olan İngiliz bir komutan tarafından kızılderelilere çiçek virüsü ile kontamine olmuş

battaniyelerin verilmesidir. Zaire'deki ebola virüsü salgınında 40 kişilik bir grubun hastalara yardım adı altında, aslında planladıkları biyolojik saldırı için öldürücü ebola virüsünü almak amacıyla oraya gittikleri sonradan anlaşılmıştır. Tokyo'da metroya sarın gazı ile saldırı düzenlendiği ifade edilmektedir (7). Bu saldırıyı düzenleyenlerin daha önce defalarca biyolojik ajanlar kullanarak (şarbon, botilismus vb.) Tokyo'ya saldırdığı ancak belirlenemeyen nedenlerle başarısız oldukları bildirilmiştir. Tarihte bilinen son biyoterörizm saldırısı Amerika'da 11 Eylül 2001 saldırılarından sonra gerçekleştirilen şarbon sporları içeren mektup gönderme olayıdır. Farklı kuruluşlara gönderilen bu mektuplarla inhalasyon ve deri yoluyla 15 kişi hastalık oluşmuştur. (3,7,8).

Biyoterörizmin Önlenmesine Yönelik Öne Çıkan Uluslararası Sözleşme ve Protokoller Cenevre Protokolü (1925)

Protokol, 4 Mayıs-17 Haziran 1925 tarihleri arasında, Milletler Cemiyeti himayesinde Cenevre'de bir konferansta düzenlenip imzalanmış ve 1928 yılının Şubat ayında yürürlüğe girmiştir. İmzalanan bu protokol savaşta biyolojik ve kimyasal silahların kullanılmasının yasaklanmasını içermektedir. Cenevre Protokolü'ne taraf olan ülkelerin çoğu ön koşul olarak, biyolojik ve kimyasal silahları kullanmamanın sadece bu protokolü imzalayan devletlere karşı bir yükümlülük getirmesini ve bu silahların kendilerine karşı kullanılması durumunda tüm yükümlülüklerin ortadan kaldırılmasını talep etmiştir. Protokolde; boğucu, zehirli veya diğer gazların ve tüm benzer sıvıların, malzemelerin veya cihazların savaşta kullanılmasının, medeni dünyanın genel görüşü tarafından haklı olarak kınanmış olduğundan ve bu silahların evrensel hukukun bir parçası olarak ulusların vicdanını ve uygulamalarını bağlayacağından yasaklandığı belirtilmiştir. Ancak üretilmesi, depolanması ile ilgili herhangi bir hüküm içermemektedir. Bu yüzden tamamlayıcı ve daha kapsayıcı nitelikte 1972 yılında "Biyolojik Silahlar Sözleşmesi (BSS)" düzenlenmiştir (9).

Biyolojik Silahlar Sözleşmesi (1972)

"Biyolojik Silahlar Sözleşmesi (BSS)" biyolojik silahların üretimini yasaklayan ilk çok taraflı antlaşma olup, tam adı "Bakteriyolojik ve Toksin Silahların Geliştirilmesi, Üretilmesi ve Depolanmasının Yasaklanması ve İmha

Edilmesi Sözleşmesi" dir. Bu anlamda Cenevre Protokolü'nü tamamlayıcı niteliktedir. BSS hükümleri Birleşik Krallık tarafından 10 Nisan 1972'de imzaya açılmış ve sözleşmeye taraf olan 22 devletin onayıyla 26 Mart 1975'de yürürlüğe girmiştir. Aralık 2020 itibarıyla 183 ülke sözleşmeye taraftır. Türkiye ise 1974 yılında taraf olmuştur. BSS, biyolojik ve toksinli silahların geliştirilmesini, üretilmesini, edinilmesini, aktarılmasını, stoklanmasını ve kullanılmasını etkin bir şekilde yasaklar ve uluslararası toplumun kitle imha silahlarının yayılmasını ele alma çabalarında kilit bir unsurdur. Biyolojik Silahlar Sözleşmesine taraf devletler, yürürlüğe girdiği günden bu yana bilim ve teknoloji, politika ve güvenlikteki değişikliklere rağmen, sözleşmenin geçerli ve etkili kalmasını sağlamak için çaba göstermiştir. Aradan geçen yıllar boyunca, taraf devletler, BSS'nin işleyişini gözden geçirmek için beş yıllık aralıklarla bir araya gelmiştir. Bu gözden geçirme konferansları arasında taraf devletler, sözleşmenin etkinliğini güçlendirmek ve uygulanmasını iyileştirmek için çeşitli faaliyetler ve girişimler gerçekleştirmişlerdir (10,11).

Biyoterörizmi Önlemek için Halk Sağlığı Yaklaşımları

Dünya Sağlık Örgütü, kasıtlı bir eylem veya doğal olarak meydana gelen bir olay olarak nitelendirilip nitelendirilmediğine bakılmaksızın, bir olayın olası halk sağlığı sonuçlarına odaklanır. Bir biyoterörizm saldırısı olduğunda veya hazırlıklı olmak istediğinde, DSÖ üye devletlere halk sağlığı sürveyans ve müdahale faaliyetlerinin güçlendirilmesini tavsiye eder. Bunun sağlanması için beş temel konuya vurgu yapar:

1. Kasıtlı olarak ortaya çıkabilecek hastalıkları tespit edebilen tüm düzeylerde uyarı ve müdahale sistemleri dahil olmak üzere, hastalık salgınlarının daha etkili ulusal sürveyansı,
2. Su temini, gıda güvenliği, nükleer güvenlik ve zehir kontrolü dahil olmak üzere birçok sektör arasında daha iyi iş birliği,
3. Hem profesyoneller hem de halklar için riskler hakkında etkili iletişim,
4. Olası bir saldırının psikososyal sonuçlarının üstesinden gelmek için hazırlık ve
5. Tüm sektörler için geliştirilmiş acil durum planları üzerinde durur (12).

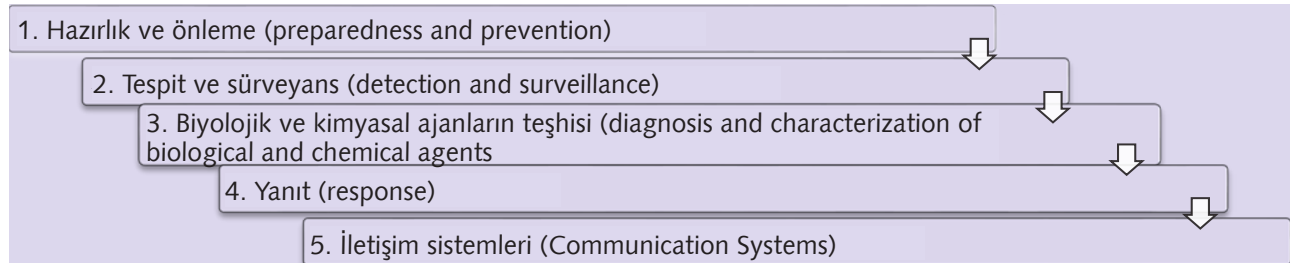
Ülkelerin kimyasal ve biyolojik ajanların kasıtlı salınımına yanıt verebilecek bir halk sağlığı

sistemine ihtiyaçları vardır. Bu ihtiyacın farkına varan Elli Beşinci Dünya Sağlık Asamblesi, Mayıs 2002'de Üye Devletlere biyolojik ve kimyasal ajanların yerel dahil olmak üzere kasıtlı kullanımını ve aynı zamanda küresel bir halk sağlığı olarak zarara neden olacak radyonükleer saldırıları tedavi etmeye çağıran WHA55.16 kararını kabul etmiştir. WHA55.16 kararları olayı hızla kontrol altına almak ve etkilerini hafifletmek için diğer ülkelerdeki bu tür bir tehdide uzmanlık, malzeme ve kaynakları paylaşarak yanıt vermeyi kapsar. Ancak bu acil bir çözümdür. Gerekli olan uygun kaynaklara sahip ulusal ve uluslararası prosedürlerdir (1).

Biyoterörizmi önlemek adına, 2001 yılında düzenlenen şarbon saldırılarının ardından birçok ülke bu saldırılara karşı ulusal tedbirler almak zorunda kalmışlardır. Örneğin Fransa "Biotox" adını verdiği bir acil durum eylem planı oluşturmuş ve çiçek hastalığına karşı 15 günde 60 milyon kişiyi aşılayabilecek miktarda aşı stoku yapmıştır. Bununla beraber aşı stoklarının bulunduğu laboratuvar acil durumlar için 24 saat açık olarak tutulmaktadır. Yine Fransa'da bulunan hastaneler biyolojik ya da kimyasal risklerle karşılaşma ihtimallerine karşılık gerekli materyaller ile donatılmıştır. Benzer şekilde 2002 yılında Avusturya'nın çiçek hastalığına karşı yapmış olduğu aşı stoku miktarı 50.000 dozdur. İngiltere, Amerika ve İrlanda olası bir biyoterörizm saldırısında halkın vereceği reaksiyonu ölçmek için metro istasyonlarında alarm sistemleri ile tatbikatlar yapmışlardır (13).

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde 1996 yılında Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) tarafından oluşturulan ulusal bir gıda kaynaklı hastalık sürveyans programı olan PulseNet'i başlatmıştır. Programın amacı, hastalık vakalarındaki özellikleri tespit etmek, araştırmak ve ilişkilendirmek için küçük veya büyük gıda kaynaklı salgınları belirlemektir. PulseNet laboratuvarları tarafından üretilen tüm veriler, demografik ve diğer ilgili bilgilerle birlikte Halk Sağlığı Laboratuvarı Bilgi Sistemindeki merkezi bir depoya iletilir. PulseNet laboratuvarları, gıda kaynaklı salgın suşlarını ve serotiplerini araştırmak için çeşitli alt tiplene yöntemlerini kullanır. Gelecekte gıda kaynaklı bir biyoterörizm saldırısının olasılıkları göz önüne alındığında, PulseNet gibi programlar tehditleri tespit etmeye ve hatta mikrobiyal ajanın kaynağını belirlemeye yardımcı olabilir (1).

Yine ABD'de biyoterörizm saldırılarını önlemek için farklı bölgelerden belirli zaman periyotlarında çevresel hava örnekleri toplama ve bunun analizini yapma projesi "The Joint Program Office for Biological Defense (JPO-BD)" isimli kuruluş tarafından geliştirilmiştir. Bu projede kullanılan "Interim Biological Agent Detection System" isimli dedektör örnekleri toplar, hızlıca hava filtresinden geçirir ve partikül büyüklüğünü ölçer. Örnekler farklı mevsimlerde ve gece gündüz ayrı ayrı; havadaki mikroorganizma konsantrasyonlarını etkileyen ısı, nem, rüzgar hızı ve yönü gibi özellikler göz önünde bulundurularak toplanır ve dökümanite edilir. Havada olması gerekenden farklı bir mikroorganizmanın



Şekil 1. Biyoterörizme yönelik halk sağlığı stratejileri aşamaları (CDC, 2000)

yoğunluğunda artış olursa alınan örneklerdeki DNA'lar PCR ile çoğaltılarak saklanır. Olası bir biyoterörizm saldırısında kompakt diskte kayıtlı mikroorganizmalar ile karşılaştırılarak gerekli önlemler alınır (14).

Amerika Birleşik Devletleri Hastalıkları Kontrol

ve Önleme Merkezi'nin hazırladığı rapora göre biyoterörizme yönelik halk sağlığı stratejileri birbiri ile bağlantılı 5 maddeden oluşmaktadır:

1. **Hazırlık ve önleme:** Halk sağlığını ilgilendiren birçok konu gibi biyoterörizmin hiç gerçekleşmeden önlenmesi de önceliklidir;

çünkü korunma ve tedavi önlemeden çok daha zor ve pahalı yöntemlerdir. Ancak; biyoterörizm saldırılarının tamamen ortadan kaldırılmasına yönelik bir önlem ya da gerçekleştiğinde bunun hızlıca saptanmasını, toplumun bu biyolojik ajana maruz kalımının engellenmesini sağlayacak bir sistem henüz mevcut değildir. Yıllardır biyoterörizm saldırılarının önlenmesi üzerine yoğun bir şekilde çalışan Amerika Birleşik Devletleri'nde dahi bu ajanlar ancak hastalık yapıp, can kaybına yol açmaya başladıktan sonra belirlenmektedir. Bu saldırılara hazırlıklı olmak ve gerçekleşmesini önlemek adına atılacak adımlar uluslararası işbirliği içinde olmalıdır. Bunun içinde yapılması gerekenler yaptırımların artırılması, yasal düzenlemelerin gözden geçirilmesidir. Birleşmiş Milletler Genel Sekreteri de 1975 yılında yürürlüğe giren biyolojik silahların yasaklanmasına ilişkin sözleşmenin güçlendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır. Sözleşme yürürlükte olmasına rağmen, bir izleme mekanizması içermemektedir. Ayrıca 14 ülke bugüne kadar anlaşmayı imzalamamıştır. Bu ülkeler arasında İsrail, Mısır, Somali ve Suriye bulunmaktadır (15). Bunun dışında biyo-ajanlarla ilgili çalışmaların yapıldığı laboratuvarların gizlilik ve güvenliğinin sağlanması, personelin eğitilmesi ve toplumsal bilincin geliştirilmesi önlemede etkili olacaktır.

- 2. Tespit ve sürveyans:** Ülkelerin biyoterörizm saldırılarına karşı her an hazır olması, olası bir saldırıyı hızlıca tespit etmesi önemli sorumluluklarındandır. Asıl hedeflenmesi gereken bir biyoterörizm saldırısının hazırlık aşamasında iken tespit edilmesidir. Çünkü ancak hazırlık aşamasında tespit edilirse topluma vereceği zararın ve yayılımın önüne geçilebilir. Bunun içinde halk sağlığı sürveyans çalışmaları büyük önem kazanmaktadır. Sürveyans sistemleri ile toplanan bilgiler oluşabilecek salgının yol açabileceği zarar ve yıkımı en aza indirmede kilit rol oynar. Bir biyoterörizm saldırısı gerçekleştiğinde birkaç saat içinde yanıt oluşturmada; oluşturulacak yanıtın ne olacağına karar vermede halk sağlığı sürveyans sistemleri kullanılır. Ayrıca olası bir saldırının tespitinde postmodern mikrobiyolojik analizler de kullanılır. Bunlar adli tıp uzmanları, mikrobiyologlar

ve patoloğların yer aldığı multidisipliner bir ekiple şüpheli bir enfeksiyonun tespit edilmesi için yapılan klinik ve adli otopsileri kapsar. DSÖ'nün küresel uyarı ve müdahale faaliyetleri ve "Küresel Salgın Uyarı ve Müdahale Ağı", salgınların tespiti, doğrulanması ve kontrol altına alınmasını amaçlayan küresel sağlık güvenliğinin önemli bir ayağını temsil eder. Biyolojik bir ajanın kasıtlı olarak salınması durumunda, bu faaliyetler, etkili uluslararası çevreleme çabaları için hayati olacaktır (12,16).

- 3. Biyolojik ve kimyasal ajanların teşhisi:** Tüm önleme çalışmalarına rağmen bir biyoterör saldırısı gerçekleşmiş ve tespit edilmişse bırakacağı hasarı en aza indirmek için kullanılan biyolojik veya kimyasal ajanın teşhisinin hızla yapılması ve bu ajana yönelik yanıtların oluşturulması gereklidir. Teşhisin hızla gerçekleştirilmesi için önceden sürveyans çalışmalarından elde edilen bilgilerle acil eylem planı oluşturulmuş ve görev paylaşımlarının yapılmış olması gerekmektedir. Biyogüvenlik (malzeme, cihaz ve çevrenin korunması), biyoemniyet (insanların korunması) ve biyoterörizm çalışmalarında yer alması gereken kurum ve kuruluşların kimler olacağı belirlenmeli, uygun çalışma ortamları önceden oluşturulmalıdır. Bu sayede operasyonel (kısa), taktik (orta) ve stratejik (uzun) kararların doğru ve anında alınması sağlanmalıdır. Kara, hava ve deniz sınır kapıları hastalık taşıyan eşya/ajan/insanların ülkeye giriş-çıkış noktaları olmaları nedeniyle ilk çalışma bölgeleri olarak belirlenmelidir. Önem taşıyan noktalarda bir istasyon ve eğitilmiş personel bulundurulmalıdır (17). Kontaminasyonların önlenmesinde de aktif sürveyans yapılması, bunun yanında dirençli mikroorganizmalarla enfekte hastaların erken saptanması doğru iletişim ile ilgili sağlık personelinin uyarılması gereklidir (14).
- 4. Yanıt:** Maruz kalan bireylerin spesifik tıbbi tedavisi, tamamen dahil olan organizmanın doğasına bağlıdır. Potansiyel biyolojik ajanlara karşı popülasyonun belirli kesimlerinin (temaslılar, sağlık personeli ve ilk müdahale ekipleri) aşılınması veya profilaktik antibiyotik tedavisi uygulanabilir. Küresel anlamda acil aşı stokları "ICG", Afrika'daki başlıca menenjit

salgınlarını takiben, büyük salgınlar sırasında ülkelere acil aşı malzemeleri ve antibiyotiklerin sağlanmasını yönetme ve koordine etme mekanizması olarak 1997 yılında kurulmuştur (1). Herhangi bir biyolojik saldırı ile karşılaşma durumunda uygulanması gerekenler ulusal düzeyde de bildirilmiştir. Olası bir biyoterör saldırısında çevremizden herhangi biri hastalanırsa öncelikle temkinli olmak, panik yapmamak ve söylentilere inanmamak gereklidir. Eğer belirtilere uyan bir durum oluşursa veya risk altında olduğu düşünülen bir grubun içinde bulunulma durumunda tıbbi yardım alınmalıdır. Kalabalıktan uzak durarak mevcut hastalığın yayılması engellenmelidir. İletişim araçları üzerinden yetkili makamlarla yapılacak açıklamalar ve talimatlara uyulmalıdır (18).

- 5. İletişim sistemleri:** Biyolojik ve kimyasal terörizmin halk sağlığı sonuçlarını hafifletmek en güncel acil durum bilgilerine erişimi olan iyi eğitilmiş sağlık hizmetleri ve halk sağlığı personelinin koordineli faaliyetlerine bağlıdır. Herhangi bir biyolojik saldırı anında halk uzmanlara kolayca ulaşılabilir. Haber medyası aracılığıyla halkla etkili iletişim, teröristlerin halk arasında paniğe neden olma ve günlük hayatı bozma yeteneklerini sınırlamak için de gerekli olacaktır. CDC eyalet ve yerel sağlık kurumlarıyla birlikte çalışarak
- a) hastalık sürveyansını destekleyecek son teknoloji ürünü bir iletişim sistemi;
 - b) muhtemelen biyoterörizmle ilgili olan hastalık salgınları hakkında hızlı bildirim ve bilgi alışverişi;
 - c) teşhis sonuçlarının ve acil durum sağlık bilgilerinin yayılması;
 - ve d) acil durum müdahale faaliyetlerinin koordinasyonu ile ilgili epidemiyologlara ve laboratuvar çalışanlarına, acil müdahale ekiplerine, acil servis personeline ve diğer ön saf sağlık hizmeti sağlayıcılarına ve sağlık ve güvenlik personeline terörizmle ilgili eğitim sağlanmalıdır (19).

İletişim ve işbirliği içinde olmanın en büyük yararı, hem doğal hem de kasıtlı salgınlar için erken uyarı noktaları olarak kabul edilen bilgilili bilim adamları ve klinisyenler arasında güven ağlarının geliştirilmesidir. "Tek Sağlık" yaklaşımı sağlık çalışanları arasındaki iş birliğini teşvik eder ve bulaşıcı hastalık ve antimikrobiyal direncin küresel

yayılmasını önlemede olduğu gibi biyoterör hazırlıklarını önlemede de etkilidir (20,21).

Etik açıdan değerlendirildiğinde biyoterörizm kabul edilemez bir durumdur. Sağlık; din, dil, ırk, siyasi görüş, ekonomik ve sosyal statü gözetilmeksizin, Dünya Sağlık Örgütü tarafından bir insan hakkı olarak kabul edilmiştir. 'İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde ise 'insan olmaktan gelen, vazgeçilmez ve devredilemez' haklarının başında yaşam hakkı gelmektedir. Ancak yaşamın, yalnızca canlı olmaktan ibaret olmadığı; sağlıklı, maddi manevi refah içinde, yeterli eğitimin sağlandığı, kısacası nitelikli yaşam olması gerektiği vurgulanmıştır (22). Biyoterörizm ise insanın yaşama hakkını elinden alan eylem olarak değerlendirildiği için savaş koşullarında uyulması yönünde benimsenen etik ilkeler, biyolojik ajanların kullanıldığı saldırı koşulları için de geçerli olmalıdır (23).

Evrensel bildirgede bahsedildiği gibi acil salgın durumlarında da sağlık çalışanlarının sağlık hizmetine ihtiyaç duyanların din, dil, ırk, cinsiyet, cinsel tercih, etnik köken, siyasi görüş gibi farklılıklarına bakılmaksızın temel sağlık ihtiyaçlarını karşılaması gereklidir. Aynı zamanda sağlık çalışanları yapılacak çalışmalara katılarak salgının yayılmasının durdurulmasında veya azaltılmasında etkin rol oynar. Bu aşamada bilgi güvenliğinin korunması ve bilgi akışının sağlanması dikkat edilmesi gereken unsurlardandır. Sağlık çalışanlarının askeri personel olması durumunda ise etik ilkelere bağlı kalmaları önem taşımaktadır. Sağlık ve askeri alanda etik ilkelerin çatışması söz konusu olduğunda gözetilecekleri etik ilkelerin en az zarar veren eylem yönünde olmasına özen gösterilmelidir. Örneğin; bir sağlık personelinin askeri biyomedikal araştırmalar kapsamında bilimsel kimliği ile proje geliştirmesi yıllardır tartışma konusudur. Bu konu üzerine yapılan tartışmalar genellikle 'savunma' ve 'yok etme' arasına bir sınır çizilememesinden kaynaklanır. Askeri biyomedikal araştırmalarda temel amaç, üretilen projelerde toplumun sağlık gereksinimlerini gözetmek olmalıdır. Toplumda ağır zarar ve yıkıma yol açabilecek ve toplum gereksinimlerini karşılamayan bir silahın gerekliliğinin ve etkilerinin kim tarafından ve nasıl belirlenebileceği bilinmemektedir. Ancak savunma amaçlı kullanım için üretilmiş olsa da

her durumda temel ilke “zarar vermeme” olmalı, bununla birlikte geliştirilen silahların sağlık üzerine etkilerini değerlendiren kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır. Biyoterörizm kavramının içeriği konusunda uluslararası uzlaşmaya varılması, sorunun etik ve hukuki boyutta çözümüne yönelik verilecek yanıtların belirleyicisi olacaktır. Bu konuda etkili çözüme ulaşmak için hukukçular ve sağlıkçıların işbirliği içinde bir arada çalışması ve politika kararlarında doğrudan katılımlarının sağlanması için uygun koşulların oluşturulması gereklidir. (22,23).

Olağandışı bir salgın meydana geldiğinde, halk sağlığı uzmanları gibi hukuki personel de doğal bir enfeksiyon ile kasıtlı bir saldırıdan kaynaklanan enfeksiyonu ayırt etmede büyük zorluklarla karşılaşabilir. Adli mikrobiyoloji, bir biyoterörizm eylemiyle ilgili kanıtları inceler, değerlendirir, bilinmeyenlerin aydınlatılmasına katkı sağlar. Bu kapsamda 2001 yılında yaşanmış olan şarbon olayı, gerçek biyoterörizm tehdidine ve biyoaktif maddelerin bir nüfusa karşı tehdit olarak kullanılmasına ve bunun hukuki açıdan değerlendirilmesine bir örnek teşkil etmektedir. Yapılan incelemeler sırasında sadece Washington’dan 10.000’in üzerinde örnek toplanmıştır (4). Brachman ve ark. biyolojik terör olayları ile kendiliğinden ortaya çıkan enfeksiyon arasındaki farkı bilmenin önemini belirtmiştir. Bunun için de türlerin veya kökenlerin (örneğin çevre veya hayvan) coğrafi farklılıklarını anlamak, karar verirken ipucu sağlayabilmektedir. Adli bilimlerde ve sağlıkla ilgili sürveyans çalışmalarında yeni yöntemlerin kullanılması, herhangi bir yeni hastalık salgınının kaynağının belirlenmesinde çok önemlidir ve bu veriler, ister kaza eseri ister kasıtlı olarak başlatılmış olsun, her tür halk sağlığı tehdidine hızlı bir şekilde yanıt verilmesini sağlayacaktır (4,24).

Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19) Süreci

Yeni Koronavirüs Hastalığının (COVID-19) pandemi ilan edilmesinden bu yana toplumda bilimsel çalışmalar hız kesmeden sürmektedir. Bilimsel çalışmalar sürerken bilgi kirliliği, yanlış ve kasıtlı yanlış bilgiler de toplumu etkileyebilmektedir. Gereğinden fazla yoğunlukta ve /veya yanlış bilgiler toplumda kaygı düzeyini artırmakta ve COVID-19 önlemleri ile ilgili çalışmaları kesintiye uğratabilmektedir (25). Bugünkü bilgilere göre, kasıtlı yanlış bilgi olarak

değerlendirilen iki konu öne çıkmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’nde ve pandeminin başladığı Wuhan’daki iki biyo-koruma laboratuvarının biyolojik saldırı yaptıkları iddia edilmektedir (26). Doğrulanmamış, bilimsel olarak kanıtlanmamış bu gibi iddialar toplumda güvensizlik, mevcut gerçeğin doğru algılanmaması gibi riskleri taşır. Bu gibi yanlış yönlendirmelerden uzak durmak için kamusal sorumlulukla hareket edilmesi önem taşımaktadır (25). Kamunun şeffaf bir şekilde bu gibi yanlışları ve tehditleri toplumla paylaşarak belirsiz konulara açıklık getirmesi önemlidir.

Sonuç ve Öneriler

Biyoterörizm toplumda ağır hasar bırakan yıkıcılığı yüksek terör olaylarıdır. İnsanın “insan olmaktan gelen” temel haklarından yaşama hakkına kasteden saldırılar etik ve hukuki açıdan da kabul edilemez bir durumdur. Halk sağlığı bakışı açısından her toplumsal olayda olduğu gibi tedavinin daha zor ve maliyetli olmasından ve bırakacağı hasarı en aza indirmek için öncelikli amaç hiç ortaya çıkmamasını sağlamaktır. Bunun için önleme amaçlı oluşturulan uluslararası ve ulusal yasaların hükümlerinin gözden geçirilmesi ve uygulanmasındaki eksiklikleri giderme yönünde adımların atılması gerekir. Ayrıca Fransa’da olduğu gibi araştırma amaçlı veya herhangi bir olası biyoterör saldırısına karşı hazır bulundurulan tüm laboratuvarlarda güvenlik üst düzeyde tutulmalıdır. Hiçbir bilgi sızıntısı olmayacak şekilde önlemler alınmalıdır. Bu laboratuvarlarda çalışanlar özellikle risk altındadır. Bunun için laboratuvarların korunaklı olması, koruyucu ekipmanın sağlanması, çalışma koşullarının uygun şekilde düzenlenmesi ve eğitimli personel bulundurulması alınacak önlemler arasında sayılabilir.

Tüm ülkeler, terörizmin temel nedenlerini ele almak için işbirliği yapmalı ve uygun önleyici stratejiler geliştirmelidir. Halk sağlığı sürveyans çalışmaları biyogüvenlik açısından önemli bir unsurdur. Sürveyans sistemleri ile hızlı tanıma yöntemleri geliştirilebilir, epidemiyolojik araştırmalar yapılabilir ve iletişim sistemlerini içeren arşivlenmiş hazırlık planı oluşturulabilir. Etkili hazırlık, kendi başına, bir ülkeyi veya bölgeyi zor bir hedef haline getirerek biyolojik silah kullanma teşvikini azalttığı için biyoterörizme karşı caydırıcıdır. Aynı zamanda, doğal olarak meydana gelen salgınlara tutarlı ve etkili yanıtların temel taşıdır.

Ulusal düzeyde işbirliğinde kitlesel halk eğitimleri ile birlikte kamu ve kamu dışı kurumlar yer almalıdır. Bu organizasyonların planlanması ve uygulanmasında Kamu Kuruluşları, Halk Sağlığı Kuruluşları, Sivil Toplum Örgütleri, Tıbbi Araştırma Merkezleri, Sağlıkla İlgili Meslek Örgütleri, Acil Yardım Birimleri, Tıbbi ve Güvenlik Malzemeleri Üreticileri ve Uluslararası Kuruluşların da yardımlarına ihtiyaç vardır. Biyolojik ajanların kötüye kullanımı, güvenilir istihbarat ve meydana gelirse etkili bir yanıtla daha da azaltılabilir veya caydırılabilir. Ulusal ve bölgesel yanıtlar değişiklik gösterebilir; ancak tümü, çeşitli biyolojik etkenleri tanıyabilen ve bunlarla başa çıkabilen altyapılara ihtiyaç duyar. Pediatrik popülasyon, hamile kadınlar, yaşlılar ve immünolojik bozuklukları olan kişiler gibi risk gruplarına yönelik önlemler ayrıca ele alınmalıdır.

İletişim: Tuğba Uludağ

E-Posta: tugbaakbas@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

1. <https://www.who.int/publications/i/item/public-health-response-to-biological-and-chemical-weapons-who-guidance> Son erişim tarihi: 26.01.2021.
2. Matsumoto T. [Practical strategies against bioterrorism]. *Nihon Rinsho*. 2007 Dec;65(12):2363-73.
3. Barras V, Greub G. History of biological warfare and bioterrorism. *Clin Microbiol Infect*. 2014 Jun;20(6):497-502.
4. González AA, Rivera-Pérez JJ, Toranzos GA. Forensic Approaches to Detect Possible Agents of Bioterror. *Microbiol Spectr*. 2017 Apr;5(2).
5. Radosavljević V, Jakovljević B. Bioterrorism--types of epidemics, new epidemiological paradigm and levels of prevention. *Public Health*. 2007 Jul;121(7):549-57.
6. Kiremitçi İ. Küresel Boyutta Biyolojik Terörizm (Biyo-Terör) Tehdidi Ve Türkiye'de Biyo-terör Güvenliğine Yönelik Savunma Sistemi, Kara Harp Okulu: Savunma Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2014.
7. Serinken M., Kutlu S. Biyoterörizm ve Şarbon (Bioterrorism and anthrax), *Türkiye Acil Tıp Dergisi Türk J Emerg Med* 2009;9(4):185-190.
8. Christopher G. W., Cieslak T. J., Pavlin J. A. and Eitzen E. M. (1997) Biological Warfare, A Historical Perspective. *JAMA* 278(5): 412-417.
9. <https://www.un.org/disarmament/wmd/bio/1925-geneva-protocol/> Son erişim tarihi: 27.01.2021.
10. <http://www.mfa.gov.tr/silahlarin-kontrolu-ve-silahsizlanma.tr.mfa> Son erişim tarihi: 27.01.2021.
11. <https://www.un.org/disarmament/wp-content/uploads/2017/07/BWS-brochure.pdf> Son erişim tarihi: 27.01.2021.
12. https://www.who.int/health-topics/biological-weapons#tab=tab_2 Son erişim tarihi: 27.01.2021.
13. Cucu C. (2005) Bioterrorism Another Kind Of War. *Impact Strategic* 2: 122-126.
14. Doğanç L., Baysallar M. Biyoterörizm ve Biyolojik Savunma. *Flora*, 2001;6(4):209-224.
15. <https://www.un.org/en/> Son erişim tarihi: 27.01.2021.
16. Ziyade N. (2012) Postmortem Mikrobiyolojik Analizler: Güncel Yaklaşım. *Adli Tıp Bülteni* 17(1): 32-42.
17. Öz H. R. ve Geren I. N. (2010) Fatih Üniversitesi'nde Düzenlenen Küresel Biyoterrorizm Çalıştayı ve Değerlendirmeler. *Akademik Acil Tıp Dergisi* 9(1): 59-62.
18. <https://www.afad.gov.tr/kbrn/afet-sonrasi> Son erişim tarihi: 23.01.2021.
19. CDC Strategic Planning Workgroup. Biological and chemical terrorism: Strategic plan for preparedness and response. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) 2000;49:RR-4.
20. Green MS, LeDuc J, Cohen D, Franz DR. Confronting the threat of bioterrorism: realities, challenges, and defensive strategies. *Lancet Infect Dis*. 2019 Jan;19(1):e2-e13. doi: 10.1016/S1473-3099(18)30298-6.
21. Aksoy Ü. (2006) Biyoterörizm, Potansiyel Biyoterörizm Ajanı Olan Parazitler ve Biyogüvenlik Çalışmaları. *Mikrobiyoloji Bülteni* 40: 129-139.
22. Keleş Ş. Bioterrorism in terms of bioethics. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 2014 Vol. 1, No. 4, 188-197.
23. Frankel MS. Using ethics to fight bioterrorism. *Science*. 2005 Aug 12;309(5737):1012-7; author reply 1012-7.
24. Brachman PS. Bioterrorism: an update with a focus on anthrax. *Am J Epidemiol*. 2002 Jun 1;155(11):981-7.
25. Garcia LP, Duarte E. Infodemic: excess quantity to the detriment of quality of information about COVID-19. *Epidemiol Serv Saude*. 2020 Sep 7;29(4):e2020186. English, Portuguese. doi: 10.1590/S1679-49742020000400019. PMID: 32901759.
26. Bernard FO, Akaito JA, Joseph I, David KB. COVID-19: the trends of conspiracy theories vs facts. *Pan Afr Med J*. 2020 Aug 17;35(Suppl 2):147.



Tüm Politikalarda Sağlık Yaklaşımına Neden İhtiyacımız Var?

Why Do We Need a Health Approach in All Policies?

Sevilcan Başak Ünal¹, Ümmühan Şevkat Bahar Özvarış²

DOI: 10.17942/sted.1141094

Geliş/Received : 05.07.2022
Kabul/ Accepted : 09.08.2022

Öz

Tüm Politikalarda Sağlık, kamu politikaları planlanırken sağlığın öncelenmesi gerekliliğini vurgulayan bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, tüm sektörlerde kamu politikalarının olumlu ve olumsuz sağlık etkilerinin sistematik olarak dikkate alınması ve zararlı sağlık sonuçlarından kaçınılmasını içermektedir. Tüm Politikalarda Sağlık uygulamalarının başarılı örnekleri bulunmakla birlikte, yönetimler tarafından bir bakış açısı olarak içselleştirilmekten uzak olduğu görülmektedir. Bu çalışmada, Tüm Politikalarda Sağlık yaklaşımının temellerine Türkiye’den ve dünyadan örneklerle yer verilmiştir ve sağlıkta eşitsizliklerle mücadelede Tüm Politikalarda Sağlık yaklaşımının önemine dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Tüm politikalarda sağlık, Sağlıkta eşitsizlikler, Sağlığın belirleyicileri

Abstract

Health in All Policies is an approach that emphasizes the necessity of prioritizing health when planning public policies. This approach includes systematically considering the positive and negative health impacts and avoiding harmful health outcomes of public policies across sectors. Although there are successful examples of Health in All Policies in practice, it is far from being internalized as a perspective by governments. This study presents the basis of the Health in All Policies approach with examples from Turkey and the globe. It aims to draw attention to the importance of the Health in All Policies approach to combatting inequalities in health.

Key words: Health in all policies, Health inequities, Determinants of health

¹ Dr., Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Doktora Öğrencisi (Orcid no: 0000-0001-8233-2372)

² Prof. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD (Orcid no: 0000-0003-0650-2952)

Giriş

Herkes için sağlık ve iyilik hali hedefine ulaşmanın yolu, sağlığın bir hak olduğunu temel alarak yaşamın her alanında eşitliği ve adaleti sağlamaktan geçmektedir. Sağlıkta eşitsizlikler, ülkeler arasında ve aynı toplum içinde “önlenebilir ve adil olmayan” farklılıklar yaratmaktadır (1). Günümüzde birçok sağlık göstergesinde iyileşmeler olmasına rağmen, bireyler ve gruplar arasındaki derin farklar sürmektedir (2). Sağlıkta eşitsizliklerin kaynağı, yani nedenlerin nedeni incelendiğinde karşımıza kişilerin yaşam tarzı, yaşama ve çalışma koşulları, sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel koşullarına işaret eden sağlığın belirleyicileri çıkmaktadır. Ekonomik ve politik sistemlerin bir sonucu olan bu koşullar, yaşamın her alanındaki ulusal ve uluslararası politikalarla şekillenmektedir ve sağlık sonuçlarının %30-%55’inin sağlık dışı alanlardan kaynaklandığı düşünülmektedir (1). Bu bağlamda, sağlığın yalnızca kişisel bir olgu olarak görülemeyeceği ve tek başına ülkelerin sağlık hizmetleriyle açıklanamayacağı açıktır.

Sağlığı geliştirme ve sağlıkta eşitsizliklerle mücadelede önemli araçlardan biri ‘Tüm Politikalarda Sağlık (TPS)’ yaklaşımıdır (3). 1970’li yıllardan itibaren uluslararası alanda görünürlük kazanan ve 2000’li yıllarda uygulamaları yoğunlaşan TPS, özünde sağlığın belirleyicilerine vurgu yapmakta ve sağlık dışı alanlardaki politikaların olumlu ve olumsuz sağlık etkileri göz önünde bulundurularak toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesini hedeflemektedir.

1. Tüm Politikalarda Sağlık Yaklaşımının Tarihsel Gelişimi

Hastalıklarda nedenlerin nedenleri, sağlık politikalarının yapısı, kamu politikalarında sağlığın gözetilmesi ve tüm politikalarda sağlığın yer alması yaklaşımları, sağlığı geliştirme kavramı ile iç içe ilerlemiştir (4). Toplum sağlığını geliştirmenin yolunun sosyal politikalardan geçtiği fikri yeni bir anlayış olmamakla birlikte, yakın dönemde Dünya Sağlık Örgütü’nün ‘2000 yılında Herkes İçin Sağlık’ hedefi ve 1978 yılındaki Alma Ata Bildirgesi ile yeni bir süreç başlatılmıştır. Bu hedefe yönelik stratejilerde ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık sektörü ile diğer sektörlerin uyumundan bahsedilmektedir. Bildirgeye göre sağlık dışı sektörler, sağlığa olumsuz etkilerini en aza indirmek ve kendi amaçlarına sağlıklı ilgili

amaçları dahil etmek durumundadır (5).

1986 yılında gerçekleştirilen I. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı ve Ottawa Sağlığı Geliştirme Bildirgesi’nde sağlığı geliştirmenin sosyal ve politik bir süreç olduğu belirtilerek sağlıklı kamu politikalarının önemi vurgulanmıştır. Tüm sektörlerde ve tüm seviyelerdeki politika yapıcılarının kararlarının sağlık sonuçlarının farkında olması ve sorumluluklarını kabul etmeleri çağrısı yapılmıştır. Bildirgede, tüm sektörlerde sağlık ve eşitliğin savunuculuğu ve sağlık dışı alanlarda sağlığı geliştiren politikaların önündeki engellerle mücadele edilmesi öngörülmektedir (6).

1988 yılında Adelaide Sağlıklı Toplum Politikaları Konferansı’nda, Ottawa’da vurgulanan ‘sağlıklı kamu politikalarının’ diğer eylem alanlarını mümkün kılacak unsur olduğu belirtilmiştir. Gelişmiş ülkelerin politikalarıyla, gelişmekte olan ülkelerde olumlu sağlık etkileri getirme yükümlülüğü ve kamu politikalarının dezavantajlı grupları destekleyici nitelikte olmasının önemi belirtilmiştir. Hükümetlerin ve hükümetler dışı yapıların toplum sağlığındaki rolü vurgulanarak sağlıkta iş birlikleri üzerinde durulmuştur (6). Ardından gelen Sağlığı Geliştirme Konferanslarında eşitlik ve sosyal adalet amaçları, sağlık ve sağlık dışı alanlardaki kamu politikalarına vurgular devam etmiştir (4). Bu konferanslarda, önceki yıllarda belirlenen amaçlara ulaşamadığının ve Alma Ata ruhuna geri dönülmesi gerektiğinin yinelenmesi dikkat çekicidir.

1997 yılında gerçekleştirilen Sağlık İçin Sektörler Arası Eylem Konferansı’nda 21. yüzyılın değişen koşullarında sağlığın belirleyicilerine yönelik çalışmalarda farklı sektörler ve disiplinlerin bir araya gelmesinin önemi ve yol haritası üzerinde durulmuştur (7). DSÖ Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Komisyonu’nun 2008 yılındaki raporunda tüm politikalarda sağlığın yönetimdekilerce sorumluluk olarak kabul edilmesi ve sağlıkta eşitliğin hükümetler için bir belirteç olması gerektiği yer almaktadır (8). 2010 yılındaki Adelaide Tüm Politikalarda Sağlık Bildirgesinde ise farklı sektörlerdeki birleşik amaçlara, eşgüdüm ve iletişime vurgu yapılırken sağlık sektörünün rolünün genişlemesinden ve diğer alanlardaki politikalara katkısından bahsedilmektedir (9).

2013 yılında Helsinki Sağlığı Geliştirme Konferansı'nın ana teması Tüm Politikalarda Sağlık olmuştur. TPS, toplum sağlığını ve sağlıkta eşitliği geliştirmek amacıyla, tüm sektörlerdeki kamu politikaları oluşturulurken sistematik olarak sağlık etkilerinin dikkate alınması, sinerjiler yaratılması ve zararlı sağlık etkilerinden kaçınılması olarak tanımlanmıştır. Bu yaklaşım ulusal ve uluslararası yasalarla belirlenen haklar ve sorumluluklar, hükümetlerin sorumlulukları ve hesap verebilirliği, bilgiye erişimde ve politika yapımında şeffaflık, toplum katılımı, sürdürülebilirlik, sektörler arası ve yönetim seviyelerinde iş birliği ilkelerine dayanmaktadır. Sektörler arasında olumlu etkilerin ve ortak faydaların fırsatları aranırken, sağlığa zararlı olabilecek programların önlenmesini içermektedir. Sağlık ve sağlık dışı alanların amaçlarının çatıştığı durumlarda bu yaklaşımın rolü daha da öne çıkmaktadır. Sağlık alanının liderliği vurgulanmakta, sağlık otoritelerinin diğer alanlarla iş birliği kurmasının gerekliliği üzerinde durulmaktadır. DSÖ'nün bu bağlamdaki yeri ve görevleri de ele alınmaktadır (3). Görüldüğü gibi TPS yaklaşımı, toplumların sağlığında kamu politikalarının yerini kabul ederek sağlığı geliştirecek politikaların nasıl oluşturulması gerektiğini ortaya koyan bir yaklaşımdır.

2. Tüm Politikalarda Sağlık Uygulamaları

Günümüzün küreselleşen ve eşitsizliklerle şekillenen dünyasında halk sağlığı sorunlarının her boyutunda, politikalar ve sağlık çıktıları arasında bir 'köprü' olarak sağlığın belirleyicilerini konumlandıran (10) TPS yaklaşımına ihtiyaç vardır. TPS, gerçekten benimsendiği ve hayata geçirildiği takdirde toplum sağlığını geliştirmede çok büyük fırsatlar sunmaktadır. COVID-19 pandemisi ile bu yaklaşımın önemi yeniden gözler önüne serilmiştir (11). Tarihsel süreçte görüldüğü gibi, TPS anlayışının önemi uluslararası platformda sıklıkla vurgulanmıştır ve konuyla ilgili farkındalık artmıştır ancak bir bakış açısı olarak içselleştirilmekten çok uzaktır ve hayata geçirilmesinde kısıtlılıklar sürmektedir.

2.1. Tüm Politikalarda Sağlık Uygulamalarında Yöntemler ve Zorluklar

Sağlık ve sağlık dışı sektörlerin politikaları birbirlerini etkileyerek çok boyutlu ve karmaşık sonuçlar doğurmaktadır. Sağlık sektörü ve diğer sektörlerin ortak kazanımlarının bulunduğu veya çıkarlarının çatışmadığı durumlarda iş

birliği ve ortak karar süreçleri sağlanabilir. Öte yandan, sağlık ve sağlık dışı sektörlerin hedefleri ve sonuçları arasında çatışmalar görülebilir. Bu çatışmalar günümüzün sermaye ilişkileri ağında, ekonomik çıkarların güdümüyle hareket edildiğinde sıklıkla görülmekte, bireylerin ve toplumların sağlığı tehlikeye girmektedir.

TPS yaklaşımı tütün bağımlılığı, obezite, hava kirliliği gibi halk sağlığı sorunlarıyla mücadelede gereken eylemlerin diğer sektörlerin alanlarına dağıtılmasıyla veya eğitim, ulaşım gibi sağlık dışı sektörlerin sağlığa etkilerinin belirlenip planlamaların yapılmasıyla uygulanabilir (12). TPS yaklaşımına dair farkındalık oluşturulması, karşılıklı kazanç ve ortak faydaların vurgulanması yoluyla farklı sektörlerin gündemlerinde sağlığın yer bulması sağlanmalıdır (10).

TPS yaklaşımı geniş bir yelpazede birçok farklı sektörün uluslararası, ulusal ve yerel politikalarının eşgüdümü ve ortak bir amaç etrafında şekillenmesine işaret etmektedir. Bunun için uygulayıcılara kılavuzluk edecek yol haritalarına ve kurumlara gereksinim duyulmaktadır. Helsinki Bildirgesi'nin ardından DSÖ tarafından yayınlanan eylem çerçevesinde, TPS uygulamalarında altı bileşen belirtilmiştir. Bu altı bileşen TPS için gereklilikleri ve öncelikleri belirleme, planlı eylemleri oluşturma, destekleyici yapıları ve süreçleri tanımlama, değerlendirmeyi ve katılımı kolaylaştırma, izleme, değerlendirme ve raporlamayı sağlama, kapasite geliştirme olarak sıralanmaktadır. Uygulayıcıların kendi koşulları bağlamında bu bileşenleri benimsemesi gerektiği vurgulanmıştır (3). İlerleyen yıllarda bu eylem çerçevesini geliştiren birçok çalışma yapılmıştır. Önemli olan, bu stratejiler ve eylem planları kılavuzluğunda hazırlanacak politikaların sembolik olmaktan öteye geçmesi ve gerçekten etki yaratabilmesidir.

Günümüzde TPS uygulamaları gelişmiş ülkelerde yoğunlaşmıştır. Uygulamalar, ülkelerin yönetsel yapılarından, ulusal, bölgesel ve yerel özelliklerden etkilenmektedir. Ülkelere özgü yapılar TPS uygulamaları için kolaylaştırıcı olabildiği gibi, bürokratik ve politik kısıtlamalar yaratabilir, kapasite ve kaynaklarla ilgili zorluklar da görülebilir. Guglielmin ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, yerelde TPS uygulamalarını şekillendiren faktörler maddi unsurlar, sektörler

arasında ortak bir vizyonun sağlanması, ulusal önderlik, hesap verebilirlik, yerel önderlik ve emek gücü, sağlık etki değerlendirmesi, değerlendirmeyi sağlayacak yerel sağlık ve politika süreci belirteçleri olarak sıralanmıştır (13). Projelerin çoğunluğunun yapıları çevreye odaklanırken asıl nedenlere etki edememesi, kapsamlı araştırmalara ve analizlere duyulan ihtiyaç, gerekli donanımın sahip iş gücü yetersizliği uygulamaların önemli kısıtlılıkları olarak vurgulanmaktadır (14). Uygulamalarda kullanılmak üzere entegre bütçeler, bilgi ve değerlendirme sistemleri, sağlık etki değerlendirmesi, toplum danışma kurulları gibi pek çok farklı araç sıralanabilir (9) ve kimi zaman politikaların çerçevesi yasal zorunluluklarla da belirlenebilir (10).

2.2. Tüm Politikalarda Sağlık ve Sektörler Arası İş Birliği

Tarihsel süreçte ve uygulamalarda iç içe ilerlemiş olmakla birlikte, TPS yaklaşımıyla sektörler arası iş birliğinin farklı kavramlar olduğu unutulmamalıdır. Sağlıklı kamu politikaları hayata geçirilirken sektörler arası eylemler gerçekleştirilebilir. TPS ise, sektörler arası girişimleri de içermekle birlikte, daha kapsamlı bir yaklaşıma işaret eder. TPS farklı aktörleri barındırmakla birlikte resmi yapılar tarafından koordine edilmektedir ve amaca özel, kısa dönemli iş birlikleri değil; sistemli bir yaklaşımla uzun dönemli politikaları ve stratejileri içermektedir (10).

2.3. Tüm Politikalarda Sağlık ve Sağlık Etki Değerlendirmesi

Sağlık etki değerlendirmesi bir politika, proje veya programın, özellikle dezavantajlı ve zarar görebilir gruplara olan olumlu ve olumsuz sağlık etkilerinin ortaya konulması sürecidir. Karar vericilere ve tüm paydaşlara politikaların potansiyel sonuçlarının incelenmesi fırsatını sunmaktadır. Aynı zamanda toplum katılımını da içermekte, etkilenecek halkın görüşlerini de kapsamaktadır (15). Sağlıkta eşitsizlikler konusunda önemli saptamalarda bulunan Acheson Raporu'nda, politikaların sağlıkta eşitsizliklere etkilerinin de sağlık etki değerlendirmesinde yer alması gerektiği vurgulanmıştır (16). Sağlık etki değerlendirmesi tanımlanmış özel bir programın analizine ve geliştirilmesine odaklanır ve politika yapım süreçlerinin her aşamasında sistematik bir değerlendirme için kullanılmalıdır. Programların

öncesinde, sırasında ve sonrasında başarılarının, gözlenen etkilerin ve sağlık sonuçlarının analizinin yapılması çok önemlidir (17).

3. Tüm Politikalarda Sağlık Yaklaşımının Uygulama Örnekleri

DSÖ liderliğinde gerçekleştirilen ve tütün kullanımıyla mücadele için tütün ürünlerinde vergilere, denetimlere, kamusal alanda pasif etkilenebilir önlenmesine, medya ve reklamcılık sektöründe düzenlemelere, bağımlılığa yönelik sağlık hizmetlerine dek birçok alanı kapsayan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi küresel boyutta çok kıymetli bir TPS örneğidir (18).

TPS yaklaşımına önderlik eden ülkelerin başında Finlandiya gelmektedir. 1970'li yıllarda Finlandiya'daki erkeklerin tüm dünyada en yüksek koroner kalp hastalığı nedeniyle mortaliteye sahip olduğu görülmüştür. Hazırlanan raporlarda gerekli koruyucu sağlık uygulamalarının büyük çoğunluğunun istihdam, sosyal güvenlik, trafik, ticaret, barınma gibi sağlık dışı alanlarda bulunduğu belirtilmiştir. Kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle mortalitenin en yüksek olduğu North Karelia bölgesinde sistematik çalışmalar başlatılmıştır. North Karelia Projesinde yağ ve tuz tüketimi ve sigara kullanımı başta olmak üzere kalp hastalığı risk faktörlerinin önlenmesi ve toplumsal yaşam tarzı değişikliklerinin sağlanması için tüm sektörlerin ortak çabası hedeflenmiştir. Ulusal politikalar hazırlanması ve politikaları yürütecek konseylerin oluşturulmasıyla çalışmalar güç kazanmıştır. Yerel organizasyonlar, okullar, iş yerleri, kitle iletişim araçları kullanılmış; ayrıca gıda ve tütün ile ilgili düzenleyici yasal yapılar oluşturulmuştur. Bu girişimler daha sonra tüm ülkeye yayılmıştır. Çalışmaların bir başarısı olarak 1969 ve 2011 yıllarında, 35-64 yaş grubundaki erkeklerde kardiyovasküler hastalıklar nedeniyle mortalitede %80-85 düşüş görülmüştür. Finlandiya'daki bu çalışmalarının başarıya ulaşmasında politik figürlerin kararlılığının ve aktörler arası iletişimin büyük önemi olmuştur (19,20). Finlandiya Avrupa Birliği'ne katıldıktan sonra, birliğin tüm üyelerini bağlayıcı politikaları ülkedeki TPS uygulamalarında engeller doğurmuştur. Ülkenin alkol ve tütün konusundaki bazı koruyucu politikaları, Avrupa Birliği'nde bu konuların bir sağlık politikasından çok tarım politikası olarak değerlendirilmesi nedeniyle kesintilere uğramıştır. Bu durum, sonraki yıllarda

Finlandiya'nın AB içerisinde TPS yaklaşımının savunuculuğu ve önderliğini üstlenmesini doğurmuştur (19).

Çin'in ekonomik ve sosyal kalkınma için sağlığı bir ön koşul olarak kabul ederek kurgulanan uzun dönemli sağlığı geliştirme politikaları Sağlıklı Çin 2030 (Healty China 2030) stratejisi olarak adlandırılmıştır. 2016 yılında sağlığın, ülkenin tüm politika planlamalarının merkezinde yer aldığı bir süreç başlatılmıştır. Bulaşıcı ve bulaşıcı olmayan hastalıklar ile mücadelede kırsal bölgelere ve zarar görebilir gruplara öncelik verilerek fizik aktivite, ruh sağlığı, çevre sağlığı, sağlık okuryazarlığı gibi birçok alanda hedefler belirlenmiştir (21).

Yerel yönetimlerdeki TPS çalışmalarına ise Dünya Sağlık Örgütü'nün Sağlıklı Şehirler Ağı örnek verilebilir. Bu ağda yer alan kentlerde ulaşım, hava kirliliği, şiddetin önlenmesi, arazi kullanımı, gıda sistemleri gibi konularda sağlık ve sağlık dışı sektörler birlikte çalışmalar yürütülmektedir (22). Bir diğer örnek olan ABD'nin Kaliforniya bölgesinde 2010 yılında başlatılan Kaliforniya Tüm Politikalarda Sağlık Görev Gücü (The California Health in All Policies Task Force) programında iklim değişikliği, sağlığın belirleyicileri ve çocukluk çağı obezitesine odaklanılarak yirmiden fazla farklı kurum bir araya gelmiştir. Program dahilinde ulaşım, barınma, kapalı ortamlar, parklar, şiddetin engellenmesi, toplum güvenliği, sağlıklı beslenme gibi konularda çalışmalar gerçekleştirilmiştir (23).

Yapılan çalışmaların çok boyutlu sonuçları görülmektedir. Örnek olarak, Ecuador'un İyi Yaşam Ulusal Planı (National Plan of Good Living) programıyla altyapı ve sosyal yatırımlara ayrılan kaynaklar büyük ölçüde artmış, İsveç'te yol güvenliği üzerine kurgulanan Sıfır Vizyonu (The Vision Zero) girişimi ile ölümcül trafik olaylarında düşme görülmüş, Birleşik Krallık'ın Greenwich bölgesindeki Sağlık: Herkesin İş (Health: Everyone's Business) eğitim programıyla Greenwich Konseyi'nde görev yapan üyelerin kendi alanlarındaki karar verme süreçlerinde sağlığı göz önünde bulundurmaları sağlanmıştır (3,17).

4. Türkiye'de Tüm Politikalarda Sağlık Uygulamaları

Günümüzde Türkiye'nin TPS yaklaşımıyla geliştirilen Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri,

Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi gibi küresel programlara dahil olduğu görülmektedir.

Cumhuriyetin kurulmasının ardından, yurt genelinde yürütülen çalışmalarda farklı alanlar bir araya gelmiş, bu anlayış Devlet Planlama Teşkilatı programlarında ve Kalkınma Planlarında da sürmüştür (24). Yakın dönemde yapılan çalışmalara Türkiye Kronik Hava Yolu Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı (2014-2017), Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı (2015-2020), Ulusal Tütün Kontrol Programı Eylem Planı (2015-2018), Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Programı (2014-2017), Türkiye Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Çok Paydaşlı Eylem Planı (2017-2025) gibi örnekler verilebilir (25). Türkiye'de yakın dönemde geliştirilen programlarda genellikle 'sektörler arası' veya 'çok paydaşlı' kavramlarının kullanıldığı görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı önderliğinde 2009 yılında Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programının oluşturulması için çalışmalar başlatılmıştır. Programın amacı "tüm kurum ve kuruluşlar tarafından sağlığa çok paydaşlı yaklaşımın benimsenmesini sağlayarak sağlığı tüm politikaların merkezine yerleştirmek" olarak tanımlanmaktadır ve 'Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesine Çok Paydaşlı Yaklaşım' ve 'Tedavi ve Rehabilitasyon Edeci Sağlık Hizmetlerine Çok Paydaşlı Yaklaşım' olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. Program dahilinde sağlıklı beslenmeden iş sağlığına, afetlere hazırlıklı olmadan sağlık iletişimine, sağlık hizmetleri sunumundan tıbbi cihaz ve ürünlerin akılcı kullanımına dek birçok farklı bileşen yer almaktadır. Programın uygulanmasına dair 2014/21 sayılı Başbakanlık Genelgesi 2014 yılında Resmi Gazete'de yayınlanmış, ondan fazla bakanın yer aldığı Çok Paydaşlı Sağlık Politikaları Yüksek Konseyi oluşturulmuştur (26).

Program, Sağlık Bakanlığı 2019 - 2023 Stratejik Planında, "sağlık hizmetlerinde bütünleşik sağlık hizmet modelini hayata geçirmek" amacı ve bu amaç altında "sağlık sorumluluğunun geliştirilmesine yönelik çok paydaşlı yönetim modelini güçlendirmek" hedefi için anahtar yapı olarak yer bulmuştur.

Planında programa dair bir risk olarak "ilgili kamu kurumlarının iş birliği isteğinin sınırlı olması"

tanımlanmış ve paydaşlarla koordinasyon, programın etkin uygulanması için yasal altyapı ve insan kaynağı, paydaşların sağlık sorumluluğunun geliştirilmesi konusunda yetkin insan kaynağı kapasitesi konularında yetersizlikler belirtilmiştir. Yasal altyapı, insan kaynağı ve veri bilgi paylaşımı konusunda dijital yöntemler üzerine geliştirmeler gerekliliği vurgulanmıştır (27). Türkiye’de geliştirilen sağlık politikaları çalışmalarında paydaşlarla iletişim ve paydaşların söz konusu olan politika alanında etkinliği konusunda daha detaylı ve kapsamlı eylemlere ihtiyaç görülmektedir (28).

Yerel yönetimlerin çalışmalarında ise, Dünya Sağlık Örgütü Sağlıklı Kentler Ağının bir üyesi olan Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği öne çıkmaktadır (29). Türkiye’de yerel yönetimlerce gerçekleştirilen başarılı uygulama örnekleri bulunmakla birlikte merkezi destek, merkezden yerele ilerleyen bir anlayışın geliştirilmesi ve uygulama alanlarında yetersizlikler görülmektedir (30).

Sonuç

Tüm Politikalarda Sağlık yaklaşımının çok boyutlu ve çok kapsamlı yapısı, sağlıkta eşitlik ve sosyal adaletin sağlanması, sağlık ve iyilik halinin geliştirilmesi için önemli bir araçtır. Bu yaklaşım, bireylerin ve toplumun sağlık hakkının bir gereği olarak görülmelidir. Sağlık söz konusu olduğunda yalnızca kamu otoritelerinin ve sağlık yapılanmalarının değil, tüm karar verici ve uygulayıcıların sorumluluğu bulunmaktadır. Bu sorumluluğun tanınması, yasal çerçevenin oluşturulması ve konu hakkında farkındalığın geliştirilmesi gerekmektedir. Uygulama alanında görülen zorlukların aşılması için maddi kaynak ve emek gücü başta olmak üzere kapasite geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Türkiye’de sektörler arası ve çok paydaşlı çalışmalar görülmekle birlikte kapsamlı ve yerleşik bir Tüm Politikalarda Sağlık yaklaşımı bulunmamaktadır. Bu yaklaşımın Sağlık Bakanlığı’nın liderliğinde, sürdürülebilir ve uzun erimli, tüm aktörlerce benimsenmiş ve kamu politikalarına yerleştirilmiş biçimde tüm sektörlerde hayata geçirilmesi gerekmektedir.

İletişim: Dr., Sevilcan Başak Ünal
E-Posta: sevilcanbasak@gmail.com

Kaynaklar

1. Social determinants of health. World Health Organization. Accessed April 10, 2022, at https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
2. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. World Health Organization. Accessed April 10, 2022, at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/324835>.
3. Health in all policies:Helsinki statement Framework for country action. World Health Organization & Finland Ministry of Social Affairs and Health. 2014. Accessed April 10, 2022, at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112636>
4. Bahar-Özvarış Ş. Sağlık Geliştirme ve Sağlık Eğitimi. 2nd ed. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları; 2016.
5. Global strategy for health for all by the year 2000. World Health Organization.1981. Accessed April 10, 2022, at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38893>
6. Milestones in health promotion : statements from global conferences. World Health Organization. 2009. Accessed April 10, 2022, at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70578>
7. Report of a conference on Intersectoral Action for Health : a cornerstone for health-for-all in the twenty-first century, 20-23 April 1997, Halifax, Nova Scotia, Canada. World Health Organization. 2017. Accessed April 10, 2022, at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63657>
8. Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health : final report of the commission on social determinants of health. World Health Organization Commission on Social Determinants of Health. 2008. Accessed April 10, 2022, at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43943>
9. Adelaide statement on health in all policies: moving towards a shared governance for health and wellbeing. World Health Organization & Government of South Australia. 2010. Accessed April 10, 2022, at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44365>
10. Freiler A, Muntaner C, Shankardass K, et al. Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP). J Epidemiol Community Health 2013;67(12):1068-1072.
11. Green L, Ashton K, Bellis MA, Clemens T, Douglas M. ‘Health in All Policies’—A Key Driver for Health and Well-Being in a Post-COVID-19 Pandemic World. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021;18:9468.
12. Hahn RA. Two Paths to Health in All Policies: The Traditional Public Health Path and the Path of Social Determinants. Am J Public Health 2019;109(2):253-254.

13. Guglielmin M, Muntaner C, O'Campo P, Shankardass K. A scoping review of the implementation of health in all policies at the local level. *Health Policy* 2018;122(3):284-292.
14. Wernham A, Teutsch SM. Health in all policies for big cities. *Journal of public health management and practice:JPHMP* 2015;21 Suppl 1(Suppl 1):S56-S65.
15. Health impact assessments. World Health Organization. Accessed April 10, 2022, at https://www.who.int/health-topics/health-impactassessment#tab=tab_3
16. Acheson D. Independent Inquiry Into Inequalities in Health Report. UK Stationery Office, 1998.
17. Health in all policies: a manual for local government. Local Government Association. 2016. Accessed April 10, 2022, at <https://www.local.gov.uk/publications/health-all-policies-manual-local-government>
18. Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC). World Health Organization. Accessed April 10, 2022, at <https://fctc.who.int/>
19. Ståhl T. Health in All Policies: From rhetoric to implementation and evaluation - the Finnish experience. *Scand J Public Health* 2018;46(20 suppl):38-46.
20. Puska P, Jaine P. The North Karelia Project: Prevention of Cardiovascular Disease in Finland Through Population-Based Lifestyle Interventions. *American journal of lifestyle medicine* 2020;14(5):495-499.
21. Tan X, Liu X, Shao H. Healthy China 2030: A Vision for Health Care. *Value in health regional issues* 2017;12:112-114.
22. WHO European Healthy Cities Network. World Health Organization. Accessed April 10, 2022, at <https://www.who.int/europe/groups/who-european-healthy-cities-network>.
23. Rudolph L, Caplan J, Ben-Moshe K, Dillon L. Health in All Policies: A Guide for State and Local Governments. American Public Health Association and Public Health Institute. 2013. Accessed April 10, 2022, at https://www.apha.org/-/media/Files/PDF/factsheets/Health_inAll_Policies_Guide_169pages.ashx
24. Özkan S. Türkiye'de Sağlıkta Sektörler Arası İşbirliği. *Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics* 2018;4(2):86-91.
25. Türkiye bulaşıcı olmayan hastalıklar çok paydaşlı eylem planı 2017-2025. T.C. Sağlık Bakanlığı/ Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi. 2017. Accessed April 10, 2022, at https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/346695/BOH_TR.pdf
26. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Çok Paydaşlı Sağlık Sorumluluğunu Geliştirme Programı. Accessed April 10, 2022, at <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cevresagligi-suguvenligi/su-guvenligi-ve-kaplicalar-birimi/%C3%A7ok-payda%C5%9Fl%C4%B1-sa%C4%9Fl%C4%B1k-sorumlulu%C4%9Funu-geli%C5%9Firme-program%C4%B1.html>
27. T.C. Sağlık Bakanlığı 2019-2023 Stratejik Planı Güncellenmiş Versiyon. 2022. Accessed April 10, 2022, at http://www.sp.gov.tr/upload/xSPStratejikPlan/files/Pfghc+saglik_bakanligi_sp.pdf
28. Ünlü TN, Deniz D, Sevimli E. Türkiye'de Sağlık Politikalarını Belirlemede Dış Paydaş Analizi. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi* 2020;4:534-553.
29. Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği. Accessed April 10, 2022, at <https://www.skb.gov.tr/>
30. Pala K. Yerel Yönetimlerde Sağlıkta Sektörler Arası İşbirliği. *Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics* 2018;4(2):92-98.

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Bir Hastanın Hastalığa Uyumu ve Hemşirelik Girişimleri: Olgu Sunumu

Compliance of a Patient with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Nursing Interventions: Case Report

Elif Okur¹, Nesrin Nural²



DOI: 10.17942/sted.1041259

Geliş/Received : 24.12.2021
Kabul/ Accepted : 27.06.2022

Öz

Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH) tüm dünyada önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. KOAH'a yakalanan bireylerin yaşamı çok yönlü etkilenmektedir. Bireyin yardım ve destek gereksinimi artmakta ve yaşam kalitesi düşmektedir. KOAH hastalarına uygulanan rutin hemşirelik bakımı, semptomların iyileştirilmesi, komplikasyonların önlenmesine ve yaşam kalitesinin iyileştirilmesine yöneliktir. Hemşire tarafından hastalığa eşlik eden sorunların saptanması, bireyin bu sorunlarla etkin baş etme düzeyinin ve hastalığa uyumunun değerlendirilmesi önemlidir. Göğüs hastalıkları polikliniğine nefes darlığı ve KOAH atağı şikâyeti ile başvuran 43 yaşındaki erkek hasta tedavisi için göğüs kliniğine yatırılmıştır.

Bu makalede hastalığına ve tedavisine uyum sağlayamamış, psikososyal sorunları olan bir olgu sunulmuştur.

Anahtar sözcükler: Hasta uyumu; Hemşirelik bakımı; KOAH

Abstract

Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) is an important cause of morbidity and mortality worldwide. The lives of individuals caught with COPD are affected in many ways. The need for help and support of the individual increases and the quality of life decreases. Routine nursing care for COPD patients is aimed at improving symptoms, preventing complications and improving quality of life. It is important to determine the problems accompanying the disease by the nurse, and to evaluate the level of effective coping and adaptation of the individual to these problems. A 43-year-old male patient admitted to the outpatient clinic of chest diseases with the complaint of shortness of breath and COPD attack and hospitalized for the treatment.

In this article, a patient with psychosocial problems who could not adapt to his disease and treatment is presented.

Key words: Patient Compliance; Nursing care; COPD

¹ Öğr. Gör. Dr., Trabzon Üniversitesi, Tonya Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü (Orcid no: 0000-0003-2608-8584)

² Prof. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Bölümü (Orcid no: 0000-0003-2100-7386)

Giriş

Kronik hastalıklar, fizyolojik fonksiyonlarda gerileme, geri dönüşümsüz değişiklikler nedeniyle, yaşamın uzun bir dönemini kapsayarak sürekli tıbbi bakım ve tedavi gerektirir (1).

İnsanlar, yaşamlarındaki farklı sorunlara belirli derecede uyum gösterme yeteneğine sahip olmasına karşın hastalık durumunda kişinin uyumu önemli derecede etkilenmektedir. Kronik hastalıklar, özellikle bireyde yaşam biçimi değişikliklerine, çok yönlü kayıplara ve başkalarına bağımlı olma vb. nedenlerle hastalığa ve tedaviye uyum sorunlarına neden olabilmektedir (2). Kronik bir hastalığı olmak, kayıp duygusunu uzun süre yaşamakla birlikte, hastalığı ve hayatı bir arada kontrol altında tutmak anlamına gelir. Kronik hastalık yönetiminin amacı yaşam biçiminde yol açtığı değişikliklere ve tedaviye uyumu sağlamak, semptomları kontrol altına almak ve gelişebilecek komplikasyonları önlemektir (3). Kronik hastalıklarda tedavinin etkin olabilmesi ve hastalık sürecinin olumlu yönde ilerlemesi için hastanın tedavisine uyumlu ve bağlı olması gerekmektedir (2). Uyum kronik hastalıklarda tedavinin temelidir. Tedaviye uyum hastaların sadece reçete edilen ilaçları kullanması değil, hastanın sağlık profesyonellerinin önerilerine uyması ve hastada davranış değişikliğinin oluşturulmasını da içermektedir (3). Tedaviye uyumun öğeleri, hasta ve ailesinin hastanın sağlık bakımı ve sağlıklı ilişkili davranışlarında iş birliği içinde olması, belirlenen tarihte kontrole gelmesi, başlanan tedavi programının sürdürebilmesi, ilaçları önerilen dozda ve sürede kullanması, hastalığa özgü diyetine uyması, davranış değişikliklerini yapabilmesi şeklinde sıralanabilir (4). Hastalığa uyum, hastanın kişilik yapısına, sosyokültürel özelliklerine, fiziksel ve psikolojik dayanıklılığına, hastalığa ilişkin olumsuz duygulara, psikososyal stresörlere, baş-etme yöntemlerine, sosyal desteğe, yaşam tarzına, geçmiş deneyimlere, hastalığın ve kaybın türüne ve tedavi ekibinin hastaya yaklaşımına göre farklılık gösterebilmektedir (5). Tüm kronik hastalıklarda olduğu gibi hastalığa uyum Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı'nda da (KOAH) önemli ve çok boyutlu bir sorun olarak kendini göstermektedir. KOAH olan bireyler değerlendirilirken mutlaka hastalığa uyumu etkileyen faktörler göz önünde bulundurulmalıdır. KOAH'ta özellikle tedaviye

uyumsuzluk önemli bir sağlık ve ekonomi probleminde yol açar. Dünya Sağlık Örgütü kronik hastalıklarda bireylerin uzun süreli tedaviye uyum oranının %50 olduğunu bildirmiştir. KOAH'ı olan hastalarda da tedavi uyumu %50 oranına yakın olup, bu oranın daha da düşük (%10-40) olduğu görülmüştür (6). KOAH'ta tedaviye uyumda ilaç uyumsuzluk oranları yüksektir, özellikle inhale edilen ve oral olarak alınan ilaçlara uyum oranları %41,3 ile %57,0 arasında olduğu bilinmektedir (7,8). KOAH tedavisinde karmaşık tedavi rejimlerinin olması uyumsuzluğa eğilimi artırır. Bu hastalarda tedavi uyumsuzluğunun en çok karşılaşılan nedenlerine bakıldığında; inhaler cihaz kullanımı, sık doz gereksinimi, uzun tedavi süreleri, polifarmasi (çoklu ilaç kullanımı), ilerleyen yaş, multiple hastalıklar ve tedavileri olarak sıralanmaktadır.

Kronik hastalığı olan bireyler, sadece hastalığın semptomları ile baş etmeyle kalmayıp, aynı zamanda hastalık ve tedavinin neden olduğu sorunlarla birlikte normal yaşamlarını sürdürmeye çalışırlar. Ancak günlük yaşam aktivitelerindeki kısıtlanmalar sebebiyle yaşamlarını herkes gibi sürdürmeye çalışırken zorluk yaşarlar. Kronik bir hastalığa sahip olmak, bireyde sadece fiziksel sınırlılıklara yol açmakla kalmayıp, bireyin sosyal yaşamını, eğitimini, mesleki yaşantısını ve iş bulma olanağı gibi aktivitelerinin kısıtlanmasına da neden olabilmektedir. Bu nedenle kronik bir yük olarak hastalıklar incelendiğinde, hastalığın yarattığı fiziksel sorunlarının yanı sıra, ihmal edilmiş sosyal, psikolojik ve davranışsal sorunlarının da irdelenmesi gerekir (9).

Olgu sunumumuzda KOAH tanısı ile göğüs kliniğinde takip edilen bir hastanın hastalığına uyumu çok yönlü olarak değerlendirilmiş olup; ayrıca hastalığa psikososyal uyumunu sorgulamak için Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği kullanılmıştır. Hastanın hastalığa uyumu gözlenip uyumu sorgulayan bilgi ve veriler elde edildikten sonra uygun hemşirelik girişimleri yapılmış ve hastalığa uyum sürecinde hastaya hemşirelik desteği verilmiştir.

Veri toplama araçları: Verilerin toplanmasında Psikososyal Uyum- Öz Bildirim Ölçeği ve araştırmacılar tarafından geliştirilen Hasta Bilgi Formu kullanılmıştır. Hasta bilgi formunda hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, mesleği,

eğitim düzeyi, gelir durumunu, aile yapısına ve özelliklerine ilişkin sorular yer almaktadır. Derogatis ve Lopez tarafından 1983 yılında geliştirilen ölçek, hastalığa psikososyal uyumu ölçeğin 46 madde ve 7 alt gruptan oluşur (10). Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenirlik çalışması Adaylar tarafından (1995) yapılmıştır (11). Ölçek bireylerin diğer bireylerle ve sosyo-kültürel çevreyi oluşturan kurumlarla karşılıklı etkileşimini ölçer. Ölçeğin alt boyutları ve bu boyutlardan alınabilecek en yüksek puanlar; sağlık bakımına oryantasyonda 24, meslek/iş çevresinde 18, aile çevresinde 24, cinsel ilişkilerde 18, geniş aile ilişkilerinde 15, sosyal çevrede 18 ve psikolojik alanda 21'dir (11). Ölçekten alınan minimum ve maksimum 0-138 puan arasındadır. Ölçekten alınan düşük puan hastalığa "iyi psikososyal uyumu", yüksek puan ise hastalığa "kötü psikososyal uyumu" gösterir. Ölçek ile yapılan çalışmalarda 35'in altında alınan puanlar iyi psikososyal uyumu, 35-51 arası puanlar orta derecede iyi psikososyal uyumu ve 51 puanın üstü ise kötü uyumu gösterir (10,11).

Olgu sunumu için hastaya sözlü ve yazılı gerekli açıklamalar yapılmış olup, 1964 Helsinki Deklarasyonu'na ve etik standartlara uygun olarak yürütülmüştür. Hastadan "Bilgilendirilmiş Olur" alınmıştır.

Olgu Sunumu

43 yaşında olan Y.C. isimli erkek hasta 3 yıldır KOAH hastası ve 7 gündür göğüs kliniğinde yatmaktadır. Hasta 24 yıl önce Tüberküloz hastalığı geçirmiş ve KOAH atakları nedeniyle sık sık hastaneye başvurmuştur. Yaz aylarında daha çok polenler nedeniyle, özellikle kışın hava bozuk, sisli olduğu zamanlarda 10-15 günde bir acil servis ya da göğüs hastalıkları polikliniğinde muayene olmaktadır. Hasta evde sürekli olarak Umeklidinyum Bromür + Vilanteral, Flutikazon propiyonat, ve Tiotropium Bromür Monohidrat kullanmaktadır. Düzenli olarak 6 ayda bir doktor kontrolüne gitmekte olan Y.C. genellikle ilaçlarını hastalığı kötüleştiği zaman kullanmakta, semptomlar iyileşince bırakmaktadır. İnhaler tedavi ile ilgili hastanın yaptığı uygulamalar sorgulandığında; inhaler tedavi sonrası ağzını su ile çalkalamadığı, dişlerini fırçalamadığı öğrenilmiştir. Hasta gece en fazla 2-2,5 saat kadar uyuyabildiğini söylemekte ve uykusunu alamadığından şikâyet etmektedir.

Y.C. bu hastalığın her konuda elini kolunu bağladığını, evlenemediğini ve çalışmadığını belirtmektedir. Hasta yaşadığı şiddetli dispne nedeniyle çalışma hayatına hiç başlamadığını anne ve babasının geçimini sağladığını, ailesinin maddi durum açısından sıkıntıda olmadığını, kendisine gayet iyi baktıklarını ve hiçbir zaman kendisini kötü hissettirecek bir söz söylemediklerini belirtmektedir. Hasta ailesinden destek gördüğünü özellikle onlardan güç aldığını vurgulamaktadır. Y.C. en çok da evlenemediğine, bir yuva kuramadığına üzüldüğünü ve bu yüzden hastalıktan nefret ettiğini belirtmektedir. Hastalığın psikolojisini bozduğunu, onu çökerttiğini, tamamen çaresiz bıraktığından şikâyet etmektedir.

Hastada belirlenen psikososyal sorunlar arasında; öfke, üzüntü, ümitsizlik, çaresizlik endişe, aile ve iş yaşamına ilişkin rol kaybı, içe kapanma, kendine yetememe/ bağımlı olma endişesi, depresif görünüm ve sosyal izolasyon yer almaktadır.

Hemşirelik girişimleri: Hastalığa uyumun sağlanmasında önemli olan, hastalık süresi boyunca bireyin fiziksel, sosyal ve psikolojik değişikliklerinin belirlenmesi ve uyumda etkili olan yöntemlerin planlanmasıdır (12). Bu gerekçeden hareketle; hasta ile iletişime geçilerek, hastalığa uyumunu etkileyen hastalık ile ilgili faktörler, sosyo-ekonomik faktörler, psikososyal faktörler, çevresel faktörler, sağlık sistemi, tedavi ile ilgili faktörler, önceki yaşam deneyimleri, sosyal ilişkileri, problem çözme becerisi ve uyum sağlamasına yardımcı bireysel kaynaklar sorgulanmıştır. Psikososyal uyum ölçeği ile hastada belirlenen en olumsuz etkilenen alanlar, mesleki çevre, sosyal çevre ve sağlık bakımına oryantasyon alt boyutudur. Psikososyal uyum ölçeği toplam puanı ise 51 ile kötü psikososyal uyum düzeyinde olduğu belirlenmiştir.

Olgumuzda hastalığa uyumunu sınırlayan davranışlardan birincisinin; hastalık ile ilgili faktörlerden kaynaklandığı saptandı. Burada temel sorunun, hastanın hastalığın semptomlarını kontrol altına alamaması olduğu tespit edildi. Hastanın hastaneye başvuru sıklığını azaltmak için, öncelikle dispneyi nasıl kontrol altına alabileceği ile ilgili hasta eğitimi yapıldı. Bireyin dispne yaşamaması ya da dispnenin en aza indirgenmesi için; etkin havayolu temizliğini nasıl

yapabileceği öğretilti. Hastaya postural drenaj, diyafragma solunumu ve etkili öksürme tekniği egzersizleri yaptırıldı ve tekrar ettirildi. Hastaya solunum/dakika sayısı, ritmi, oksijen saturasyonun normal değerleri ve hangi durumlarda oksijen alması veya oksijen alıyor ise artırması gerektiği hakkında bilgi verildi. Periferler ısı, renk, nabız açısından değerlendirildi. 1-2 saatte bir pozisyon değiştirildi. Hastaya rahat nefes alıp vermesi için Fowler pozisyonu verildi, oksijen inhalasyonun sürdürülmesi sağlandı, dispneye bağlı korku ve anksiyeteyi azaltmaya yönelik girişimler ve gerekli durumlarda nasıl müdahale edeceği konusunda bilgilendirildi. Hekim istemine göre 2 lt/dk oksijen tedavisi ve bronkodilatörler (Flutikazon Propiyonat nebul 2*1 inhaler, Pratiropium Bromür ve Salbutamol nebul 4*1 inhaler, Tiotropium Bromür Monohidrat inhaler 1*1) uygulandı. Yapılan uygulamalar sonunda hastanın rahatladığı, dispneyi daha rahat kontrol edebildiği görüldü. Hasta dispneyi nasıl kontrol edebileceğini öğrendiğini ve kendini daha güvende hissettiği ifade etti. Hastalığa ilişkin faktörlere yönelik yapılan tekrarlı hasta eğitimlerle; Y.C.'nin öksürük ve solunum egzersizlerini etkin bir şekilde yapabildiği gözlemlendi. Aynı zamanda hastanın rahatladığı ve hastalığa bağlı gelişebilecek semptomların hafiflediği gözlemlendi.

Olgumuzda hastalığa uyumunu sınırlayan davranışlardan ikincisinin; tedaviye ilişkin faktörlerden kaynaklandığı saptandı. Psikososyal uyum ölçeğinin sağlık bakımına oryantasyon alt boyutundan aldığı toplam puan 11'di ve bu konuda güçlük yaşadığı belirlendi. Problemin temelinde ise hastanın ilaçlarını hastalık semptomları kötüleştiğinde kullanması, semptomlar iyileşince ise bırakması yer almaktaydı. Öncelikle hastaya, hastalığına ilişkin bilgi verilmeden önce, hastalık ve durumu ile ilgili mevcut bilgileri, eksik ve yanlış bildikleri, hemşireden beklentileri belirlendi ve soru sorması için fırsat verildi. Daha sonra hastalığın süreci, tedavisi ve komplikasyonları ile ilgili hastanın anlayabileceği düzeyde eğitim verildi. Hastalığın etkileri ve ilaçlarını nasıl kullanması gerektiği ile ilgili broşür verildi. Özellikle ilaçlarını sadece KOAH atakları sıklaştığı zaman değil, düzenli olarak kullanması gerektiği ve inhaler ilaçları kullandıktan sonra ağzında yara olmaması için ağzını su ile çalkalaması, ağız hijyenine dikkat etmesi gerektiği vurgulandı. Ayrıca oral

mukoz membranda bozulma riskini önlemek için; günde iki kez ağız mukozasını kontrol etmesi, dört saatte bir ağız bakımı yapması, dudaklarını nemlendirmesi; yumuşak, ağız tahriş etmeyecek gıdaların seçilmesi; sıcak gıdalar ağız mukozasını daha da fazla tahriş edeceği için ılık gıdalar tüketmesi gerektiği açıklandı. Y.C. bilgi eksikliği nedeniyle, tedaviye uyum ve hastalığın yönetiminde güçlük yaşamaktadır. Sağlık bakımına oryantasyon psikososyal alt boyut puanı da bu durumu desteklemektedir. KOAH atakları meydana geldikçe ilaçlarını kullanan, semptomlar iyileşince bıraktığını ifade eden ve inhaler ilaç kullanımı sonrası ağız bakımına dikkat etmeyen hasta, yapılan hemşirelik girişimleri ve eğitimi sonucunda; tedaviye uyum sağladığı, inhaler ilaç kullanımı sonrası ağız hijyenine dikkat ettiği gözlemlendi.

Olgumuzda hastalığa uyumunu sınırlayan davranışlardan üçüncüsü; yine hastalık ile ilgili ve çevresel etkenlerin neden olduğu uykusuzluk sorunu yaşaması idi. Y.C. gece en fazla 2-2,5 saat kadar uyku uyuduğunu ve uykusunu alamadığını, sabahları ise dinlenmiş olarak uyanamadığını ve uykuya dalarken zorluk yaşadığını ifade etti. Uykusuzluğa neden olan faktörler incelendiğinde; dispne şikâyeti, ortam sıcaklığı, takılı olan IV kateter hastanın uyku düzenini olumsuz etkilediği anlaşıldı. Hastamıza uykuya geçmeden önce dispneyi azaltmak için Fowler pozisyonu verildi, dinlendirici, sesiz ve sakin ortam oluşturulması sağlandı. Yatmadan önce inhaler tedavisini düzenli olarak alması gerektiği vurgulandı. Akşam saatlerinde çay, kahve kola gibi kafeinli içecekler içmesinin uykuya geçmesini zorlaştırdığı, her zaman aynı saatte yatıp aynı saatte kalkması, uyku rutininin oluşması açısından önemli olduğu hasta ile görüldü. Hasta uyku önerilerini evde daha rahat uygulayabileceğini söyledi ve hastanede ise kendisine yardımcı olmamızı istedi. Hastanede kaldığı son üç gün gece uyku süresini en az 4 saate çıkarabilmeyi başardı ve daha dinlenmiş olarak uyandığını ifade etti.

Hastalığa uyumunu sınırlayan davranışlardan dördüncüsü ise; çevresel ve psikososyal faktörlerden, hastalığı nedeniyle çalışma ve sosyal yaşamdan uzak kalmasıydı. Psikososyal uyum ölçeğinde de mesleki çevre alt boyut puanı 18 ile en yüksek puandaydı ve bu alanda belirgin düzeyde bozulma olduğu görüldü. Aynı zamanda

sosyal çevre alt boyut puanı da 17 puan ile yüksek düzeydeydi. Y.C. bu hastalığın her konuda elini kolunu bağladığını, evlenemediğini ve çalışmadığını belirtti. Yaşadığı şiddetli dispne dolayısı hiç çalışmadığını, geçimini anne ve babasının sağladığını paylaştı. Hastanın yaşadığı stresle baş etme mekanizmasını arttırmak ve duygularını rahat bir şekilde ifade etmesini sağlamak için terapötik iletişime geçildi. Hastane psikoloğundan bireysel, grup terapileri yardımı aldı. İnkâr, güven, ümit ve kontrol duygusunu içeren psikolojik faktörlerin, pozitif uyum davranışları olduğu hasta ile görüşüldü. Göz teması ve dokunarak iletişimle güven duygusu pekiştirildi. Hastanın kendi bakımında aktif olması için desteklendi ve yapamadığı ya da çaresiz kaldığı durumlarda hangi noktalarda ailenin de bakıma dahil edilmesi gerektiği konusunda geri bildirim yapıldı. Kendisini zorlamayacak işlerde çalışabileceği konusunda cesaretlendirildi. Hastayla, evliliğin bu hastalıkla yaşamasına engel olmadığı anlatıldı, diğer evli olan KOAH'lı hastalarla tanıştırılarak hastanın aklındaki soruların yanıt bulması sağlandı. Hastanın sosyal destek düzeyini artırmak için diğer hastalar ile görüşmesi sağlandı.

Tartışma

KOAH hastasının hastalığına uyumunu sağlayabilmek için etkili bir hemşirelik bakımı için temel hedefler; hastalık semptomlarının, alevlenme sıklığı ve şiddetinin azaltılması, komplikasyonların önlenmesi, kontrol altına alınması ve tedavisi, egzersiz kapasitesi ve yaşam kalitesinin artırılması, mortalitenin azaltılmasıdır (13,14). KOAH'ın ilerleyen evrelerinde hastaların nefes alması büyük oranda etkilenmektedir. Özellikle hastalar KOAH'ın orta ve ağır evrelerinde çok az bir eforla dahi nefes darlığı yaşar ve inhalasyon tedavisi almaları gerekir. Nefes darlığının arttığı, hastalığın ilerleyen evrelerinde ise hastalar oksijen tüpüne bağımlı olarak yaşamak zorunda kalırlar. Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirirken dahi güçlük yaşayan hastalar, ağır evrelerde ise genelde başka birinin yardımına gereksinim duyarlar. Tüm bunların sonucunda hastalık şiddeti, hastanın yaşı, komorbid hastalık, sosyo-ekonomik durum ve çevresel etkenlerin maruziyetine de bağlı olarak hastaların sosyal iletişimleri kısıtlanmakta ve sosyal ilişkileri bozulmaktadır (15). KOAH'lı hastaların acil servislere ya da hastaneye

tekrarlı yatışları ailenin ekonomik durumunun etkilenmesine ve hastalığın ekonomik yükünün artmasına neden olmaktadır. Hasta ve ailenin yaşamını ciddi ve çok yönlü olarak etkileyen bu hastalıkta, hastalık sürecinin etkileri kişisel farklılıklar göstermekle birlikte, kimi hastalar hastalıkla yaşamaya uyum gösterirken kimi hastalar ise ciddi derece etkilenmektedirler (16).

KOAH hastalarında en sık karşılaşılan sorunlardan birisi de hastaların inhaler tedaviye yeterince uyum sağlayamamasıdır. Düşük tedavi uyumu olan KOAH hastalarında morbidite, hastaneye yatış oranı ve sağlık harcamalarının daha yüksek olduğu, erken ölümlerin de daha sık görüldüğü belirlenmiştir (17). Hasta eğitimi, inhalerlerin doğru kullanımında ve suistimal edilmemesinde kritik bir faktördür (18). Hemşireler, inhalerlerin doğru kullanımında oldukça etkilidir, uygulayacakları eğitimle inhaler cihaz kullanımına yönelik eksikleri gidererek, hataları düzelterek etkili bir tedaviye katkıda bulunabilirler. Özellikle steroid içeren inhaler/nebül formunda ilaçları kullanan hastalarda; ağız içerisinde yara/aft oluşmaması için inhaler ilaç kullanımı sonrası mutlaka ağız su ile çalkalanması gerekir (13,19).

KOAH'da yaşanan uyku bozuklukları; KOAH şiddeti arttıkça artmaktadır. Akciğer semptomlarında görülen dispne, öksürük, weezing ise anksiyete, depresyon ve uyku bozukluklarına eşlik etmektedir (20). Dural ve Sarıtaş (2019) KOAH hastalarında yaptıkları çalışmada hastaların %77,8'inin uyku kalitesinin kötü olduğunu bildirmiştir (21). Y.C. gece en fazla 2-2,5 saat kadar uyku uyuduğunu ve uykusunu alamadığı beyanı bulunmaktaydı. Hastanın uyku-uyanıklılık alışkanlıkları değerlendirildi ve yapılan uyku alışkanlığı eğitimleri ile uyku süresinin en az 4 saate çıkarılması başarılı ve daha dinlenmiş olarak uyandığını ifade etti.

Hastalıkla baş etmede ve hastalığa uyum sağlamada aile ve sosyal çevreden destek görmek çok önemlidir (22). Özellikle, hastalığın tanı aşamasında ve komplikasyonlarla baş etmede sosyal destek ihtiyacı artmaktadır (23). Dengeli ilişkiler ve iş birliğinin olduğu, çatışmaların az, rol karmaşasının olmadığı ailelerde hastalığa uyum daha kolaylaşmakta; aşırı koruyucu, kontrol edici, endişeli, yönlendirici tutumların sergilendiği ailelerde ise hastalığa uyum bozulmaktadır (24). Aile çevresi ve geniş aile ilişkileri psikososyal uyum

ölçeği alt puanı iyi düzeyde olan Y.C'de özellikle ailesinin destek gördüğünü belirtmişti. Tedaviye uyumda, tedaviye bağlı yaşanan sorunların kontrol edilebilmesi önem taşımaktadır. Yakalanan hastalığa psikososyal uyumda, hastalığın seyrini olumlu ya da olumsuz olarak etkilemektedir (1). Kronik hastalıklarda tedavi ile ilgili kısıtlamalar (diyet, gelecek ile ilgili planlar), bağımlılığın artması, beden imajında değişiklikler, ölüm tehdidi, ekonomik sorunlar, aile içindeki rollerin değişmesi, sosyal aktivitelerde azalma gibi psikososyal faktörler hastalığa uyumu etkilemekte ve uyum güçlüğüne neden olabilmektedir (1).

KOAH'da hastaların benlik ve sosyal rol kavramlarında da değişiklikler meydana gelebilmektedir. Hastaların beden görünümünde, aile içi ve sosyal rollerinde değişim, fiziksel ve psikolojik olarak başkalarına bağımlı olma duygusunun rol performansında değişme, beden imajı, kendilik algısı ve benlik saygısında azalmaya neden olabileceği literatürde de belirtilmektedir (25). Bu hastaların sosyal yaşamlarında daha aktif hale gelebilmeleri için sosyal destek sağlanması oldukça önemlidir. Sosyal destek ağlarına sahip olan hastalarda benlik imajında olumlu etkiler ortaya çıkabilmektedir. Aynı zamanda sosyal destek ağları kişilerin alternatif hastalık yönetme biçimlerini öğrenmelerini sağlayarak, hastalıklarına daha çok uyum yapabilmeleri kolaylaştırır (26).

Yapılan bir çalışmada, düzenli olarak sağlık kontrollerine giden hastalarda, düzensiz olarak sağlık kontrolüne giden hastalara oranla mesleki çevreye uyum konusunda daha fazla güçlük yaşandığı ortaya çıkmıştır. Bu durum düzenli bir şekilde sağlık kontrollerine giden hastaların, iş yaşantılarına ayırması gereken zamanı, rutin kontrollere ayırdıkları için iş yaşantısında uyum sağlayamadıkları ve mesleki çevreye uyumlarının bozulduğunu göstermektedir (27). Mesleki/iş çevresi alanındaki olumsuz etkilenme, hastaların ekonomik sorunlar yaşamalarını, bu durum da psikososyal uyumun olumsuz etkilenmesini kolaylaştırabilmektedir. Hastamız da hastalık nedeniyle bağımlılığın artması, beden imajı ve benlik saygısının azalması nedeniyle hem çalışamayacağını hem de evlenemeyeceğini düşünüyordu. Bu yüzden hastalıktan nefret ettiğini belirtmişti. Aslında bu tutum, hastanın hastalığına uyum sağlayamamasındaki en önemli etkenlerden birisiydi. En kötü psikososyal puanı da

mesleki çevre alt boyutundan almıştı. Hemşirelik eğitimlerinde özellikle bu konunun üzerinde daha çok duruldu. Diğer çalışan ve evli olan KOAH hastaları ile görüşmeler sağlandı, aklındaki soruların yanıt bulmasına olanak verildi. Hastaya, evliliğin bu hastalıkla yaşamasına engel olmadığı, evden de çalışabileceği ile ilgili bilgiler verildi. Evlilik ile ilgili duygularını paylaşabilmesi için hastane psikoloğundan da bireysel, grup terapileri için yardım alındı. Psikososyal değerlendirme sonrası bireylere grup terapileriyle danışmanlık verilmelidir. Bu tür oturumlarda hastanın sosyal destek düzeyini artırmak için aile üyeleri ve hasta için önemli olan kişilerde dahil edilmelidir (5).

Hemşirelerin temel rolü bakım verme odaklıdır, aynı zamanda, primer olarak da hastaların hem fiziksel hem ruhsal iyilik halinin sağlanması, danışmanlık ve hasta eğitiminden sorumlu olan sağlık profesyonelleridir (28). Hasta eğitimi; hastanın hastalık sürecinde meydana gelen fiziksel ve psikolojik değişiklikleri anlamasına, tedaviye aktif katılımı sağlanarak tedavi uyumunun artmasına ve hastalığın yönetimini kolaylaştırmasına imkân sağlar (19,29,30). Hemşireler hastanın psikososyal bakımında hasta ve ailelerin yaşam tarzı değişikliklerine uyum sağlamalarına yardım etmeli, yararlı olmayan uyum davranışlarını önlemeli, hasta ve ailesinin baş etme mekanizmalarını geliştirerek hastalığa uyumlarını artırmalıdır.

Sonuçlar ve Öneri: Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerde semptom kontrolü sağlanamadığında, ilaç tedavisinin karmaşıklığı ve sosyal hayatı etkileyen psikososyal faktörler varlığı hastaların hastalığa uyum sağlayamamalarına neden olmaktadır. Etkili bir hemşirelik eğitimi ile, semptom kontrolü sağlanarak hastalık ve tedaviye uyumun artması, alevlenmelerin azaltılması hastalığa uyuma olumlu yönde katkı sağlayacak bir yaklaşımdır. Hemşirenin rolleri gereği, her birey için hastalığa uyumu etkileyen faktörler ve etkilenen uyum alanının farklılık gösterdiğini göz önünde bulundurarak, KOAH'lı bireylerin ihtiyaç alanına yönelik eğitim ve danışmanlık hizmetinde bulunması önerilmektedir. Hastaların, ailelerinin ve diğer sosyal destek kaynaklarının hastalığa uyumunda destekleyici unsur olarak görülmesi ve hastaların eğitim, izlem ve tedavi süreçlerine dahil edilmesi önerilmektedir.

Teşekkür

Çalışmamızda emeği geçen/katkı sağlayan Bay Y.C'ye teşekkür ederiz.

İletişim: Öğr. Gör. Dr., Elif Okur
E-Posta: elifcengiz_ec@hotmail.com

Kaynaklar

1. Mollaoğlu M. Kronik Hastalıklar ve Bakım. İçinde: Durna Z, ed. Kronik Hastalıklarda Uyum Süreci. 1. Baskı İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2012. p.51-52.
2. Tel H, Doğan S, Özkan B, Çoban S. Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 2010;1:7-12.
3. Yılmaz M. Kronik Hastalıklarda Uyum Süreci. İçinde: Ovayolu N, Ovayolu Ö, ed. Temel İç Hastalıkları Hemşireliği. İkinci Baskı. Adana: Nobel Tıp Kitabevi; 2017. p.370-4.
4. Dikeç Gül, Kutlu Y. Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: Tedaviye uyum programı. Journal of Psychiatric Nursing. 2015;6(1):40-6.
5. Yılmaz Karabulutlu E. Kalp Damar Hastalıkları Hemşireliği. İçinde: Nural N, ed. Koroner arter hastalıklarında psikososyal uyum. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.39-45.
6. Çalıkoglu M. KOAH'ta tedaviye uyum. KOAH Bülteni 2015;1:2-7.
7. Bosley C, Corden Z, Rees P, Cochrane G. Psychological factors associated with the use of home nebulized therapy for COPD. Eur Respir J. 1996; 9:2346-50.
8. Taylor DR, Kinney CD, McDevitt DC. Patient compliance with oral theophylline therapy. Br J Clin Pharmacol. 1984;17:15-20.
9. Akpınar NB, Ceran MA. Kronik hastalıklar ve rehabilitasyon hemşireliği. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2019;3(2):140-152.
10. Derogatis LR. (1986) The Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS). J Psychosom Res. 1986;30(1): 77-91.
11. Adaylar M. Kronik hastalığı olan bireylerin hastalıktaki tutum, adaptasyon, algı ve öz-bakım yönelimleri. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi;1995.
12. Özdemir Ü, Taşcı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi. 2013;1(1):57-72.
13. Li H, Chen Y, Zhang Z, Dong X, Zhang G, Zhang H. Handling of diskus dry powder inhaler in chinese chronic obstructive pulmonary disease patients. Journal of Aerosol Medicine and Pulmonary Drug Delivery. 2014;27(3):219-27.
14. Sin DD, McAlister FA, Man SF, Anthonisen NR. Contemporary management of chronic obstructive pulmonary disease: scientific review. Journal of American Medical Association 2003;290(17):2301-12.
15. Kuzulu A, Bilgin G, Arslan İ, Öznur H, Kızıtaş Ö, Tekin O, et al. KOAH hastalarında sosyal ilişkilerin değerlendirilmesi. Ankara Medical Journal. 2017;17(4):204-15. DOI: 1017098/amj.364158
16. Tel Aydın H, Tok Yıldız F, Karagözoğlu Ş, Özden D. Hastaların bakış açısıyla kronik obstrüktif akciğer hastalığı ile yaşamak: Fenomenolojik Çalışma. İ.Ü.F.N. Hem. Derg 2012;20(3):177-83.
17. Oğuzülken İK, Köktürk N, Işıkdogan Z. Astım ve kronik obstrüktif akciğer hastalarında Morisky 8- maddeli ilaca uyum anketinin (MMAS-8) Türkçe geçerliliğinin kanıtlanması çalışması. Tüberk Toraks 2014; 62(2):101-7.
18. Fink JB, Rubin BK. Problems with inhaler use: A call for improved clinician and patient education. Respir Care. 2005;50:1360-75.
19. Gulanick M, Myers JL. Pulmonary Care Plans. In: Gulanick M, Myers JL, eds. Nursing care plans, Diagnosis, Interventions and Outcomes. 8st ed. Philadelphia: Mosby; 2014. p.434-43.
20. Tülüce D, Kutlutürk S. Stabil KOAH tanılı hastalarda bakım maliyet etkinliği üzerine etkili bir yaklaşım: Hasta Koğluğu. Journal of Human Sciences. 2016;13(2):2697-709.
21. Dural G, Sarıtaş Çıtak S. Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireylerde uyku kalitesi ile anksiyete ve depresyon arasındaki ilişki. ACU Sağlık Bil Derg 2019;10(2):247-52.
22. Ramírez MJ, Ferriol EE, Doménech FG, Llatas MC, Suárez-Varela MM, Martínez RL. Psychosocial adjustment in patients surgically treated for laryngeal cancer. Otolaryngol Head Neck Surg. 2003;129(1):92-7.
23. Herpertz S, Kramer-Paust R, Paust R, Schleppinghoff BS, Best F, Bierwirth R, et al. Association between psychosocial stress and psychosocial support in diabetic patients. Int Congr Ser. 2002;1241:51-8.
24. Mete EH. Kronik hastalık ve depresyon. Klin Psikiyatri Derg. 2008;11(Ek3):3-18.
25. Ninot G, Moullec G, Desplan J, Prefaut C, Varray A. Daily functioning of dyspnea, self-esteem and physical self in patients with moderate COPD before, 65 during and after a first inpatient rehabilitation program. Disabil Rehabil. 2007;29:1671-78.
26. Eryiğit Günler O. Kronik hastalıkların yol açtığı bazı toplumsal problemler. Selçuk Ün. Sos. Bil. Ens. Der. 2019;(42):392-400.
27. Çelik S. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında (KOAH) psikososyal uyumu etkileyen faktörlerin incelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Yeditepe Üniversitesi; 2018.
28. Mousing CA, Lomborg K. Self-care 3 months after attending chronic obstructive pulmonary disease patient education: A qualitative descriptive analysis. Patient Preference and Adherence. 2012;6:19-25.
29. Gulanick M, Myers JL. Cardiac and Vaskuler Care Plans. In: Gulanick M, Myers JL, eds. Nursing care plans, Diagnosis, Interventions and Outcomes. 8st ed. Philadelphia: Mosby; 2014. p.349-52.
30. Karadakovan A. Hemşirelik Bakım Planları. Dahiliye-Cerrahi Hemşireliği ve Psiko-sosyal Boyut. İçinde: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOAH). Akbayrak N, Erkal S, Ancel G, Albayrak A, ed. 1. Baskı. Ankara: Alter Yayınevi; 2007. p. 201-5.



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

Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

1. Teşekkür: Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereşsel destek verenlere teşekkür edilen ç.bölümdür.

2. Kaynaklar: Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1,2,4-7) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. En fazla otuz (30) kaynak kullanılabilir.

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

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

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

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

Web Sitesi: Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing group. Accessed November 12, 2003, at <http://www.clinicalevidence.com>

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

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

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

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

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

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

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

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

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

7. Yüzdelere: Yüzde işareti (%) ile belirtilebilir.

8. Sözcük sayısı: Yazıların sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

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

Metinlerin Gönderilmesi: Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir. Yazılar; <http://dergipark.gov.tr/sted> adresi üzerinden gönderilir.

Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.

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