



ISSN: 2149-309X

Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı



# Hakemli Dergi TSHD

## Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

6 Aylık Dergi/Biannually

<https://edergi.saglik.gov.tr/>

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>

Yıl/Year: 2022 Haziran/June

Sayı/Issue: 19

- SOSYAL HİZMET UZMANLARININ ETİK İKİLEMLER KARŞISINDAKİ TUTUMLARININ ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE İNCELENMESİ (Araştırma Makalesi)
- COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNİN AKADEMİSYEN BABALARIN YAŞAMINA YANSIMALARI: NİTEL BİR ARAŞTIRMA (Araştırma Makalesi)
- MADDE BAĞIMLISI BİREYLERİN AİLELERİNİN KARŞILAŞTIKLARI PSİKO-SOSYAL VE EKONOMİK GÜÇLÜKLER İLE SOSYAL DIŞLANMA ALGILARININ SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN İNCELENMESİ (Araştırma Makalesi)
- TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİ GÖREN BİREYLERİN COVID-19 SALGINI SÜRESİNCE KAYGI DÜZEYLERİNİN ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ (Araştırma Makalesi)
- PANDEMİ HASTANESİ ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN HASTALARIN ANALİZİ: BİR RETROSPEKTİF TÜRKİYE ÇALIŞMASI (Araştırma Makalesi)
- SAĞLIK TEDBİRİ KARARI BULUNAN ÇOCUKLARIN KORUYUCU/ÖNLEYİCİ HİZMETLER KAPSAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ (Araştırma Makalesi)
- SEMPTOM YÖNETİMİNDE TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI (Derleme Makale)

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI

BAKANLIK YAYIN NO:

**963**

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı Yayınıdır.



## Derginin Künyesi

### YAYIN SAHİBİ

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Adına  
Prof. Dr. Ahmet TEKİN  
T.C. Sağlık Bakanlığı  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü  
\*

### YAYIN KURULU BAŞKANI

Sevil SERİN  
T.C. Sağlık Bakanlığı  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı  
\*

### YAYIN KURULU BŞK.YRD.

Avşar ASLAN  
T.C. Sağlık Bakanlığı  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanı  
\*

### EDİTÖRLER

Avşar ASLAN  
Daire Başkanı  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
\*

Murat DERİN

Sosyal Hizmet Uzmanı  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
\*

### YAYIN KURULU

Avşar ASLAN  
Murat DERİN  
Bilal KURHAN  
Eren BİNGÖL  
Seher ÖZTURHAN  
Feriha Elif EROĞLU  
Ceylan KALYA YILMAZ  
\*

### HUKUK DANIŞMANI

Dr. Şehmus ERTEKİN



ULAKBİM TR Dizinde taranmaktadır.

\*

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi altı ayda bir yayınlanan Türkçe hakemli bir dergidir.

\*

Dergide yayınlanan yazılardaki görüşler yazarlarına aittir.

SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bilkent Yerleşkesi, Üniversiteler Mah. Dumlupınar Bulvarı 6001. Cad. No:9 Çankaya/ANKARA  
Tel:+90 (312) 458 50 44,  
E-Posta: [murat.derin@saglik.gov.tr](mailto:murat.derin@saglik.gov.tr)  
DERGİPARK: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>  
WEB: <https://edergi.saglik.gov.tr/>

Bakanlık Yayın No:  
963  
ISSN:2149-309X

---

## **DANIşMA KURULU**

**Prof. Dr. Arzu İAĞASIOĞLU ÇOBAN**

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Prof. Dr. Nurdan DUMAN**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Prof. Dr. Eda PURUTÇUOĞLU**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN**

Hacettepe Üniversitesi, İ.İ.B.F, Sosyal Hizmet Bölümü

**Prof. Dr. Ayşe Sezen SERPEN**

Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Prof. Dr. İşhak AYDEMİR**

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç. Dr. Gonca POLAT**

Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç. Dr. Semra SARUÇ**

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç. Dr. Taner ARTAN**

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşı, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç. Dr. Melek ZUBAROĞLU YANARDAĞ**

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç. Dr. Oğuzhan ZENGİN**

Karabük Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç. Dr. Ergün HASGÜL**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç. Dr. Buğra YILDIRIM**

Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Hüsnünur ASLANTÜRK**

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Figen PASLI**

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Beyza ERKOÇ**

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakóltesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Zeki Karataş**

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, İİBF, Sosyal Hizmet Bölümü

---

## **BU SAYININ HAKEMLERİ**

**Prof. Dr. Nurdan DUMAN**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Prof. Dr. İshak AYDEMİR**

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç. Dr. Mehmet KIRLIOĞLU**

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Nezahat Keleşoğlu SBF, Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç. Dr. Sinan AKÇAY**

Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç. Dr. Ergün HASGÜL**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç. Dr. Hüsametdin Çetin**

Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç. Dr. Hasan Hüseyin TEKİN**

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç. Dr. Hande ALBAYRAK**

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç. Dr. Tahir Emre GENCER**

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Doç. Dr. Semra SARUÇ**

Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Merve Deniz PAK GÜRE**

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Seval BEKİROĞLU**

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Hüsnünur ASLANTÜRK**

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğretim Üyesi Meliha Funda AFYONOĞLU**

Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Figen PASLI**

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

---

**Dr. Öğr. Üyesi Zilan UĞURLU**

Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğretim Üyesi Azime ARISOY**

Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Çavdır MYO, Sosyal Hizmet ve Danışmanlık Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Huriye İrem KALAYCI KIRLIOĞLU**

Karabük Üniversitesi, İ.İ.B.F., Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Elvan ATAMTÜRK**

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Fuat YALMAN**

Düzce Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

**Dr. Öğr. Üyesi Rauf YANARDAĞ**

Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İ.İ.B.F., Sosyal Hizmet Bölümü

**Dr. Öğr. Görevlisi Murat ÇAY**

Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler MYO, Sosyal Hizmetler ve Danışmanlık Bölümü

**Uzm. Dr. Hayri CANBAZ**

Sağlık Bakanlığı

**Uzm. Dr. Buğra İLHAN**

Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

**SHU Özgür SAĞLAM**

S.B. Hatay E.A. Hastanesi

---

**Prof. Dr. Ahmet TEKİN**  
**T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel**  
**Müdürü**

ÖNSÖZ

Merhaba Sevgili Okurlarımız,

Profesyonel yayım hayatında 10. yılını tamamlayan ve yayım hayatına kesintisiz olarak devam eden Tıbbi Sosyal Hizmet Dergimizin yeni sayısı ile sizlerle tekrar birlikte olmaktan duyduğum mutluluğu ifade ederek sözlerime başlamak istiyorum.



Yine bu sayımızda da değerli yazarlarımız dergimize büyük ilgi göstermiş ve önemli sayıda çalışma dergimize ulaşmıştır. Titiz bir çalışma sonrası bu sayımızda birbirinden değerli 7 bilimsel çalışmaya yer verilmiştir. 19. sayımızda 1 derleme çalışma, 6 araştırma makalesi yer almaktadır. Makalelerden ilkinin “Sosyal Hizmet Uzmanlarının Etik İnkilemler Karşısındaki Tutumlarının Çeşitli Değişkenlere Göre İncelenmesi” adlı araştırma makalesi, ikincisini “Pandemi Sürecinin Akademisyen Babaların Yaşamına Yansımaları: Nitel Bir Araştırma” adlı araştırma makalesi, üçüncüsünü “Madde Bağımlısı Bireylerin Ailelerinin Karşılaştıkları Psiko-Sosyal Ve Ekonomik Güçlükler İle Sosyal Dışlanma Algılarının Sosyal Hizmet Perspektifinden İncelenmesi” adındaki araştırma makalesi oluşturmaktadır. Daha sonra sırayla “Tüberküloz Tedavisi Gören Bireylerin Covid-19 Salgını Süresince Kaygı Düzeylerinin Çeşitli Değişkenler Açısından İncelenmesi” adlı araştırma makalesi, “Pandemi Hastanesi Acil Servisine Başvuran Hastaların Analizi: Bir Retrospektif Türkiye Çalışması” adlı araştırma makalesi, “Sağlık Tedbiri Kararı Bulunan Çocukların Koruyucu/Önleyici Hizmetler Kapsamında Değerlendirilmesi” adlı araştırma makalesi yer almıştır. Son olarak da “Semptom Yönetiminde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları” adlı derleme çalışmaya yer verilmiştir.

Birbirinden kıymetli tüm bu çalışmaların okuyucu ile buluşmasında verdikleri emeklerden dolayı editörlerimize, bilimsel çalışmaları için dergimizi tercih eden tüm yazarlarımıza, çalışmaları değerlendiren kıymetli hakemlerimize ve bizi ilgiyle takip eden okurlarımıza teşekkür eder; sağlıklı günler dilerim.

---

## İÇİNDEKİLER

- **SOSYAL HİZMET UZMANLARININ ETİK İKİLEMLER KARŞISINDAKİ TUTUMLARININ ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE İNCELENMESİ (Araştırma Makalesi)**  
**INVESTIGATION OF SOCIAL WORKERS' ATTITUDES TOWARDS THE ETHICAL DILEMMAS IN TERMS OF VARIOUS VARIABLES (Research Article)**
  - Yunus DURSUN
  - Elvan ATAMTÜRK
  - Hüsnünur ASLANTÜRK
- **COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNİN AKADEMİSYEN BABALARIN YAŞAMINA YANSIMALARI: NİTEL BİR ARAŞTIRMA (Araştırma Makalesi)**  
**REFLECTIONS OF THE COVID-19 PANDEMIC PROCESS ON THE LIVES OF ACADEMIC FATHERS: A QUALITATIVE STUDY (Research Article)**
  - Şefika Dilem GÜNGÖR
  - Serap DAŞBAŞ
  - Sinan AKÇAY
- **MADDE BAĞIMLISI BİREYLERİN AİLELERİNİN KARŞILAŞTIKLARI PSİKO-SOSYAL VE EKONOMİK GÜÇLÜKLER İLE SOSYAL DIŞLANMA ALGILARININ SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN İNCELENMESİ (Araştırma Makalesi)**  
**EXAMINING THE SOCIAL AND ECONOMIC DIFFICULTIES AND SOCIAL EXCLUSION PERCEPTIONS OF THE FAMILIES OF SUBSTANCE ADDICTS FROM SOCIAL SERVICE PERSPECTIVE (Research Article)**
  - M. Resul BAŞAR
  - Selman AKTAŞ
  - İshak AYDEMİR
- **TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİ GÖREN BİREYLERİN COVID-19 SALGINI SÜRESİNCE KAYGI DÜZEYLERİNİN ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ (Araştırma Makalesi)**  
**IN TERMS OF DIFFERENT VARIABLES, THE EXAMINATION OF THE ANXIETY LEVELS OF THE INDIVIDUALS HAVING TUBERCULOSIS TREATMENT DURING THE COVID-19 PANDEMIC (Research Article)**
  - Naciye BIYIKLI
  - Sayra LOTFİ
- **PANDEMİ HASTANESİ ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN HASTALARIN ANALİZİ: BİR RETROSPEKTİF TÜRKİYE ÇALIŞMASI (Araştırma Makalesi)**  
**ANALYSIS OF PATIENTS VISIT TO THE EMERGENCY DEPARTMENT OF A PANDEMIC HOSPITAL: A RETROSPECTIVE STUDY FROM TURKEY (Research Article)**
  - Hakan AYDIN
  - Attila BEŞTEMİR
  - Göksu Bozdereli BERİKOL
  - Halil DOĞAN



- 
- **SAĞLIK TEDBİRİ KARARI BULUNAN ÇOCUKLARIN KORUYUCU/ÖNLEYİCİ HİZMETLER KAPSAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ (Araştırma Makalesi)**

**EVALUATION OF CHILDREN WITH HEALTH MEASURES DECISION WITHIN THE SCOPE OF PROTECTIVE/ PREVENTIVE SERVICES (Research Article)**

- Ferda KARADAĞ
- Yaşar ÇAVDAR KOLBÜKEN

- **SEMPTOM YÖNETİMİNDE TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI (Derleme Makale)**

**MEDICAL SOCIAL WORK PRACTICES IN SYMPTOM MANAGEMENT (Review Article)**

- Mustafa KARATAŞ
- Mehmet BAŞCILLAR
- Merve Deniz PAK GÜRE

---

---

**“Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisinde TÜBA ve TÜBİTAK’ın yayın etiğine uygun yazılar yayınlanır”**

**Yayın Kuralları**

- 1) "Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi" Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı tarafından Haziran ve Aralık ayı olmak üzere yılda iki defa yayınlanan hakemli bir dergidir.
  - 2) Derginin yayın dili Türkçedir ve e-dergi formatında yayınlanmaktadır.
  - 3) Dergi sosyal hizmet disiplini ve mesleği kapsamına giren yazıları yayınlayan disiplinler arası akademik bir dergidir.
  - 4) Dergide, derleme makaleler, araştırma makaleleri, bildiriler, yayın değerlendirme ve tartışma yazıları, vaka sunumları yayınlanmaktadır.
  - 5) Dergiye gönderilecek araştırma çalışmalarının hakem değerlendirilmesine alınabilmesi için mutlaka etik kurul onayının alınmış olması ve çalışma ile birlikte dergi editörlüğüne sunulması gerekmektedir.
  - 6) Dergi, sağlığın sosyal hizmet boyutunu ele alan (Aile, Çocuk, Gençlik, Kadın, Yaşlılık, Engellilik, Alkol ve Madde Bağımlılığı, Psiko-onkoloji, AIDS, Sığınmacı ve Mülteciler, kimsesizler, göç, insan ticareti mağdurları, şiddet mağdurları, ihmal ve istismar vakaları, yoksulluk vb.) tüm yazılara açıktır.
  - 7) Dergide, tıbbi sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının ve diğer profesyonellerin alana ilişkin bilgi ve becerilerinin arttırılması, bilimsel araştırma yaparak literatüre katkı vermelerinin desteklenmesi ve tıbbi sosyal hizmet alanında bilimsel bilgi üretiminin gerçekleştirilmesi amaçlanmaktadır.
- Dergi "hakemli" bir yayındır. Dergiye gönderilen yazı, yayın kurulu tarafından incelendikten sonra çalışmalar anonim halde ve yazarın kimliğini belli edebilecek herhangi bir bilgi yada ibareye vermeyecek biçimde uzman hakemlere yönlendirilir ve hakemlerce değerlendirmeye alınır. (Bu nedenle dergiye yayımlanmak üzere gönderilen yazılarda, çalışmanın yayınlanmasına ilişkin olumlu karar yazar(lar)a bildirilene kadar geçen süreçte, metin içinde, yazar(lar)ın isim, kurum, çalışmanın yapıldığı kuruluş ismi vb. yazar(lar)ı belli eden hiçbir bilgiye yer verilmemeli ve karar sonrası gerekli bilgileri makale şablonuna uygun olarak verilmelidir).
  - Dergiye gönderilen yazılar, Yayın Kurulu tarafından öncelik sırasına konur ve çalışmalar derginin yayın ilkeleri ve yazım kurallarına uygunluğu bakımından değerlendirilir. Derginin yayın ilkelerine, Dergipark alanında bulunan Tıbbi Sosyal Hizmet Makale Şablonuna ve yazım kurallarına uygun biçimde hazırlanmayan makaleler değerlendirmeye alınmaz ve hakeme gönderilmez.
  - Hakem inceleme sürecinin başlatılmasına Editör ve Yayın Kurulu karar verir. Ön değerlendirmeden geçen çalışmalar incelenmek üzere konu ile ilgili en az iki hakeme veya konusuna göre üç hakeme gönderilir. İki hakemden olumlu rapor alan yazılar yayına kabul edilir. Hakem raporlarından biri olumlu diğeri olumsuz ise, çalışma üçüncü bir hakeme gönderilir. Hakemlerin raporları birbiri ile çelişirse çalışma editör tarafından değerlendirilir. Hakemlerden olumlu rapor alamayan makaleler yayınlanmaz ve yazarına iade edilmez; bu konuda idari ve adli sorumluluk kabul edilmez.
  - Hakem değerlendirme raporları saklanır. Eğer hakemler tarafından düzeltme isteniyorsa çalışmalar gerekli düzeltmelerin yapılması için yazarlara geri gönderilir. Yazarlara raporlar doğrultusunda geliştirilmek veya düzeltilmek üzere gönderilen yazılar, gerekli düzenlemeler yapılarak editörün verdiği süre içinde tekrar dergiye ulaştırılmalıdır. Bu süre içinde düzeltilmeyen yazıların değerlendirme süreci sona erer. Yazarlar hakemlerin eleştirisi, öneri ve düzeltme taleplerini dikkate alırlar; katılmadıkları hususlar varsa, gerekçeleriyle birlikte itiraz etme hakkına sahiptirler.
  - Yazar(lar)la hakemler arasındaki iletişimi yalnızca editör sağlar.
  - Makale değerlendirme sürecinde yazar ve hakem isimleri gizli tutulur.
  - Yayımlanmak üzere dergiye gönderilen çalışmaların daha önce hiç bir yerde yayımlanmamış ya da yayımlanmak üzere başka bir derginin değerlendirme sürecine alınmamış veya başka bir yerde yayımlanmak üzere kabul edilmemiş olması gerekir. Herhangi bir bilimsel toplantıda sunulmuş ve yayımlanmamış yazılarda, toplantının adı, yeri ve tarihi belirtilmelidir.
  - Editör, esasa yönelik olmayan hatalar, dergi bütünlüğü bakımından gerekli konular vb. durumlarda düzeltmeler yapabilir ve bunlar hakkında yazara bilgi verir.
  - Değerlendirme sürecinde olan ve yayımlanan yazıların sorumluluğu tümüyle yazar(lar)a aittir. Dergide yayımlanan yazılar Sağlık Bakanlığı’nın görüşünü yansıtmaz.
  - Sağlık Bakanlığı Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, yayımlanmak üzere kabul edilen ve yayımlanan yazıların, başka bir işleme gerek kalmaksızın, bütün yayın haklarına sahip olur.

- 
- Gönderilen yazıların yayımlanma zorunluluğu yoktur.
  - Bir yazarın derginin aynı sayısında ilk isim olarak bir, iki ve diğer isim sırasında bir olmak üzere en fazla iki eseri yayımlanabilir.

### Yazıların Dergiye Gönderilmesi

- Belirtilen ilkelere uygun olarak hazırlanmış makaleler DERGİPARK makale yönetim sistemi <https://dergipark.org.tr/pub/tshd> üzerinden gönderilmelidir.
- Soru, görüş ve önerilerle ilgili olarak [murat.derin@saglik.gov.tr](mailto:murat.derin@saglik.gov.tr) adresine mail gönderilebilirsiniz.

### İletişim Adresleri

Murat DERİN

Sosyal Hizmet Uzmanı

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı, Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mahallesi Dumlupınar Bulvarı 6001 Cadde No:9 Çankaya/ANKARA, Telefon: (0312) 458 50 44, e-mail: [murat.derin@saglik.gov.tr](mailto:murat.derin@saglik.gov.tr)

### Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi Yazım Kuralları

1. Çalışmanın başlığı büyük harflerle ve sayfanın ortasına gelecek şekilde "Calibri" yazı karakteri ile 10,5 punto ve bir aralıkla koyu olarak yazılmalıdır. Bir alt satıra ana başlık yazısının sağ alt tarafına yazar veya yazarların adları, akademik unvanları ile birlikte yazılmalı ve çalıştığı kurum adları ise (\*) işareti ile dipnot şeklinde sayfanın alt kısmında verilmelidir. Yapılan çalışma herhangi bir kurum tarafından destek görmüşse, makalenin ana başlığının son kelimesi üzerine (\*) konularak destek veren kurumun adı aynı sayfada dipnot olarak verilmelidir.
2. Gönderilen yazıların Türkçe ve İngilizce başlıkları 150 kelimayı aşmayacak şekilde yazının tümünü öz biçimde (çalışmanın amacını, yöntemini, bulgu ve sonucunu) yansıtmak nitelikte olmalıdır. Türkçe ve İngilizce özetler ile en az üç en fazla beş adet Türkçe ve İngilizce anahtar kelime yer almalıdır. Özetin başlığının "Öz" ve "Abstract" olarak konulması gerekmektedir. "Keywords" ve "Anahtar Kelimeler" sözcükleri bir tab (1,25 cm) içeriden ve italik yazılmalıdır. Özetlerin başlığı ve metin kısmı, "Calibri" karakterde 9 punto ve bir (1) aralıkla yazılmalıdır.
3. Dergiye gönderilen yazılar, Makalenin özeti, anahtar sözcükleri ve kaynakçayı içerecek şekilde 8000 kelimeye kadar ve Microsoft Word Türkçe sürümlerinde yazılmalıdır. Tablo, şekil, kaynaklar ve eklerle birlikte en çok 25 A4 sayfa boyutunda olmalıdır. Yazılar "Calibri" fontu kullanılarak, 1,5 aralık, 10,5 punto ve 2,5 cm kenar boşlukları ile yazılmalıdır. Metin iki yana yaslı ve satır başı verilmeden yazılmalıdır. Sayfalar numaralandırılmalıdır.
4. Bölüm başlıkları kalın (bold), sola yaslı (girintisiz) ve yalnızca kelimelerin ilk harfleri büyük olacak şekilde yazılmalıdır. Alt başlıklar 1., 1.1, 1.1.1. şeklinde numaralandırılmalı ve yazının başlık öz/abstract, giriş, yöntem, bulgular, sonuç, tartışma ve kaynakça şeklinde ana bölümlerine yer verilmelidir.
5. Çizelge, grafik, resim vb. derginin sayfa boyutları dışına taşmamalı ve bunların hazırlanmasında "Calibri" karakterde 9 punto ve bir (1) aralıkla yazı kullanılmalıdır. Kaynak ve gerekli durumlarda açıklayıcı dipnotlar ve kısaltmalar, şekil ve çizelgelerin hemen altında 9 punto olarak yazılmalıdır.
6. Metin içi atıflarda ve kaynakçada "APA Stili 6. Sürüm" olarak adlandırılan ve Amerikan Psikologlar Derneği tarafından yayınlanan "The publication manual of the American Psychological Association" isimli kaynakta belirtilen yazım ilkelerine uyulmalıdır. Gerektiğinde dipnotta açıklamalara yer verilebilir.
7. Metinde kaynaklara atıfta bulunurken yazar soyadı, tarih ve sayfa bilgisi verilmelidir.
  - Tek yazarlı kaynaklara atıf örnekleri, Karatay (2001).....(s. 44); Gökçeğöz ( 2009, s. 10).....; Türkmen (2007, s. 15). İki yazarlı kaynaklara yapılan atıf örnekleri: Arslan ve Taşçı (2004).....(s.38); Öztürk ve Toprak'a (2009) göre.....(s.105).
  - APA atıf formatına uygun olarak, atıfta bulunulan kaynağın yazar sayısı 3 ile 5 arasında ise, kaynağa metin içinde ilk geçtiği yerde yukarıdaki gibi atıfta bulunulur: Özkan, Türkmen ve Arslan (1993, ss. 15-25). Aynı kaynağa daha sonra yapılan atıflarda ilk yazarın soyadı ile birlikte "vd." ifadesi kullanılır: Özkan vd. (1993, ss. 15-25). Cümle sonunda birden fazla esere atıfta bulunuluyorsa bu kaynaklar parantez içinde alfabetik sıra ile verilmelidir. Örneğin: ...(Gökçeğöz, 2009; Türker, 2001) ya da (Öztürk ve Toprak, 2009, s. 45; Taşçı, 2007, ss. 182-186).
  - Aynı yazara ait iki ya da daha fazla esere gönderme yapılıyorsa yayın yılına alfabetik sırayı izleyen harfler eklenir: örneğin (Derin Murat, 2010a);(Derin Murat, 2010b).

- 
- Eserin yazarı belirtilmemişse alıntı yaparken eserin adının ilk birkaç sözcüğü kullanılır. Bu tür bir yapıta gönderme yapılırken kitabın adı eğik (italik) olarak yazılır ve ardından tarih belirtilir:
  - Diğer bir kaynakta (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2014) belirtildiği gibi... Türkiye Uyuşturucu Raporu'nda (2014) belirtildiği gibi...
  - Çalışmalarda birincil kaynaklara ulaşmak esastır, ama bazı güçlükler nedeniyle ulaşılammışsa, göndermede alıntılanan ya da aktarılan kaynak belirtilir;
  - (Smith, 2001'den aktaran Öztürk, 2010, s. 320). Alıntılanan ya da aktarılan yapıttaki kaynak bilgilerine yer verilmez.

#### **Kaynakça gösterimi:**

Kaynaklar yazarların soyadına göre alfabetik olarak sıralanır. Eğer yazar adı yoksa eser adı esas alınır. Bir yazarın birden çok eseri kullanılmışsa kaynaklar kronolojik sırayla yazılır. Bir yazarın aynı yıl yayımlanmış birden fazla yapıtı kullanılmışsa eser adlarının alfabetik sırasına göre "2016a", "2016b" şeklinde sıralanır.

- **Kitap**

Bulunması gereken bilgiler:

Yazarın adı (soyadı, adının baş harfi)

Yayının yılı (ayraç içinde)

Eser adı (başlığın ilk harfinden sonra bütünüyle küçük ve eğik harflerle yazılır )

Yayın bilgileri (ayraç içinde, 1. basımlar belirtilmez)

Yayın yeri ve yayınevi

Tek yazarlı ya da editörlü kitap:

Arslan, S. (2017). *Nadir hastalıklar*. Ankara: Sağlık Yayınevi.

Özkan, E. (Ed.).(2015). *Tıbbi sosyal hizmet ve uygulamaları*. Ankara: Gökay Yayınevi.

İki ya da daha fazla yazarlı kitap:

Öztürk, Y. ve Ulucan, O. (2014). *Onkolojik sosyal hizmet*. Ankara: Kota Yayınevi.

Kurum yazarlığı olan kitap:

*Sağlık Bakanlığı*. (2013). Toplam Kalite. Ankara: Sağlık Yayınevi.

Çeviri kitaplar:

Brown, A. (2016). Child protection. (A. Demir, Çev.) İstanbul: Gökem Yayınevi.

- **Makaleler**

Bulunması gereken bilgiler:

Yazarın adı (soyadı, adının baş harfi)

Yayının yılı (ayraç içinde, varsa ay)

Makale adı (ilk harfi büyük geri kalanlar özel isim değilse küçük şekilde)

Dergi adı (italik ve her kelimenin ilk harfi büyük şekilde)

Cilt numarası (italik şekilde)

Sayısı (ayraç içinde)

Sayfa numara aralığı

Doi:xxxxxx

Özbesler, C. (2013, Aralık). Hasta yaşam kalitesinde tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının önemi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 2 (2), 44-56. doi: 12140277

- **İnternet Kaynakları**

Bulunması gereken bilgiler:

Yazar adı (soyadı, adının baş harfi)

Yayın tarihi (ayraç içinde)

Yazının adı (italik olarak, ilk harfi büyük geri kalanlar küçük şekilde)

Erişim Tarihi: Gün Ay Yıl

Yazının linki

Pehlivan, K. (2012). *Toplum ruh sağlığı merkezlerinin işleyişi*. Erişim tarihi:25 Nisan 2016, [www.hastasaglik.gov.tr](http://www.hastasaglik.gov.tr).

- **Yayımlanmamış Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri**

Derin, M. (2017). *Madde bağımlısı bireylerin sosyal dışlanma algıları* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.



SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Hakemli Dergi

**TSHD**

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually  
<https://edergi.saglik.gov.tr/>  
<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>  
Yıl/Year: 2022 Haziran/June  
Sayı/Issue: 19

## SOSYAL HİZMET UZMANLARININ ETİK İKİLEMLER KARŞISINDAKİ TUTUMLARININ ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLERE GÖRE İNCELENMESİ

Yunus DURSUN<sup>1</sup>  
Elvan ATAMTÜRK<sup>2</sup>  
Hüsünur ASLANTÜRK<sup>3</sup>

### Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma  
Geliş Tarihi / Date Received: 14.02.2022  
Revizyon Tarihi/Date Revised: 15.04.2022  
Kabul Tarihi / Date Accepted: 18.05.2022  
Yayın Tarihi / Date Published: 30.06.2022  
DOI: 10.46218/tshd.1073318

**Makale Künyesi/To cite this article:** Dursun, Y. Atamtürk, E. ve Aslantürk, H. (2022, Haziran). Sosyal hizmet uzmanlarının etik ikilemler karşısındaki tutumlarının çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 19: 1-16. Doi: 10.46218/tshd.1073318

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:**  
Yunus DURSUN, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kocaeli/Türkiye  
yunus.dursun@kocaeli.edu.tr ORCID: 0000-0003-0067-1296

### Öz

Sosyal hizmet uzmanları uygulamalarında pek çok etik ikilem yaşamakta olup bu ikilemlerin çözüme kavuşturulması noktasında etik karar vermenin yeri oldukça önemlidir. Bu çalışmada sosyal hizmet uzmanlarının uygulamada karşılaştıkları etik ikilemler karşısındaki tutumlarının çeşitli değişkenler açısından incelenmesi amaçlanmıştır. Genel tarama modelinde tasarlanan çalışmaya sosyal hizmet alanında aktif olarak görev yapan 171 sosyal hizmet uzmanı katılmıştır. Çalışmada Nathanson ve Giffords (2013) tarafından geliştirilen ve Türkçe'ye uyarlaması Artan vd (2018) tarafından yapılmış olan Nathanson ve Giffords Sosyal Hizmet Etik Ölçeği (NGES) ve araştırmacılar tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu kullanılmıştır. Toplanan veriler SPSS programı ile analiz edilmiş ve yapılan analiz sonucunda sosyal hizmet uzmanlarının sosyal hizmet uzmanlarının etik ikilemler karşısında tutumlarının düşük seviyede olduğu; yaş, cinsiyet, eğitim seviyeleri, deneyim süreleri ve pozisyonları ile etik karar verme süreçleri arasında anlamlı farklılık bulunmadığı; çalışma alanları ile etik karar verme süreçleri arasında anlamlı farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Etik, Etik ikilem, Etik karar verme, Sosyal hizmet uzmanı.

## INVESTIGATION OF SOCIAL WORKERS' ATTITUDES TOWARDS THE ETHICAL DILEMMAS IN TERMS OF VARIOUS VARIABLES

### Abstract

Social workers experience many ethical dilemmas in their practices, and ethical decision making is very important in resolving these dilemmas. In this study, it is aimed to examine the attitudes of social workers towards ethical dilemmas they encounter in practice in terms of various variables. 171 social workers actively working in the field of social work participated in the study, which was designed in the general survey model. In the study, the Nathanson and Giffords Social Work Ethics Scale (NGES) developed by Nathanson and Giffords (2013) and adapted to Turkish by Artan et al (2018) and a personal information form prepared by the researchers were used. The collected data were analyzed with the SPSS program and as a result of the analysis, it was found that the attitudes of social workers towards ethical dilemmas were low; there is no significant difference between age, gender, education levels, experience periods and positions, and ethical decision-making processes; It was concluded that there is a significant difference between the fields of study and ethical decision-making processes.

**Keywords:** Ethics, Ethical dilemma, Ethical decision making, Social worker.

<sup>1</sup> Dr., Sosyal Çalışmacı, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, ORCID: 0000-0003-0067-1296

<sup>2</sup> Öğr. Gör. Dr., Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0002-6538-4792

<sup>3</sup> Doç. Dr., Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0002-8174-4970

## 1. Giriş

Bilgi, beceri ve değer temeli üzerine kurulan sosyal hizmetin bilgi ve beceri temelinin uygulamaya aktarımı değerler çerçevesinde gerçekleşir. Değer temelli olma sosyal hizmet disiplini meslek haline getiren en önemli unsurdur (Thompson, 2013, s.154; Congress ve McAuliffe, 2006, s.151). Reamer (2018, s.21), sosyal hizmetin tarihi kökeninin sosyal adalet ve iyilik üzerine temellendiği için bu mesleği yardım edici meslekler arasında en değer temelli meslek olarak tanımlar. Topluma daha iyi ve nitelikli hizmet sunumu yapılması ve bu hizmetler sunulurken insanların değer ve onurunun zedelenmemesi için hemen hemen her mesleğin etik ilkeleri oluşturulmaktadır. Odağında iyi ve kötü ile doğru ve yanlışın belirlenmesi olan etik, bireysel özelliklerden başlayıp kültürel ve toplumsal koşullara kadar birçok etmenden etkilenebilen ve geçmişten günümüze kadar ortaya çıkan farklı türleri ile çerçevesinin belirlenmesi oldukça zor bir alandır (Cevizci 2002'den aktaran Aslantürk ve Paslı 2021, s.263). Sosyal hayatta insan davranışlarının doğruluğu ile yanlışlığı, kabul edilebilirliği ile kabul edilemezliği hususlarında tartışmalarda bulunarak kişiler arası ilişkilerde önemli bir rolü olan etik kavramı, bireyler, kurumlar ve toplumlar arasındaki ilişkilerin düzenlenmesinde de hayati bir öneme sahiptir (Danış vd, 2020, s. 343). Sosyal hizmet mesleğinde de etik değerler uygulamadaki iyi ve kötüyü açıklayarak bu uygulamaların nasıl daha iyi ya da kötü olacağını açıklamaktadır (Mavili Aktaş, 2008'den aktaran Gökçearslan Çifçi ve Gönen, 2011, s. 150). Sosyal hizmet mesleği için belirlenen etik kurallar mesleğin güvencesi olup bu sayede meslek toplumun güvenini kazanmış olur (Kut, 1988'den aktaran Gökçearslan Çifçi ve Gönen, 2011, s.250). Mesleğin kendi yapısını sürdürmesi için kritik önem taşıyan söz konusu etik ilkelerin, yalnızca teknik ve yasal boyutuyla değil felsefi bağlamıyla da gözetilmesi, kendini gerçekleştirebilmesi adına müracaatçı için de büyük önem taşımakta olup sosyal hizmet etiğine temel oluşturan felsefi yaklaşımlar doğrunun, iyinin ve nelerin belirleyici olacağı konularında sosyal hizmet uzmanının uygulamalarına yol göstermektedir (Reamer, 2018, s.20-28; Özateş, 2010, s.96).

Sosyal hizmet eğitiminde ve uygulamasında, "sosyal hizmet felsefesi", değer, tutum ve davranışların niteliğini belirler. Sosyal hizmet felsefesi, etik kurallar, ilkeler ve standartlar olarak somutlaşır ve bilgi birikiminin bütünleştirilmesine temel oluşturarak uygulamaları yönlendirici bir işlev kazanır (Cılga, 2004'ten aktaran Gökçearslan Çifçi ve Gönen, 2011, s.150). Mesleğin değerleri, sosyal hizmet alanının tarihsel ve çağdaş uygulamalarının temellerini yansıtır. Bu değerler sosyal hizmeti diğer mesleklerden ayırır ve etik standartlar aracılığıyla uygulamada sosyal hizmet uzmanlarının kararlarına rehberlik etmeye yardımcı olurlar (Strom-Gottfried, 2008).

Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NASW) sosyal hizmet uzmanlarının uyması gerekli olan etik ilkeleri ve sorumlulukları 1996 yılında hazırlayarak onaylamış ve 2021 yılında da revize etmiştir. Bu ilkeler (kodlar) sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçılarına ilişkin etik sorumlulukları, kendi meslektaşlarına ilişkin sorumlulukları, uygulama ortamlarına ilişkin sorumlulukları, sosyal hizmet uzmanlarının profesyonel olarak etik sorumlulukları, sosyal hizmet uzmanlarının sosyal hizmet mesleğine ilişkin etik sorumlulukları ve sosyal

hizmet uzmanlarının topluma yönelik etik sorumluluklarını içermektedir. Bu noktada sosyal hizmet uzmanları etik ilkeleri rehber edinerek nihai hedefleri olan müracaatçıların yararına uygulamalarını gerçekleştirirken karar verme noktasında birtakım zorluklar ile karşılaşabilmekte olup bu zorluklar sosyal hizmet uzmanının birçok etik ikilemde kalmasına neden olabilmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının yaşamış oldukları etik ikilemlerin çözümü noktasında karar vermelerini kolaylaştıracak pek çok model geliştirilmiştir (Gökçearslan Çifçi ve Gönen, 2011, s.156; Artan vd, 2020, s.76). Etik ikilemleri çözümlemede standart bir formülün bulunmadığını öne süren Reamer (2018, s.100), ancak uygulamada etik kaliteyi artırmanın mümkün olduğunu savunmakta ve bunun için de şu adımları izleyerek sistematik bir yaklaşım ortaya koymayı önermektedir: Birinci adımda etik konuların tanımlanması, ikinci adımda etik karardan etkilenecek muhatapların belirlenmesi, üçüncü adımda katılımcılar için tüm eylemlerin olası risk ve yararlarının saptanması, dördüncü adımda muhtemel tüm eylem biçimlerinin ve sebeplerinin incelenmesi, beşinci adımda ilgili uzmanlarla değerlendirme yapılması, altıncı adımda kararın belgelenecek verilmesi, yedinci ve son adımda ise karar sürecinin belgelenecek değerlendirilmesi yer almaktadır.

İnsana hizmet sunan meslekler açısından teorik bilgi ne kadar önemli ise bu bilginin uygulamaya aktarılması da bir o kadar önem arz etmektedir. Uygulama becerisi sosyal hizmet uzmanlarının sahip olması gereken en temel unsurlardan biri olup bu beceri sayesinde müracaatçılarıyla çalışırken pek çok kez karşılaştıkları ya da karşılaşacakları ikilemleri de çözmeleri gerekmektedir. Sosyal hizmet uzmanları aldıkları eğitim ve sonrasında uygulamada edindikleri mesleki tecrübe sayesinde bilgi, beceri ve değer boyutunda kendini geliştirmiş olmalarına rağmen sosyal hizmet mesleğinin öngörülemez doğası (insan sorununun karmaşıklığı ve her bir sorunun kendine has özelliği) ve sosyal hizmet uzmanlarının tutumları müracaatçıların sorununun çözme sürecini etkileyebilmektedir.

Etik karar verme süreciyle ilişkili değişkenlerin ele alındığı çalışmalar incelendiğinde bu konunun sosyal hizmet literatüründe nispeten ihmal edilmiş bir konu olduğu söylenebilir. Etik karar verme süreci ve etik ikilemlerin çözülmesi konusunda değer (Abbott, 1988), cinsiyet (Dobrin, 1989), çalışılan alan eğitim, mesleki kimlik, deneyim gibi sosyo-demografik ve çalışma yaşamına ilişkin değişkenleri ele alan çalışmaların olduğu görülmektedir (Congress, 1986; Dobrin, 1988; Dobrin, 1989; Mattison, 1994; Watt, 1992; Congress, 1986; Kugelman-Jaffee, 1990; Jayaratne vd, 1997). Türkiye örneğinde yapılan çalışmalara bakıldığında ise Acar vd (2017) tarafından gerçekleştirilen çalışmada sosyal hizmet uzmanlarının etik bilgi eksikliği ya da sistem sorunları nedeniyle etik ihlallerin sorumlusu olabildiklerine dikkat çekilmiş olup kişinin onuru ve değerine aykırı uygulamaların, ayrımcılığın, gizlilik ve özel hayatın gizliliğinin ihlalinin sosyal hizmetler alanında karşılaşılan etik sorunlar olduğu belirtilmiştir. Etik ikilemler çatışan değerleri içermekte olup sosyal hizmet uzmanları etik ikilemlerle karşılaştığında karar verme noktasında hangi değerlerin öncelikli olacağına göre belirlerler (Reamer, 2018, s.33). Zengin (2018) tarafından sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştıkları etik ikilemleri ve etik ikilem durumunda kararlarını etkileyen faktörleri analiz etmeyi amaçladığı

çalışmasında çalışmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının dörtte üçünden fazlasının etik ikilemle karşılaştıklarını belirttiği ve bu ikilemlerin yaşanmasının ise müracaatçıların istekleri ile yasal düzenlemeler arasındaki çatışmaya bağlamaktadır. Çalışmada sosyal hizmet uzmanlarının yarısından fazlasının bir etik ikilemle karşılaşmaları durumunda müracaatçının yüksek yararını gözeterek karar verdiklerine de dikkat çekilmiştir. Reamer (2018)' da vermiş olduğu çeşitli vaka örneklerinde müracaatçıların istismar, şiddet ve yalan beyanda bulunmalarını sosyal hizmet uzmanlarının fark etmesi durumunda müracaatçılardan gelen talepler doğrultusunda sosyal hizmet uzmanlarının birtakım zorluklar ve çatışmalar yaşadıklarını belirtmiştir. Aldoğan (2018) tarafından nitel araştırma tasarımıyla gerçekleştirilen çalışmada ise sosyal hizmet uzmanlarının değer algıları ile etik ilkeler ve bu çerçevede etik karar verme süreçleri hakkındaki görüşleri ve tecrübeleri konu edilmiştir. Çalışma sonucunda sosyal hizmet uzmanlarının etik ilke ve değerleri önemsedikleri, ancak değerlerin ediniliş biçimine ilişkin farklı görüşleri olduğu, etik ilke ve değerlerin uygulamaya aktarımında ise bireysel değerler, etik ilkeler, iş yükü, akademik eğitim, mesleki yetkinlik, süpervizyon, bürokrasi, kurumsal yapı ve sosyal politikanın etik karar verme sürecini etkileyen faktörlerden olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çerçevede literatürde sosyal hizmet uzmanlarının etik karar verme düzeylerini ve bununla ilişkili faktörleri belirlemeye yönelik Türkiye örnekleminde yapılan çalışmalara duyulan ihtiyaç göze çarpmaktadır.

Bu çalışma kapsamında, sosyal hizmet uzmanlarının uygulamada karşılaştıkları etik ikilemler karşısındaki tutumları çeşitli değişkenler açısından ele alınacaktır.

## 2. Gereç ve Yöntem:

Bu araştırmanın temel amacı, sosyal hizmet uzmanlarının uygulamada karşılaştıkları etik ikilemler karşısındaki tutumlarını çeşitli değişkenler açısından incelemek ve etik açıdan başarılı bir sosyal hizmet uygulama sürecinin geliştirilmesine katkı vermek adına öneriler sunmaktır.

Bu amaçla aşağıdaki soru cümleleri oluşturulmuştur:

- Sosyal hizmet uzmanlarının (SHU) cinsiyetlerine göre NGES puanları farklılaşmakta mıdır?
- SHU'ların yaş gruplarına göre NGES puanları farklılaşmakta mıdır?
- SHU'ların eğitim düzeylerine göre NGES puanları farklılaşmakta mıdır?
- SHU'ların çalıştıkları alanlara göre NGES puanları farklılaşmakta mıdır?
- SHU'ların çalışma sürelerine göre NGES puanları farklılaşmakta mıdır?
- SHU'ların iş yerlerindeki pozisyonlarına göre NGES puanları farklılaşmakta mıdır?

Nicel bir araştırma olarak planlanan bu çalışmada, sosyal hizmet uzmanlarının uygulamada karşılaştıkları etik ikilemler karşısındaki tutumlarını ortaya koymak amacıyla yapılan genel tarama modelinde tasarlanan kesitsel bir çalışmadır.



## 2.1. Çalışma Grubu

Çalışmamızda Afyanoğlu ve Daşbaşı (2021) tarafından yapılan sosyal hizmet öğrencilerinin etik problem çözme becerileri: konya örneği isimli çalışmadan elde edilen istatistiklere dayanılarak power analizi hesaplanmış,  $\alpha=0.05$ ,  $1-\beta(\text{Power})=0.90$  ve etki büyüklüğü=0.46” olarak alınmış olup çalışmanın power analizi sonucu kişi sayısı 162 olarak belirlenmiştir.

Çalışma grubunu sosyal hizmet alanında dört yıllık lisans eğitimi almış ve sosyal hizmet alanında aktif olarak çalışan sosyal hizmet uzmanları oluşturmuştur. Kolay ulaşılabilir durum örnekleme yöntemi ile çevirim içi online araştırma linki paylaşılmış olup 171 sosyal hizmet uzmanı çalışmaya katılmıştır. Çalışma grubunu 107’si (yüzde 62,6) kadın ve 64’ü (yüzde 37,4) erkek olmak üzere toplam 171 sosyal hizmet uzmanı oluşturmaktadır.

## 2.2. Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak araştırmacılar tarafından hazırlanan kişisel bilgi formu ile Nathanson ve Giffords (2013) tarafından geliştirilen ve Türkçe’ye uyarlaması Artan vd (2018) tarafından yapılmış Nathanson ve Giffords Sosyal Hizmet Etik Ölçeği (NGES) kullanılmıştır:

**2.2.1. Kişisel Bilgi Formu:** Örneklem grubunu tanımlayabilmek adına katılımcıların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, iş deneyimi ve iş pozisyonunu gibi bilgileri içeren sorular yer almaktadır.

**2.2.2. Nathanson ve Giffords Sosyal Hizmet Etik Ölçeği (NGES):** Sosyal hizmet uzmanlarının etik karar almalarını değerlendirmek amacıyla Nathanson ve Giffords (2013) tarafından geliştirilen ve Türkçe’ye uyarlamasını Artan vd (2018) tarafından yapılmış Nathanson ve Giffords Sosyal Hizmet Etik Ölçeği (NGES) kullanılmıştır. 0-5 puan aralığında, 5’li likert tipi ve 18 sorudan oluşan, 3, 9, 12 ve 18. sorular için ters kodlama yapılan ve toplam puan üzerinden hesaplanan ölçekte 18-36 puan arası çok düşük, 37-54 puan arası düşük, 55-72 puan arası orta ve 73-90 puan arası yüksek etik ikilem çözme becerisini ifade etmektedir (Artan vd, 2018) Ölçeğin uyarlama çalışmasında Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .73 olarak hesaplanırken; bu çalışmada .93 olarak hesaplanmıştır.

Çalışmada bağlanma stilleri ve aile aidiyeti ile ilişkisi analiz edilecek olan değişkenlerin yer aldığı Kişisel bilgi formu araştırmacı tarafından gerek literatür çalışmaları gerekse de alan deneyimine dayanarak elde edilen bilgiler neticesinde hazırlanmıştır. Kişisel bilgi formu 54 maddeden oluşmakta olup suça sürüklenen bireye ait; sosyo-demografik bilgiler, suça sürüklenme durumuna ilişkin bilgiler, ailesine ilişkin bilgiler, sağlık ve madde kullanımına ilişkin bilgiler, eğitim ve sosyal aktivitelere katılımına ilişkin bilgiler ve kurum bakımına ilişkin bilgileri kapsamaktadır.

### 2.3. Verilerin Analizi

Verilerin analizi IBM SPSS Statistics 23 programı kullanılarak yapılmıştır. İlk aşamada çalışmada hangi analizlerin kullanılacağına belirlenmesi amacıyla (Kolmogorov-Smirnov) Normal Dağılım Testi uygulanmış, test sonucunda Nathanson ve Giffords Sosyal Hizmet Etik Ölçeği puanlarının normal dağılım göstermediği anlaşılmış ve bu nedenle çalışmada nonparametrik testler kullanılmıştır. Betimsel veriler için kategorik değişkenlerde frekans dağılımı, sayısal değişkenlerde tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiştir. Nathanson ve Giffords Sosyal Hizmet Etik Ölçeği ile değişkenler arasında farklılığın olup olmadığının incelenmesi için grup sayısı iki olan değişkenlerde Mann Whitney U, grup sayısının ikiden fazla olduğu değişkenlerde Kruskal Wallis kullanılmıştır.

### 3. Bulgular

Bu bölümde araştırmanın amacı doğrultusunda verilerin çözümlenmesi sonucu elde edilen bulgular yer almaktadır. İlk olarak, Tablo 1’de sosyal hizmet uzmanlarının sosyo-demografik bilgileri verilmiştir.

**Tablo 1. Sosyal Hizmet Uzmanlarının Sosyo-demografik Özellikleri**

| Değişken               | Grup                               | f   | %    |
|------------------------|------------------------------------|-----|------|
| Cinsiyet               | Kadın                              | 107 | 62,6 |
|                        | Erkek                              | 64  | 37,4 |
| Yaş Grupları           | 25 - 34                            | 90  | 52,6 |
|                        | 35 - 44                            | 53  | 31,0 |
|                        | 45 - 54                            | 20  | 11,7 |
|                        | 55 ve üzeri                        | 8   | 4,7  |
| Eğitim Düzeyi          | Lisans                             | 136 | 79,5 |
|                        | Yüksek Lisans                      | 30  | 17,5 |
|                        | Doktora                            | 5   | 2,9  |
| Mesleki Deneyim Süresi | 0-4 Yıl Arası                      | 68  | 39,8 |
|                        | 5-9 Yıl Arası                      | 24  | 14,0 |
|                        | 10-14 Yıl Arası                    | 23  | 13,5 |
|                        | 15-19 Yıl Arası                    | 24  | 14,0 |
|                        | 20 Yıl ve Üzeri                    | 32  | 18,7 |
| Çalışma Alanı          | Tıbbi ve Psikiyatrik Sosyal Hizmet | 58  | 33,9 |
|                        | Çocuk Refahı                       | 35  | 20,5 |
|                        | Yaşlılık ve Engellilik             | 25  | 14,6 |
|                        | Adli Sosyal Hizmet                 | 14  | 8,2  |
|                        | Aile ve Kadın                      | 14  | 8,2  |
|                        | Göç                                | 10  | 5,8  |
|                        | İl Müdürlüğü/SHM                   | 8   | 4,7  |
|                        | Diğer                              | 7   | 4,1  |
| Çalışılan Pozisyon     | Sosyal Hizmet Uzmanı               | 143 | 83,6 |
|                        | Yönetici                           | 28  | 16,4 |

Tablo 1’de görüldüğü üzere araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının yüzde 62,4’ü kadınlardan; yüzde 37,46’ü ise erkeklerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının cinsiyetlerine göre

dağılımı incelendiğinde, en fazla yüzdelik dilime sahip cinsiyet grubunun kadınlara ait olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının yüzde 52,6'sı 25-34 arası yaş grubunda, yüzde 31'i 35-44 arası yaş grubunda, yüzde 11,7'si 45-54 arası yaş grubunda ve yüzde 4,7'si 55 ve üzeri yaş grubundadır. Sosyal hizmet uzmanlarının yaş dağılımı incelendiğinde; en yüksek grubu yüzde 52,6'lık oran ile 25-34 yaş grubu; en düşük grubu ise yüzde 4,7'lik oran ile 55 ve üzeri yaş grubu oluşturmaktadır. Yaş ortalamaları  $\bar{X}=35,17$  olarak hesaplanan sosyal hizmet uzmanlarının, genç bir nüfusa kitlesine dahil oldukları söylenebilir. Sosyal hizmet uzmanlarının eğitim düzeylerine göre en yüksek dilimi yüzde 79,5 ile lisans mezunları oluşturmakta, sırasıyla yüzde 17,5 ile yüksek lisans mezunları ve yüzde 2,9 ile doktora mezunları takip etmektedir. Mesleki deneyim sürelerine göre en yüksek oranın yüzde 39,8 ile 0-4 yıl arası olduğu, en düşük oranın ise yüzde 13,5 ile 10-14 yıl arası olduğu görülmektedir. Çalışma alanları açısından tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet alanı yüzde 33,9 ile öne çıkmakla birlikte, yüzde 20,5 ile çocuk refahı alanı, yüzde 14,6 ile yaşlılık ve engellilik alanı, yüzde 8,2'ser oranla adli sosyal hizmet alanı ile aile ve kadın alanı, yüzde 5,8 ile göç alanı, yüzde 4,7 ile il müdürlüğü/SHM'ler ve son olarak yüzde 4,1 ile diğer sosyal hizmet alanları yer almaktadır. Katılımcılar, yüzde 83,6 gibi büyük oranda sosyal hizmet uzmanı pozisyonunda ve yüzde 16,4'lük kısmı yönetici pozisyonunda çalışmaktadır.

**Tablo 2. Nathanson ve Giffords Sosyal Hizmet Etik Ölçeğine İlişkin Betimsel Bulgular**

| ÖLÇEK | n   | $\bar{X}$ | SS     | Min   | Max   |
|-------|-----|-----------|--------|-------|-------|
| NGES  | 171 | 50,57     | 18,618 | 20,00 | 78,00 |

Nathanson ve Giffords Sosyal Hizmet Etik Ölçeğinden alınan 18-36 puan arası çok düşük, 37-54 puan arası düşük, 55-72 puan arası orta ve 73-90 puan arası yüksek etik ikilem çözme becerisini ifade etmektedir (Artan vd, 2018). Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının etik ikilem çözme becerileri puan ortalaması  $\bar{X}=50,57$  olarak hesaplanmıştır. Bu sonuca göre, sosyal hizmet uzmanlarının etik ikilem çözme becerilerinin düşük seviyede olduğu saptanmıştır.

**Tablo 3. Etik Karar Verme Ölçeğinin Cinsiyete Göre U Testi Sonucu**

| ÖLÇEK | Cinsiyet | n   | KO    | KT      | U        | p    |
|-------|----------|-----|-------|---------|----------|------|
| NGES  | Kadın    | 107 | 86,35 | 9239,50 | 3386,500 | ,905 |
|       | Erkek    | 64  | 85,41 | 5466,50 |          |      |

p>0,05

Sosyal hizmet uzmanlarının cinsiyetlerine göre etik karar verme ölçeğinden aldıkları puanların U testi analizi Tablo 3'te gösterilmiştir. Analiz sonucu etik karar verme (U= 3386,500) ile sosyal hizmet uzmanlarının cinsiyetleri arasında anlamlı farka rastlanmamıştır (p>0.05). Bu sonuca göre, örnekleme katılan sosyal hizmet uzmanlarının cinsiyetlerinin, etik karar verme ölçümünde etkili bir değişken olmadığı söylenebilir.

**Tablo 4. Etik Karar Verme Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Kruskall Wallis Testi Sonucu**

| ÖLÇEK | Yaş Grupları | n  | KO    | sd | $\chi^2$ | p    |
|-------|--------------|----|-------|----|----------|------|
| NGES  | 25 - 34      | 90 | 88,30 | 3  | 3,963    | ,266 |
|       | 35 - 44      | 53 | 90,97 | 3  |          |      |
|       | 45 - 54      | 20 | 69,60 | 3  |          |      |
|       | 55 ve üzeri  | 8  | 68,19 | 3  |          |      |

p&gt;0,05

Sosyal hizmet uzmanlarının yaş gruplarına göre etik karar verme ölçeğinden aldıkları puanların Kruskall Wallis testi analizi Tablo 4'te gösterilmiştir. Analiz sonucu etik karar verme ( $\chi^2 = 3,963$ ) ile sosyal hizmet uzmanlarının yaş grupları arasında anlamlı farka rastlanmamıştır (p>0.05). Bu sonuca göre, örnekleme katılan sosyal hizmet uzmanlarının yaş gruplarının, etik karar verme ölçümünde etkili bir değişken olmadığı söylenebilir.

**Tablo 5. Etik Karar Verme Ölçeğinin Eğitim Düzeyine Göre Kruskall Wallis Testi Sonucu**

| ÖLÇEK | Eğitim Düzeyi | n   | KO    | sd | $\chi^2$ | p    |
|-------|---------------|-----|-------|----|----------|------|
| NGES  | Lisans        | 136 | 88,25 | 2  | 2,150    | ,341 |
|       | Yüksek Lisans | 30  | 80,27 | 2  |          |      |
|       | Doktora       | 5   | 59,20 | 2  |          |      |

p&gt;0,05

Sosyal hizmet uzmanlarının eğitim düzeylerine göre etik karar verme ölçeğinden aldıkları puanların Kruskall Wallis testi analizi Tablo 5'de gösterilmiştir. Analiz sonucu etik karar verme ( $\chi^2 = 2,150$ ) ile sosyal hizmet uzmanlarının eğitim düzeyleri arasında anlamlı farka rastlanmamıştır (p>0.05). Bu sonuca göre, örnekleme katılan sosyal hizmet uzmanlarının eğitim düzeylerinin, etik karar verme ölçümünde etkili bir değişken olmadığı söylenebilir.

**Tablo 6. Etik Karar Verme Ölçeğinin Deneyime Göre Kruskall Wallis Testi Sonucu**

| ÖLÇEK | Deneyim         | n  | SO    | sd | $\chi^2$ | p    |
|-------|-----------------|----|-------|----|----------|------|
| NGES  | 0-4 Yıl Arası   | 68 | 88,31 | 4  | ,958     | ,916 |
|       | 5-9 Yıl Arası   | 24 | 90,81 | 4  |          |      |
|       | 10-14 Yıl Arası | 23 | 86,02 | 4  |          |      |
|       | 15-19 Yıl Arası | 24 | 82,65 | 4  |          |      |
|       | 20 Yıl ve Üzeri | 32 | 79,98 | 4  |          |      |

p&gt;0,05

Sosyal hizmet uzmanlarının mesleki deneyimlerine göre etik karar verme ölçeğinden aldıkları puanların Kruskall Wallis testi analizi Tablo 6'da gösterilmiştir. Analiz sonucu etik karar verme ( $\chi^2 = ,958$ ) ile sosyal hizmet uzmanlarının mesleki deneyimleri arasında anlamlı farka rastlanmamıştır (p>0,05). Bu sonuca göre,

örnekleme katılan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki deneyimlerinin, etik karar verme ölçümünde etkili bir değişken olmadığı söylenebilir.

**Tablo 7. Etik Karar Verme Ölçeğinin Çalışma Alanlarına Göre Kruskal Wallis Testi Sonucu**

| ÖLÇEK | Alan                 | n  | SO     | sd | $\chi^2$ | p     | Fark |
|-------|----------------------|----|--------|----|----------|-------|------|
| NGES  | Tıbbî ve Psikiyatrik | 58 | 83,12  | 6  | 15,145   | ,019* | 2-6  |
|       | Çocuk Refahı         | 34 | 104,21 | 6  |          |       |      |
|       | Yaşlı ve Engelli     | 26 | 84,29  | 6  |          |       |      |
|       | Adli Sosyal Hizmet   | 14 | 81,71  | 6  |          |       |      |
|       | Aile ve Kadın        | 14 | 96,11  | 6  |          |       |      |
|       | Göç                  | 10 | 37,45  | 6  |          |       |      |
|       | Diğer                | 15 | 85,77  | 6  |          |       |      |

\*  $p < 0,05$

Sosyal hizmet uzmanlarının çalışma alanlarına göre etik karar verme ölçeğinden aldıkları puanların Kruskal Wallis testi analizi Tablo 7’de gösterilmiştir. Analiz sonucu etik karar verme ( $\chi^2 = 15,145$ ) ile sosyal hizmet uzmanlarının mesleki deneyimleri arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farka rastlanmıştır ( $p < 0,05$ ). Birimler arası farkın kaynağının hangisinde olduğunu saptamak amacıyla yapılan U-testi sonucunda çocuk refahı alanında çalışanlar ile göç alanında çalışanlar arasında anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir. Bu sonuca göre, çocuk refahı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının göç alanında çalışanlara göre NGES puanlarının daha olumlu olduğu söylenebilir.

**Tablo 8. Etik Karar Verme Ölçeğinin Çalışılan Kadroya Göre U Testi Sonucu**

| ÖLÇEK | Kadro                | n  | SO    | ST      | U        | p    |
|-------|----------------------|----|-------|---------|----------|------|
| NGES  | Sosyal Hizmet Uzmanı | 89 | 83,10 | 7395,50 | 3390,500 | ,424 |
|       | Yönetici             | 82 | 89,15 | 7310,50 |          |      |

$p > 0,05$

Sosyal hizmet uzmanlarının iş pozisyonlarına göre etik karar verme ölçeğinden aldıkları puanların U testi analizi Tablo 8’de gösterilmiştir. Analiz sonucu etik karar verme ( $U = 3390,500$ ) ile sosyal hizmet uzmanlarının iş pozisyonları arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır ( $p > 0,05$ ). Bu sonuca göre, örnekleme katılan sosyal hizmet uzmanlarının iş pozisyonlarının, etik karar verme ölçümünde etkili bir değişken olmadığı söylenebilir.

#### 4. Tartışma

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının Nathanson ve Giffords Sosyal Hizmet Etik Ölçeği’nden elde ettikleri puan ortalamaları düşük düzeyde tespit edilmiştir. Bu çalışmanın sonucu ile uyumlu olarak Kahriman ve Yeşilçiçek-Çalık’ın (2017) klinik hemşirelerin ve Filizöz vd’nin (2015) hemşirelerin etik duyarlılığına ilişkin çalışmalarında puan ortalamalarının düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, sosyal hizmet uzmanlarının yaşadıkları ikilemlere ilişkin etik olarak doğru kararı vermede zorlandıklarını göstermektedir.

Çalışma sonucunda, etik karar verme ile katılımcıların cinsiyeti ve yaş düzeyleri arasında anlamlı bir farka rastlanmamıştır. Cinsiyet ve yaş bireyi tanımlayıcı en önemli değişkenlerden olmasına karşın mesleki değerlerle ilişkili olarak karşılaşılan etik karar verme sürecinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yaratmadığı anlaşılmaktadır. Alanyazın incelendiğinde etik karar verme süreciyle ilgili yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara rastlandığı görülmektedir. Boland (2002) tarafından hastanelerde çalışan sosyal hizmet uzmanlarının etik karar verme süreçlerinin araştırıldığı çalışmada; cinsiyet ve yaş gibi sosyo-demografik değişkenlere göre etik bir ikilemin tanımlanması, bu ikilemin tanımlanması için ortaya konulan gerekçe ve etik ikilemlerin çözümü için kullanılan süreç üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Ain (2001)'in sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştıkları etik ikilemlerle ilgili yaptığı çalışmada da cinsiyetin sosyal hizmet uzmanlarının etik ikilemleri algılaması ve çözümü açısından bir farklılık yaratmadığını destekleyen bulgulara ulaşılmıştır. Landau (1999) tarafından sosyal hizmet öğrencileri ve sosyal hizmet uzmanları ile profesyonel sosyalleşme, etik yargı ve karar verme yönelimi üzerinde yaptığı çalışmanın sonucunda da diğer çalışmalardakine benzer şekilde yaş, cinsiyet, aile durumu ya da sosyo-ekonomik durumun sosyal hizmet öğrencilerinin ve sosyal hizmet uzmanlarının etik karar vermeleri ile ilişkili olmadığı ortaya koyulmuştur. Walton (2007)'da etik karar verme süreciyle ilişkili değişkenleri araştırdığı aile ve çocuk refahı alanında çalışan 87 sosyal hizmet uzmanı ile yaptığı çalışmasında etik karar verme süreciyle cinsiyet, mesleki deneyim gibi faktörler arasında anlamlı bir farklılık bulunmadığını işaret etmiştir. Çoğunlukla bu çalışmanın sonuçlarını destekler nitelikte sosyo-demografik değişkenlerle etik karar verme arasında anlamlı ilişkiler bulunmadığına ilişkin çalışmalar bulunsa da bazı sosyo-demografik faktörlerin farklılık gösterdiği sonucuna ulaşan çalışmalara da rastlanmaktadır. Jayaratne vd (1997) ise profesyonel sosyal hizmet davranışı ve sosyal hizmet uzmanlarının uygun davranışla ilgili inançlarını yakın ilişkiler, ikili ilişkiler, karma yöntemler, tavsiye verme, sınır koyma ve finansal işlemler olmak üzere altı başlık altında ele aldığı çalışmada sınır davranışlarla ilgili yapılan analizde kırsal bölgelerde yaşayan erkek sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçılarla siyaset ve inançlarla ilgili tartışma yapmayı onaylamaya daha yatkın olduklarını ve müracaatçılarla görüşme sırasında küfürlü konuşmayı onaylama olasılıklarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Yaşla ilgili olarak ise finansal işlemler alanında bir tanıyı abartmak ya da müracaatçıya kısmi bilgi vermek gibi davranışları onaylama olasılıklarının yaş düzeyi yüksek sosyal hizmet uzmanlarında daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Yine finansal işlemlerle ilgili olarak ödeme yapamayan bir müracaatçıyla mesleki görüşmeyi sonlandırmak ya da başka bir kuruma sevk etmek gibi davranışların onaylanma olasılığının yaş düzeyi yüksek sosyal hizmet uzmanlarında daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Cinsiyet ve yaşa ilişkin anlamlı farklılık bulan çalışmalarda toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin bireylere yüklenen

değerler ve yaşam dönemlerinin özellikleriyle açıklama eğilimi ön plana çıkmaktadır. Bu noktada Ain (2001)'in dikkat çektiği gibi toplumsal cinsiyetin sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştığı ikilem türleri hakkındaki algıyı etkileyip etkilemediği, etkiliyorsa nasıl etkilediği konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir. Diğer yandan yaşın artışıyla birlikte eğitimdeki güncel yaklaşımları ve toplumsal değişimi takip edememe olasılığının artması yaş ile etik karar verme süreci arasındaki farklılığı açıklayıcı bir olasılık olarak değerlendirilebilir. Ancak sosyal hizmet eğitiminin temel amacı bireyin kişisel özelliklerinden arınarak meslek etiği etik karar verme sürecini işletmesidir. Bu çerçevede sosyo-demografik özelliklerle etik karar verme ile sosyo-demografik değişkenler arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmaması, sosyal hizmet uzmanlarının benzer uygulamalarda bulundukları ve sosyal hizmet eğitimi sürecinde alınan meslek etiği ile ilgili bilgi, beceri ve değer temelinin benzer bir nitelik taşıdığının göstergesi olarak yorumlanabilir.

Etik karar verme ile sosyal hizmet uzmanlarının eğitim düzeyleri arasında anlamlı farka rastlanmamıştır. Boland (2002)'in sosyal hizmet uzmanlarının etik karar vermeleri konusunda yapmış olduğu çalışma araştırmamız sonuçları ile uyumlu olup yapılan çalışmada sosyal hizmet uzmanlarının eğitim düzeyleri ile etik bir ikilemi belirleme yeteneği arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşmıştır. Ain (2001)'in yapmış olduğu çalışmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının yarısından fazlası (yüzde 56), sosyal hizmet eğitimlerinin sosyal hizmet uygulamalarında algılanan etik ikilemleri çözmek için beceri geliştirmede etkili bir araç olduğu konusunda hemfikir olduğu, grubun yaklaşık beşte birinin (yüzde 18.6) tarafsız olduğu ve yaklaşık dörtte birinin (yüzde 25,4) ise sosyal hizmet eğitimlerinin uygulamalarında etik ikilemleri çözmeye etkili bir şekilde hazırlamadığını belirtmişlerdir. Ain (2001), katılımcıların neredeyse yarısına yakınının (yüzde 46) etik eğitiminin etkili olmadığını, verilen eğitimin etkinliğinden memnun olmadığını ifade ettiğinden, bu eğitimin kapsamlı olup olmadığını belirlemek için verilen etik eğitimin incelenmesi ve değerlendirilmesi gerektiğini ve de değişen bir toplumda kapsamlı etik karar verme araçlarının geliştirilmesinin desteklemesi gerektiğini vurgulamıştır. Sosyal hizmet eğitimi Türkiye'de sosyal hizmet uzmanı olarak mesleki uygulama yetkisinin verildiği temel eğitim düzeyi olan lisans eğitimi ve lisansüstünü içeren yüksek lisans ve doktora düzeyinde ele alınmış, bu nedenle ön lisans eğitime eğitim düzeyi değişkeni çerçevesinde yer verilmemiştir. Bu çalışmada sosyal hizmet uzmanlarının eğitim düzeylerine göre etik karar verme düzeyleri arasında anlamlı farka rastlanmamış olması meslek etiğine ilişkin temel konuların lisans döneminde ele alınıyor olması ile ilişkili olarak açıklanabilir. Lisans döneminde sosyal hizmetin bilgi, beceri ve değer temelinin önemli bir parçası olan etik ilkeler ve mesleki uygulamalarda karşılaşılabilecek temel etik ikilemler hem etik dersinde, hem de sosyal hizmet alanlarını içeren derslerde de ayrıca ele alınmaktadır. Böylece lisans eğitiminde sosyal hizmet etiğine ilişkin temel düzeyde bilgi sahibi olan sosyal hizmet uzmanları, sosyal hizmet uygulamalarında da bu bilgiyi uygulamaya aktarma ve etik ikilemlerin çözümü ve etik karar verme konusunda beceri geliştirme olanağını bulmaktadırlar. Dolayısıyla lisans

eğitiminde etik konusunda temel bilgi ve beceriye sahip olan sosyal hizmet uzmanlarının lisansüstü eğitim çerçevesinde ancak bu bilgilerin güncellenmesi noktasında ayırt edici olabileceği düşünülebilir. Ancak her biri sosyal hizmet alanında aktif uygulayıcı olan katılımcıların etik karar verme düzeylerinin geliştirilmesi noktasında sosyal hizmet etiği odaklı hizmet içi eğitimlerin ve süpervizyon alma imkânlarının arttırılması ve süpervizyonluk sisteminin daha sistematik hale getirilmesi önerilebilir. Ayrıca etik konusunda lisans ve lisansüstü eğitimden bağımsız olarak sosyal hizmet uzmanlarına uygulamada karşılaştıkları ya da karşılaşacakları etik sorunların çözümü noktasında örnek vaka uygulamalarını içeren ileri seviyede eğitimin verilmesi gerektiği de düşünülmektedir.

Etik karar verme ile sosyal hizmet uzmanlarının çalışma pozisyonları arasında anlamlı farka rastlanmamıştır. Bu sonuca göre, örnekleme katılan sosyal hizmet uzmanlarının iş pozisyonlarının, etik karar verme ölçümünde etkili bir değişken olmadığı söylenebilir. 28.12.2014 tarih ve 29219 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Personeli Görevde Yükselme ve Unvan Değişikliği Yönetmeliği’nin 7. maddesi görevde yükselme suretiyle yapılacak atamalarda aranacak özel şartları düzenlemekte olup 7/a-3 maddesinde sosyal çalışmacıların yönetici olabilmeleri için en az 8 yıl hizmetinin bulunması koşulunu şart koymaktadır. Yine Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne “tıbbi sosyal hizmet uygulama yönergesi” hazırlanarak 16 Şubat 2011 tarih ve 7465 sayılı karar ile yürürlüğe girmiştir. Yönergenin 11. maddesinde birim sorumlularının görev ve sorumluluklarını içermektedir. İlgili maddede sosyal çalışmacılar arasından deneyimli olanlar ve tercihen yüksek lisans yapanlardan birim sorumlusunun görevlendirileceği belirtilmektedir. Sosyal hizmet kurum ve kuruluşlarında yönetici olan sosyal hizmet uzmanlarının yukarıdaki mevzuat kapsamında açıklandığı üzere yönetici olmadan önce belirli bir süre meslek elemanı olarak çalışma yükümlülükleri bulunmaktadır. Bu durum hali hazırda yönetici olan sosyal hizmet uzmanlarının meslek elemanı olarak çalıştığı dönemlerdeki uygulamaları neticesinde edinmiş oldukları tecrübeler sayesinde etik karar verme sürecini yönettiklerini düşündürmektedir.

Etik karar verme ile sosyal hizmet uzmanlarının mesleki deneyimleri arasında anlamlı farka rastlanmamıştır. Örnekleme oluşturan sosyal hizmet uzmanlarının (yüzde 52,6) önemli bir bölümünün genç yaş kabul edilecek 22-34 yaş grubunda oldukları ve mesleki deneyim sürelerinin ise en çok (yüzde 39,8) ile 0-4 yıl arasında olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmanın bulgularına benzer biçimde Başak vd. (2010), yoğun bakım hemşirelerinin etik duyarlılığını inceledikleri çalışmalarında, hemşirelerin yüzde 67,8’inin 20-29 yaş grubunda, yüzde 37,8’inin ise 1 ile 5 yıl arasında mesleki deneyime sahip olduğunu bildirmiştir. Bu çalışmada sosyal hizmet uzmanlarının yarısından fazlasının genç olması ve mesleki deneyimlerinin az olması, karşılaşılabilecekleri etik ikilemleri ayırt etme ve çözümü için doğru kararları alabilmede sorun yaşayabileceklerini düşündürmüştür.



Etik karar verme ile sosyal hizmet uzmanlarının çalışma alanları arasında istatistiki açıdan anlamlı bir farka rastlanmıştır. Birimler arası farkın kaynağının hangisinde olduğunu saptamak amacıyla yapılan U-testi sonucunda çocuk refahı alanında çalışanlar ile göç alanında çalışanlar arasında anlamlı farklılık olduğu gözlenmiştir. Bu bulguyu destekleyecek biçimde Ain'in (2001) etik ikilemler konusunda 287 sosyal hizmet uzmanıyla yaptığı araştırmada, uygulama alanlarına göre anlamlı farklılık saptanmıştır. Bu durumu, sosyal hizmetin en eski ve köklü çalışma alanı olan çocuk refahı alanının, Türkiye'de yeni bir uygulama alanı olarak görülebilecek göç alanına göre daha kurumsal ve sistematik oluşuyla açıklamak mümkündür.

## 5. Sonuç ve Öneriler

Sosyal hizmet uzmanlarının etik ikilemler karşısındaki tutumlarının çeşitli değişkenlere göre incelenmesinin amaçlandığı bu çalışmanın sonucunda yaş, cinsiyet, eğitim seviyeleri, deneyim süreleri ve pozisyonları ile etik karar verme süreçleri arasında anlamlı farklılık bulunmamış, çalışma alanları ile etik karar verme süreçleri arasında anlamlı farklılık olduğu bulunmuştur. Çalışmada sonucunda etik ilkelerin uygulamaya aktarılmasında bireysel özelliklerden ziyade mesleki kimlik ve mesleki bilgi, beceri ve nihayetinde değer temelini ön planda olması gerektiğine ilişkin beklentiyle uyumlu olarak değerlendirilebilir.

Ayrıca Sosyal hizmet uzmanlarının etik ikilemler karşısındaki tutumlarının düşük düzeyde olduğu sonucuna ilişkin olarak en önemli hususun sosyal hizmet uzmanlarının etik karar verme düzeylerini arttırmaya yönelik çalışmalara yoğunluk verilmesi olduğu düşünülebilir. Özellikle sosyal hizmet eğitiminde etik konusunun sadece etik dersinde değil, her dersin içeriğine konulması, etik dersini veren öğretim elemanlarının alanda karşılaşılan güncel etik ikilemlerden yola çıkarak konuyu derinleştirmelerine olanak sağlayacak içeriklerin üretilmesi hususunda alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarıyla iş birliği içinde çalışmalarının ortaya çıkarabileceği fırsatların yaratılması önerilebilir. Böylece değişen toplumsal yapıyla birlikte sürekli değişen ve ortaya çıkan yeni bireysel ve sosyal sorunlar ile karşılaşmaktadır. Bu sorunlarla çalışırken karşılaşılan ve karşılaşılma olasılığı bulunan etik ikilemlerin güncel olarak sosyal hizmet eğitimine yansımaları sağlanabilir. Kamu kurumlarında etik kurullar oluşturulmuş olup, bu kurullar etik kapsamında gerekli birtakım çalışmaları yürütmektedir. Diğer yandan sosyal hizmet uygulaması alanında etik konusunun sosyal hizmet eğitiminin yanında sosyal hizmet uzmanlarının çalıştıkları kurumlarda verilen hizmet içi eğitimlere dahil edilmesi ve etik karar verme duyarlılığının daha fazla geliştirilmesi için sosyal hizmet kurumlarının yöneticileri ve çalışanlarına kazandırılmasına yönelik çalışmaların yapılmasının da sosyal hizmet uzmanlarının alanda karşılaştıkları ve karşılaşacakları birçok etik ikilemin çözümüne katkı sağlayabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

Etik karar verme düzeylerinin artırılması konusunda bir diğer önemli konu ise sosyal hizmet uzmanlarının süpervizyon ihtiyacı olarak değerlendirilebilir. Etkili ve sistematik olarak işleyen bir süpervizyon sisteminin kurulması, sosyal hizmet kuruluşlarında karşılaşılan etik ikilemlerin çözümünde ortak akıl ile karar verme ve önceki deneyimlerden yararlanma fırsatını arttırabilir.

**ARAŞTIRMAYA İLİŞKİN ETİK BİLGİLER**

Bu çalışmada, gerekli etik ilkelere uyulmuş ve çalışmanın gerçekleştirilebilmesi için Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Etik Kurulunun (Karar No:8, Tarih: 06/02/2020, Toplantı No:2020/02) yazılı onayı alınmıştır. Araştırma süresince toplanan veriler, gizlilik ve mahremiyet ilkeleri doğrultusunda işlenerek gereken önlemler alınmıştır.

**KAYNAKÇA**

- Abbott, A. (1988) *Professional Choices: Values at Work*. Washington. D.C.: NASW Press.
- Acar H, İçağasıoğlu-Çoban A, Polat G. (2017). *Sosyal Hizmetlerde Yanlış Uygulamalar, Etik İhlaller ve Sorunlara İlişkin Bir Araştırma*. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Derneği.
- Afyonoglu, M.F., Daşbaşı, S. (2021), *Sosyal Hizmet Öğrencilerinin Etik Problem Çözme Becerileri: Konya Örneği*, Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi, Sayı 18
- Ain, E. (2001). *Ethical Dilemmas of New York City Social Workers*. Unpublished Doctoral Dissertation, Wurzweiler School of School Work Yeshiva University, New York
- Aldoğan, S. N. (2018). *Sosyal Hizmet Uzmanlarının Etik Karar Verme Süreçlerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Artan, T., Özkan, A.Ö., Arıcı, A. (2020) *Sosyal Hizmette Etik İkilimler ve Etik Karar Verme*, Sosyal Hizmet Etiği, Nika Yayınevi, Ankara
- Artan, T., Irmak, H. S. ve Mengü, E. (2018). *Nathanson ve Giffords sosyal hizmet etik ölçeği: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 310-320.
- Aslantürk, H., Paslı, F. (2021) *Çocuk Korumada Etik, Çocuk İstismarını Anlamak Tanı, Yöntem ve Uygulama*, Nobel Yayınevi
- Boland, K. (2002). *Ethical Decision-Making Among Hospital Social Workers*. Unpublished Doctoral Dissertation, Marywood University Graduate School of Arts and Sciences.
- Congress, E. (1986). *An Analysis of Ethical Practice Among Field Instructors in Social Work Education*. Unpublished doctoral dissertation. City University of New York.
- Congress, E., & McAuliffe, D. (2006). *Social work ethics: Professional codes in Australia and the United States. International Social Work*, 49(2), 151-164.
- Danış, M.Z., Artan, T., Erkoç, B. (2020) *Etik İlke ve Değerler Kapsamında Vaka Analiz Örneği*, Sosyal Hizmet Etiği, Nika Yayınevi, Ankara
- Dobrin, A. (1988). *The Ethical Judgments of Social Workers*. Unpublished doctoral dissertation. Adelphi University, School of Social Work.
- Dobrin, A. (1989). *Ethical Judgments of Male and Female Social Workers*, *Social Work*, 34(5), 451-455
- Filizöz, B., Mesci, G., Aşçı A ve Bağcıvan, E. (2015). *"Hemşirelerde Etik Duyarlılık: Sivas İli Merkez Kamu Hastanelerinde Bir Araştırma"*. Türkiye İktisadi Girişim ve İş Ahlakı Derneği İş Ahlakı Dergisi, 8(1): 47-66.
- Gökçearslan Çiftçi, E., Gönen, E. (2011) *Sosyal Hizmet Uygulamalarında Etik Karar Verme Süreci, Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, Cilt:22, Sayı:2
- Kahriman, İ. & Yeşilççek Çalık, K. (2017). *Klinik Hemşirelerin Etik Duyarlılığı*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3), 111-121. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/31206/367968>
- Kugelman-Jaffee, W. (1990). *Ethical Decision-Making of Social Work Practitioners in Organizational Settings*. Unpublished doctoral dissertation. City University of New York.
- Landau, R. (1999). *Professional socialization, ethical judgment and decision making orientation in social work*, *Journal of Social Service Research*, 25:4, 57-75, DOI:10.1300/J079v25n04\_04
- Mattison, M. (1994). *Ethical Decision-Making in Social Work Practice*. Unpublished doctoral dissertation. Columbia University, School of Social Work.
- Nathanson, İ.L., Giffords, E.D (2013) *Expanding awareness: issues in the development of an ethics scale for the social work profession*, *Journal of Social Work Education*
- Özates, Ö.S. (2010). *Sosyal Hizmet Etiğinin Felsefi Temelleri*, *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*, Cilt: 21, Sayı:1, Nisan 2010
- Reamer, F. G. (2018). *Sosyal Hizmet Etiği ve Değerleri* (Çev. Ed: Hakan Acar). Ankara: Nika.
- Strom-Gottfried, K. (2008). *Values and Ethics for Professional Social Work Practice*, Dulmus, Catherine N., and Karen M. Sowers. *The Profession of Social Work: Guided by History, Led by Evidence*, John Wiley & Sons, Incorporated, 2012. ProQuest Ebook Central, <http://ebookcentral.proquest.com/lib/unc/detail.action?docID=982934>.

- Thompson, N. (2013) *Kuram ve Uygulamada Sosyal Hizmeti Anlamak*, (Kitap. Ed: Özlem Cankurtaran Öntaş-Burcu Hatipoğlu Eren). Dipnot yayınları, Ankara
- Walton, K. (2007). *An Examination of The Factors Related To The Ethical Decision-Making Process of Professionals*, Unpublished doctoral dissertation, Available from Proquest Dissertations and Theses database. (UMI No. 3294985)
- Watt, W. (1992). *Ethical Content in Graduate School Social Work Curriculum And its Application to Practice*. Unpublished doctoral dissertation. University of Illinois at Chicago.
- Zengin, O. (2018). Ethical dilemmas that turkish social workers encounter and factors that influence their decisions in case of ethical dilemmas. In *Ethical Issues in Social Work Practice* (pp. 105-116). IGI Global.



SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963



Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually

<https://edergi.saglik.gov.tr/>

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>

Yıl/Year: 2022 Haziran/June

Sayı/Issue: 19

## COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNİN AKADEMİSYEN BABALARIN YAŞAMINA YANSIMALARI: NİTEL BİR ARAŞTIRMA

Şefika Dilem GÜNGÖR<sup>1</sup>

Serap DAŞBAŞ<sup>2</sup>

Sinan AKÇAY<sup>3</sup>

### Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma  
Geliş Tarihi / Date Received: 15.10.2021  
Revizyon Tarihi/Date Revised: 16.06.2022  
Kabul Tarihi / Date Accepted: 20.06.2022  
Yayın Tarihi / Date Published: 30.06.2022  
DOI: 10.46218/tshd.1010136

**Makale Künyesi/To cite this article:** Güngör, Ş. D., Daşbaş, S. ve Akçay, S. (2022, Haziran). Covid-19 pandemi sürecinin akademisyen babaların yaşamına yansımaları: nitel bir araştırma. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 19 : 17-36. Doi: 10.46218/tshd.1010136

### Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Şefika Dilem GÜNGÖR, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, [sefikadilem@gmail.com](mailto:sefikadilem@gmail.com)  
ORCID: 0000-0002-3916-7663

### Öz

Bu araştırma COVID-19 sürecinde evden çalışan akademisyen babaların; çocuk bakımı, ev içi rollere katılımları ve iş yaşamlarına dair deneyimlerini keşfetmek amacıyla, nitel araştırma yöntem ve teknikleri kullanılarak yapılmıştır. Amaçlı örneklem ve kartopu örneklem modelleri kullanılarak, 2-10 yaş arası çocuğa sahip olan 16 akademisyen baba ile derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Görüşmeler neticesinde elde edilen veriler MAXQDA programı ile analiz edilmiştir. Analiz sonucunda "Pandeminin kişisel yaşama yansımaları, babalığın ifade ettiği anlam, pandemi sürecinin çocukla ilişkiye yansımaları, pandemi sürecinin eşle ilişkiye ve ev içi rollere yansımaları, pandemi sürecinin iş yaşamına yansımaları" olmak üzere beş temaya ulaşılmıştır. Katılımcıların COVID-19 sürecinde babalığa dair düşüncelerinin ve babalık rollerinin; katılımcı baba olma doğrultusunda olumlu bir ivme kazandığı fakat uzaktan çalışma sürecinin devam etmesi nedeniyle de birtakım sorunlar yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. COVID-19 sürecinde sosyalleşmenin azalması ile evlerinden çalışan babalar, çalışma saatlerini minimum düzeyde tutarak ailelerine daha fazla zaman ayırdıklarına dikkat çekmişlerdir. Katılımcıların bu süreçte zaman zaman sosyal destek mekanizmalarına ihtiyaç duydukları ve süreçle ilgili eğitimlere açık oldukları sonucu ortaya çıkmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Toplumsal Cinsiyet, Akademisyen, Baba, Çocuk Bakımı, COVID-19

## REFLECTIONS OF THE COVID-19 PANDEMIC PROCESS ON THE LIVES OF ACADEMIC FATHERS: A QUALITATIVE STUDY

### Abstract

This research was conducted to explore the experiences of academic fathers working from home regarding child care, their participation in domestic roles, and their work life during the COVID-19 process by using qualitative research methods and techniques. Using purposeful sampling and snowball sampling models, in-depth interviews were conducted with 16 academicians fathers who have children between the ages of 2-10. The data obtained as a result of the interviews were analysed with the MAXQDA program. As a result of the analysis, five themes were reached; the reflections of the pandemic on personal life, the meaning of fatherhood, the reflections of the pandemic process on the relationship with the child, the reflections of the pandemic process on the relationship with the spouse and domestic roles and the reflections of the pandemic process on business life. It was concluded that the participants' thoughts on fatherhood and fatherhood roles in

<sup>1</sup> Sosyal Hizmet Uzmanı, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans, ORCID: 0000-0002-3916-7663

<sup>2</sup> Doç. Dr. Selçuk Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0003-0969-6393

<sup>3</sup> Doç. Dr. Selçuk Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0001-9485-5891

the COVID-19 process gained a positive momentum towards becoming a participant father, but they also experienced some problems due to the continuation of the remote working process. With the decrease in socialization during the COVID-19 process, fathers working from their homes pointed out that they spend more time with their families by keeping their working hours to a minimum. It was concluded that the participants needed social support mechanisms from time to time in this process and were open to trainings related to the process.

**Keywords:** Gender, Academic, Father, Child care, COVID-19

## 1.Giriş

Yeni Koronavirüs Hastalığı (COVID-19), ilk olarak Çin'in Vuhan Eyaleti'nde Aralık ayının sonlarında solunum yolu belirtileri (ateş, öksürük, nefes darlığı) gelişen bir grup hastada yapılan araştırmalar sonucunda 13 Ocak 2020'de tanımlanan bir virüstür (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2020). COVID-19 hastalığı büyük bir biyopsikososyal krize neden olmuştur, pandemi koşulları toplumsal düzeyde etkilere yol açarak; insanların hayat tarzlarına, günlük alışkanlıklarına, bireyler arası iletişim şekillerine, kişilerin sosyal hayatlarına etki etmekle beraber; toplumsal, kültürel, ekonomik ve sosyal düzeyde değişimlere neden olmuştur (Varışlı & Gültekin, 2020). Toplumda meydana gelen krizlerden biri de aile içerisinde bireylerin çoğunluğunun evden çalışmaya başlaması ile oluşan ebeveynlik ve ev içi rollerin yeniden paylaşılması olmaktadır (Işık, 2020; Serhat, Yılmaz, Erbil, & Hazer, 2020). Bu durumun babalık rolleri üzerinde de bir etki oluşturduğu ve babaların evden çalışmaya başlaması ile ev içi rol ve sorumluluklarının yanında çocukları ile olan ilişkilerinin değişim gösterdiği düşünülmektedir.

Babalık biyolojik ve kültürel temeli olan sosyal bir olgu olmakla beraber biyolojik ve sosyal babalık olmak üzere iki çerçevede değerlendirilmektedir. Çocuk sahibi olmakla beraber erkek biyolojik baba olur fakat bu durum sosyal baba olmayı beraberinde getirmeyebilir. Sosyal babalık; çocuğun yetişme sürecinde görev alma, çocuğun faaliyetlerinde yer edinme ve çocuğa karşı rol ve sorumluluklarını yerine getirme olarak tanımlanmaktadır (Bartlett, 2004; Bozok, 2018a; Flood, 2003). Babalık kavramının belirli davranışları hakim gördüğü dört temel dönemden geçtiği literatürde kabul edilmektedir. Bu babalık dönemleri: ahlaki öğretmen rolünde olan baba, eve ekmek getiren baba, cinsiyet rollerine katkı sağlayan baba ve son olarak çocuğuna bakan ilgili baba olarak söylenebilir. Günümüzde üzerinde tartışılan ve yapılan araştırmalar sonucunda ulaşılan, toplumda benimsenmesi artan babalık algısı ise çocuğuna bakan ilgili baba olmaktadır (Gökaliiler & Özer, 2019; Ördk & Aktaş Arnas, 2020; Williams, 2008).

Baba olmanın anlamı ve babalık rolleri çocukluk çağlarından itibaren yıllarca inşa edilen ve bireylere öğretilen bir süreçtir (Cabrera, Tamis-LeMonda, Bradley, Hofferth, & Lamb, 2000; Durur & Tahir, 2020; Gökaliiler & Özer, 2019). Babalar geleneksel aile yapısında ailenin geçimini sağlayan kişiler, anneler ise çocuk bakımı ve ev işleri ile ilgilenen kişiler olarak görülmekteydiler (Michael E. Lamb & Lewis, 2004; Sümeyye & Gülten, 2020). Bu kabul ise erkeklerin çocuk bakımı ve ev içi sorumluluklarındaki rollerini ikincil konuma atmalarına neden olmuştur (Bozok, 2018b). Geçmişten günümüze babanın rolüne dair toplumsal algı ve

kabuller ise, aile sisteminin zaman ve ortam etkisiyle değişmesi ile beraber değişime uğramış olup, otoriter ya da öğretmen baba rolü yerini çocuğunun fiziksel ve sosyal ihtiyaçları ile ilgilenen ilgili baba rolüne bırakmıştır (Ördek & Aktaş Arnas, 2020; Özyürek, Teke, Kışlı, & Özgan, 2020; Sümeyye & Gülten, 2020). 21.yüzyılda kadının iş gücüne daha fazla katılması, çekirdek aileye dönüşüm ve toplumsal cinsiyet rollerine olan duyarlılığın artması erkeklerin çocuk bakım faaliyetlerine katılımlarında artışa neden olmuştur (Bayer, 2020; Cabrera et al., 2000; Tümkiye & Türkmenoğlu, 2021). Bunun yanında esnek çalışma saatleri, düzensiz çalışma koşulları ve evden çalışma da babanın çocuk bakımındaki katkısında artışa sebep olmuştur (Cabrera et al., 2000; Gökaliiler & Özer, 2019; Tan, 2016). Bu etkenler ile beraber daha eşitlikçi ve paylaşımcı bir yapı, babalık kavramının kültürel ve sosyal açıdan sorgulanarak değişmesine ve “yeni babalık” kavramının ortaya çıkmasına neden olmuştur (Cabrera et al., 2000; Gregory & Milner, 2011; Mercan & Şahin, 2017b; Tan, 2016; Williams, 2008; Zeybekoğlu, 2013).

“Yeni babalık” kavramı ile beraber baba-çocuk arasındaki iletişimin artması hem çocuğun hem babanın bilişsel, psikolojik ve fiziksel sağlığını olumlu yönde etkilemektedir. Çocuk bakımında baba katılımının artması babanın sorumluluk geliştirme, cinsiyet tutumlarının değişimi ve gelişimi, problem çözme ve stres yönetimi noktasında katkı sağlamaktadır (Cabrera et al., 2000; Kuzucu, 2011; Özyürek et al., 2020; Tan, 2016; Telli & Özkan, 2016; Zeybekoğlu, 2013). Baba katılımı, cinsiyet tutumları, eğitim durumu, çalışma koşulları ve çalışma saatleri gibi etmenlerden etkilenmektedir (Deleş & Kaytez, 2020; Kuzucu, 2011). Bu noktada akademisyenlerin haftada ortalama 55 saat çalıştığı tahmin edilmekte ve çalışma süresinin fazla olması ile beraber zamana dayalı çatışma yaşayarak kendisinden beklenen rolleri gerçekleştirememesine ve performanslarında düşüşe sebep olabilmektedir (O’Laughlin & Bischoff, 2005). Yapılan araştırmalar babaların çalışma saatlerinin yoğunluğu nedeni ile çocukları ile istedikleri kadar vakit geçiremediklerini, kısa çalışma saatleri olan babaların ise çocukları ile iletişiminin arttığını ortaya koymuştur (Bozok, 2018a, 2018b; Ördek & Aktaş Arnas, 2020). Akademik pozisyonlarda çalışanların çalışma koşullarındaki esneklik nedeniyle evlerinde de çalışmalarına devam ettikleri göz önünde bulundurulursa bu durum aile içerisinde eş ve çocukların beklentilerini karşılayamama noktasında olumsuzluklara neden olabilmektedir. Aile içinde beklentilerin karşılanamaması kişide kariyer veya eş/ebeveynlik performansının düşüşüne neden olabilmekle beraber eş ve ebeveynlik durumunun kariyer performansına olumlu katkısı da olabilmektedir (O’Laughlin & Bischoff, 2005). Yapılan bir araştırma annelik ve akademisyenlik arasında çatışmalar yaşandığını, yetersizlik hissedildiğini ve annelik ile akademisyenlik arasında yaşanan çatışmaların kariyer üzerinde olumsuz etkilerin olabildiğini göstermiştir (Belkıs, 2016). Bu bağlamda akademisyen babalar üzerinden babalık ve çocuk ilişkisinin araştırılması da önem kazanmıştır. Yapılan bir çalışmada babalar akademisyenlik ve babalık rollerini bir arada yürütürken iş/aile ilişkileri çatışmaları yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Babalık rol ve sorumluklarını yerine getirmede bazen eksik kalabildiklerini ve yeterince takdir görmediklerini belirtmişlerdir. Bazı katılımcılar ise babalığın akademik ilerlemesi üzerinde olumlu etkileri

olduğunu paylaşmıştır. Bu bulgu literatürde babalığın motivasyon ve denge üzerine etki ederek iş yaşamını olumlu etkileyeceği şeklinde desteklenmektedir. Katılımcıların çoğu ebeveynliklerinin işten daha önce geldiği noktasına da vurgu yapmışlardır (Reddick, Rochlen, Grasso, Reilly, & Spikes, 2012).

Literatür bilgisi incelendiğinde babalık algısının ve aile içerisindeki babalık rollerinin yeniden şekillendiği bir süreçte olduğu görülebilmektedir. Çalışma süresinin uzun olmasının ise babalık rolleri üzerine etkisi olmaktadır. Akademisyen babaların uzun çalışma saatlerinin olduğu düşünüldüğünde; COVID-19 pandemi sürecinde çoğunlukla evden çalışan akademisyen babaların babalık algı ve babalık rollerinin nasıl şekillendiğini anlamak, babalığın değişimi sürecini anlamlandırmak adına önem taşımaktadır. Bu doğrultuda çalışmanın temel amacı akademisyen babaların COVID-19 pandemi sürecinde çoğunlukla evden çalışmalarının babalık algıları ve babalık rolleri üzerindeki etkisinin, eş ilişkileri ve ev içi rollerindeki etkisinin babaların bakış açısından anlaşılması ve ortaya konulmasıdır. Bu çerçevede konu ile ilgili literatüre katkı sağlamak ve babaların bakış açısından çıkarım ve önerilerde bulunabilmek amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda COVID-19 sürecinin uzaktan çalışan akademisyen babaların; “rol ve sorumluluklarına nasıl yansıdığı, babalık algısına ve tanımlamalarına nasıl yansıdığı, baba-çocuk ilişkisine nasıl yansıdığı, eşleri ile olan ilişkilerine ve ev içi sorumluluklarına nasıl yansıdığı, iş hayatlarına nasıl yansıdığı” sorularına yanıt aranmıştır.

## 2.Yöntem

Araştırma COVID-19 pandemi sürecinde çoğunlukla evden çalışan baba akademisyenlerin babalık algıları ve babalık rollerinin biçimlenmesini anlamak amacı ile gerçekleştirilmiştir. Bu amaç doğrultusunda babaların duygu, düşünce ve algılarının yaşam aktiviteleri çerçevesinde anlaşılması doğrultusunda nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Nitel araştırma konunun oldukça ayrıntılı ve derin bir biçimde anlaşılmasına olanak sağlayan bir araştırma yöntemidir (Kümbetoğlu, 2017). Araştırmada fenomenolojik yaklaşım tercih edilmiş olup, fenomenolojik yaklaşım insanların yaşadıkları ve karşılaştıkları olguları nasıl anlamlandırdıkları ve deneyimledikleri üzerinde odaklanarak, yanlış veya doğru olarak nitelendirmemektedir (Yıldız, Çekmez, & Bütüner, 2012). Bu doğrultuda araştırmada pandemi sürecinde evden çalışan akademisyen babaların çocukları ile daha fazla zaman geçirmelerinin; babalığa bakış açılarına, babalık rollerine ve bu sürecin yaşamlarına yansımalarına odaklanılmıştır.

### 2.1.Çalışma Grubu

Bu çalışmada rastlantısal olmayan örnekleme tekniklerinden biri olan kartopu örnekleme yöntemi ve amaçlı örnekleme kullanılmıştır. Kartopu örnekleme yönteminde çalışma evrenine dâhil olan herhangi bir kişi ile iletişim sağlanıp, iletişim sağlanan kişi yardımı ile diğer katılımcılarla temasa geçilir (Altunışık, Coşkun, Bayraktaroğlu, & Yıldırım, 2007). Araştırmanın çalışma grubu farklı illerde yaşayan, farklı üniversitelerin,



farklı bölümlerinde görev yapan akademisyen babalardan oluşmaktadır. Örneklemde maksimum çeşitliliğin sağlanabilmesi adına çalışma grubu bu şekilde seçilmiştir. Akademisyen babaların çalışmaya dâhil edilmesinde, çoğunlukla evden çalışıyor olması, evlilik birlikteliğinin devam ediyor olması ve 2-10 yaş arası çocuk sahibi olması kriterleri göz önünde bulundurulmuştur. 2-10 yaş arası çocuk sahibi olan babaların dâhil edilme nedeni COVID-19 pandemisinin bir yılı aşkın bir süredir devam etmesi nedeniyle babaların COVID-19 süreci ve öncesi deneyimlerini paylaşabilmeleri doğrultusunda belirlenmiştir. Katılımcı sayısı araştırmada cevap aranan sorulara ayrıntılı bir şekilde ulaşılması ve veri doygunluğu sağlanması ile belirlenmiştir (Kümbetoğlu, 2017). Bu doğrultuda 10 farklı ilden(Konya, Karaman, Antalya, Gümüşhane, Ankara, Gaziantep, Muğla, Edirne, Kırklareli, Erzincan) 16 katılımcı ile görüşme sağlanmıştır.

**Tablo 1: Katılımcı Sosyo-Demografik Bilgi Tablosu**

|     | Unvan                | Yaş | Eşin Mesleği        | Çocuk Sayısı | Çocukların Yaşları |
|-----|----------------------|-----|---------------------|--------------|--------------------|
| K1  | Doçent Doktor        | 37  | Ev Hanımı/Öğrenci   | 2            | 9/7,5              |
| K2  | Öğretim Görevlisi    | 45  | Öğretmen            | 3            | 16/14/4            |
| K3  | Doktor Öğretim Üyesi | 36  | Öğretmen            | 1            | 5,5                |
| K4  | Öğretim Görevlisi    | 40  | Akademisyen         | 4            | 17/16/12/6         |
| K5  | Doktor Öğretim Üyesi | 37  | Özel Sektörde Müdür | 1            | 3                  |
| K6  | Doktor Öğretim Üyesi | 32  | Ev Hanımı           | 3            | 4,5/2/1            |
| K7  | Profesör Doktor      | 43  | Ev Hanımı           | 3            | 19/14/4            |
| K8  | Doçent Doktor        | 33  | Ev Hanımı/Öğrenci   | 1            | 3                  |
| K9  | Doçent Doktor        | 36  | Akademisyen         | 1            | 6                  |
| K10 | Öğretim Görevlisi    | 34  | Ev Hanımı/Öğrenci   | 1            | 9                  |
| K11 | Doktor Öğretim Üyesi | 44  | Ev Hanımı/Öğrenci   | 2            | 6/3                |
| K12 | Öğretim Görevlisi    | 34  | Ev Hanımı/Öğrenci   | 2            | 6,5/5              |
| K13 | Öğretim Görevlisi    | 36  | Öğretmen            | 1            | 4                  |
| K14 | Öğretim Görevlisi    | 34  | Hemşire             | 2            | 6/3 Aylık          |
| K15 | Öğretim Görevlisi    | 35  | Ev Hanımı           | 1            | 5,5                |
| K16 | Profesör Doktor      | 42  | Akademisyen         | 3            | 15/10/5            |

Yukarıda verilen tablo incelendiğinde katılımcı bireylerin yaşları 32-45 aralığında olup, ortalama yaş 37'dir. Katılımcıların unvanlarının dağılımına bakıldığında; iki kişi profesör doktor, 3 kişi doçent doktor, 4 kişi doktor öğretim üyesi ve 7 kişi öğretim görevlisidir. Katılımcılar arasında 9 kişinin eşi çalışmakta olup, 7 katılımcının eşi çalışmamaktadır. Katılımcı bireylerin sahip olduğu çocuk sayısı 1 ile 4 aralığındadır.

## 2.2. Veri Oluşturma Süreci

Araştırma konusu bağlamında ilgili literatür taranmış ve literatür bağlamında katılımcıların düşünce ve deneyimlerini anlamlandırmak için yarı yapılandırılmış görüşme formu hazırlanmıştır (Belkis, 2016; Bozok, 2018b; Ördek & Aktaş Arnas, 2020; Reddick et al., 2012; Rushing & Powell, 2015). Babalar ile yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak derinlemesine görüşmeler yapılmıştır. Derinlemesine görüşme; araştırmacının görüşmeyi yönlendirdiği, ayrıntılı sorular ile konuşmanın zenginleştirildiği, katılımcının

düşüncelerini rahatça ifade edebildiği bir süreçtir (Kümbetoğlu, 2017). Yarı yapılandırılmış görüşme formu 2 katılımcı ile pilot görüşme yapılarak gözden geçirilmiştir. Katılımcı bireylere anahtar kişiler aracılığı ile gönüllü onam formu ve çalışma davetiyesi iletilerek, görüşmeyi kabul eden bireyler ile iletişime geçilmiştir. Babalar ile yapılan görüşmeler online ortamda kayıt altına alınarak gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar ile yapılan görüşmelerin ortalama süresi 37 dakikadır.

### **2.3.Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları**

Çalışmanın pandemi koşulları nedeni ile katılımcı bireylerle online görüşmeler yapılarak yürütülmüştür. Online görüşme yapılması çalışmanın güçlü bir yönünü oluşturmuştur. Türkiye'nin farklı şehirlerinden farklı özelliklere sahip bir çok akademisyen babaya zaman ve mekan kısıtlılığı olmaksızın ulaşılmıştır. Online görüşmelerin sınırlayıcı noktası ise gözlem olanağının yeterli olmamasıdır. Bununla beraber katılımcı bireylerin çocuklarının yaşlarının 2-10 olarak sınırlandırılmış olması, bu yaş grubunda çocuğa sahip profesör akademisyene ulaşma noktasında zorlayıcı olmuştur. Görüşmelerin online ortamda yapılması ise internet, bilgisayar vb. teknolojik açıdan bazı sorunların yaşanmasına neden olmuştur.

### **2.4.Araştırma Etiği**

Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 28.04.2021 toplantı tarihli ve 2021/722 no'lu kararı ile araştırmanın etik açıdan uygunluğuna dair onay alınmıştır. Sağlık Bakanlığı COVID-19 Bilimsel Araştırma Değerlendirme Komisyonu'nuna ise başvuru yapılarak 08.04.2021 tarihinde gerekli izin alınmıştır. Görüşmeye başlamadan önce hazırlanan bilgilendirilmiş onam formu katılımcılara mail yolu ile ulaştırılmış ve görüşmeye başlanmadan önce de katılımcılara sözlü olarak bilgilendirme yapılmıştır. Araştırmaya katılan babaların isimleri K1, K2, K3... K16 şeklinde kodlanmış; görüşmeler sırasında kullanılan isimler, yer adları değiştirilmiştir. Görüşmeler online ortamda sesli ve görüntülü görüşmeye imkân sağlayan bir platform üzerinden yapılarak katılımcıların onamları dâhilinde kayıt altına alınmıştır.

### **2.5.Araştırma Geçerlilik ve Güvenilirliği**

Nitel araştırmada geçerlilik ve güvenilirlik dört temel faktör ile değerlendirilir: inanılabilirlik, aktarılabilirlik, güvenilebilirlik, onaylanabilirlik (Başkale, 2016). Bu araştırmada inanılabilirliği sağlamak adına araştırmacı önyargıları minimum düzeyde tutulmuş ve görüşmeler sırasında ve sonrasında katılımcıların beyanlarından anlaşılan bilgilerin doğru bir şekilde anlaşılıp anlaşılmadığı teyit edilmiştir. Aktarılabilirliği sağlamak adına ise amaçlı örneklem kullanılmış olup, dahil etme ve dışlama kriterleri belirlenmiş ve katılımcıların bilgileri ayrıntılı olarak verilmiştir. Araştırma güvenilirliği ise geniş bir literatür taraması yapılarak, araştırma yöntemi ayrıntılı tanıtılarak ve veri doygunluğu sağlanana dek görüşme yapılarak sağlanmıştır. Son olarak

onaylanabilirliği sağlamak için araştırmacı veri toplama ve verilerin analizi sırasında objektif bir tutum sergilemiştir.

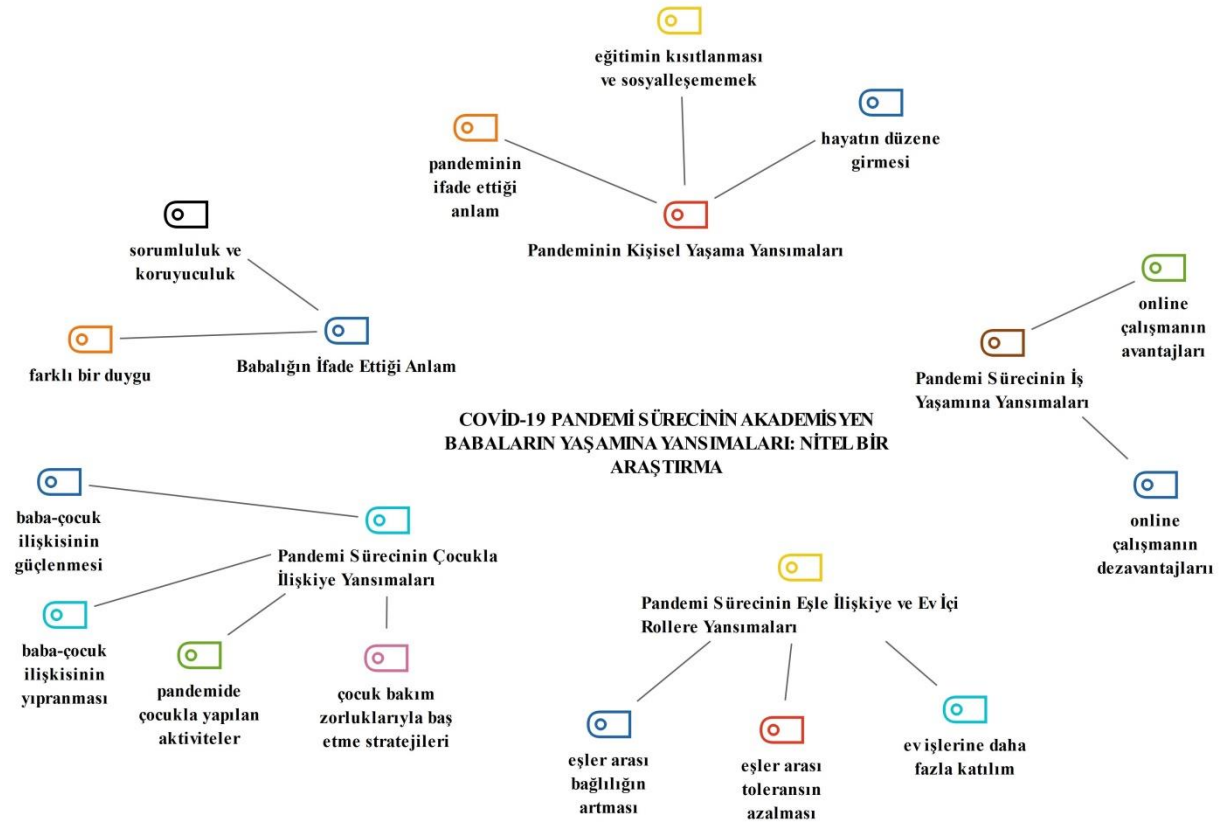
## **2.6. Veri Analizi**

Veri analizinde tematik analiz kullanılmıştır. Tematik analiz 6 temel adımdan oluşmaktadır. İlk olarak araştırmacı görüşmeleri deşifre eder (yazıya geçirir) ve defalarca okur, daha sonra görüşme verilerine uygun olarak deşifreler kodlanır. Daha sonra kodlanan veriler uygun kategoriler altında toplanır ve çalışmanın amacına uygun temalar altında kategoriler birleştirilir. Son olarak ise veriler temalara uygun bir biçimde raporlanır (Braun & Clarke, 2019). Hazırlanan raporda katılımcıların beyanlarından doğrudan alıntılar yapılarak, verilere yer verilmiştir. Betimsel analiz bireylerin paylaşımlarından doğrudan alıntılar yaparak, verilerin sunulması ve değerlendirilmesidir (Kümbetoğlu, 2017). Verilerin analiz sürecinde nitel araştırma veri analiz programı olan MAXQDA kullanılmıştır.

## **3. Bulgular ve Tartışma**

Katılımcılar ile yapılan derinlemesine görüşmeler veri benzerliği doğrultusunda 5 ana tema ve 14 kategori olmak üzere gruplandırılmıştır. Elde edilen ana temalar başlıklar halinde verilmiş olup, kategorilere paragraf halinde değinilmiş ve katılımcıların deneyimlerine dair paylaşımları doğrudan alıntı olarak yer almakla beraber, elde edilen veriler literatürdeki diğer bilgi ve araştırmalardan elde edilen sonuçlar ile beraber değerlendirilmektedir. Analizlerden ortaya çıkan 5 ana tema: pandeminin kişisel yaşama yansımaları; babalığın ifade ettiği anlam; pandemi sürecinin çocukla ilişkiye yansımaları; pandemi sürecinin eşle ilişkiye ve ev içi rollere yansımaları; pandemi sürecinin iş yaşamına yansımaları.

Tablo 2: Veri Analizi Tablosu



### 3.1. Pandeminin Kişisel Yaşama Yansımaları “Aile Olarak Pekiştik”

Bu tema pandeminin ifade ettiği anlam, hayatın düzene girmesi, eğitimin kısıtlanması ve sosyalleşememek kategorilerini içermektedir.

Katılımcılar pandemi sürecini; psikolojiye olumsuz etkileri olan ve kaygı yaratan bir kriz durumu olarak ifade etmişlerdir. Bununla beraber pandemi süreci sıkıntılı ve bir daha istenmeyen bir süreçtir. Pandeminin ifade ettiği bir diğer belirgin anlam ise kısıtlama ve yoksun kalma durumudur:

*K6: "Yani ciddi bir tehdit yani her an böyle korumacı duygularımı en fazla harekete geçiren şey. Başta da bahsettiğim o, acaba çocuğuma zarar gelecek mi? Yani bir anda böyle bir hemen hemen belki de en büyük endişe kaynağı buydu diyebilirim...açıkçası benim için bir tehdit, ailem için bir tehdit...aslında pandemi sürecine kriz diyebiliriz. Tehditten ziyade artık bir kriz, bir kaos."*

*K7: "Beni en büyük etkileyen tarafı kısıtlamalar oldu...kapalı ortamda kalmak çok rahatsız ediyor beni, kısıtlamalar çok rahatsız ediyor beni... Bir de yani dediğimiz gibi rahat yaşamaya alışmış insanlarız biz. Hani bir yıl oldu halen şu maskeye alışabilmiş değilim..."*

Pandemi sürecinin bireylerde kaygı ve psikolojik sorunlar yaratabileceği ve sıkıntılı sürecin atlatılması adına bireylerin destek mekanizmalarından yararlanmaları gerekmektedir (Aktürk, 2020; Karataş, 2020; Kaya, 2020). Katılımcılarında belirttiği gibi pandemi dönemi bireylerde sıkıntı yaratan bir kriz durumunu ifade etmektedir.

Babalar bu süreçte evden çalışma koşullarının gelmesi ve çocukların online eğitim sürecinde evde vakit geçirmelerinin düzenli bir aile hayatı oluşturmalarında etkili olduğunu ve ailenin pekiştiğini belirtmişlerdir. Babalar bu sürecin çocuklarının anne-baba yanında büyümesine imkan sağladığını ve çocuklarına, eşlerine ve kendilerine daha fazla vakti ayırma imkanı elde ettiklerini dile getirmişlerdir:

*K1: "Aile hayatı olarak biraz daha iyi hissediyoruz biz şahsen. Çünkü koştur koştur çocukları bırak, çocukları oradan al. Çocuklar biraz babaannede dursun biraz okulda dursun. Arada rezil oluyorlardı. Şu an daha iyiler. İki yıldır mesela düzenli olarak hastalanıyorlardı okuldayken, iki yıldır hiç hastalanmadılar...kilo almıyorlardı kışın, şuan kışın bu kış gayet iyi kilo aldılar. Bizim için anne baba olarak gayet iyi bir süreçti açıkçası. Valla şöyle aile olarak biz daha pekiştik diyebiliriz yani..."*

*K2: "Yani öğle yemeğini beraber yiyoruz bakın biz çoğu zaman bunu yapamıyorduk...beraber olmamız tabi ki aile bağlarının kuvvetlenmesi noktasında ve birbirimizin kıymetini bilmemiz noktasında ciddi bize bir avantaj kattı... dört yaşına girmiş bir oğlumuz var dört yaşında olunca onu ya bakıcıya bırakacaktık yani bu süreçte yanında olma imkânımız oldu..."*

Daha sağlıklı aileler ve daha sağlıklı toplumlar için babaların çocukları ile olan olumlu ilişkisinin teşvik edilmesi gereklidir. Babaların ebeveynlik rollerine aktif katılımı, ailenin duygusal, sosyal ve maddi refahına değerli katkılar sağlamaktadır (Flood, 2003; Mercan & Şahin, 2017b). Annelerin işgücünde olduğu, babaların ise evde çocuk bakımını üstlendiği ailelerle yapılan çalışmada; babaların çocukları ile pozitif bağlar geliştirdiği, çocukların duygularını rahatlıkla ifade ettiği, babaların çocukların yaşamında aktif rol aldığı ve kendilerini iyi baba olarak tanımladığı, çocukların babaları ile de anneleri kadar güçlü bir duygusal bağ geliştirebildiği sonuçlarına ulaşılmıştır (Rushing & Powell, 2015).

Pandemi sürecinin katılımcıların aile hayatına olumlu yansımaları yanında, katılımcıların çoğunun okul çağında çocuğu olması ve pandemi sürecinde alınan online eğitimden memnun olmamaları nedeni ile bu durumun olumsuz yansıdığı görülmektedir. Buna ek olarak katılımcılar bu süreçte sosyalleşme imkanlarını kaybettiklerini, bu durumun evde uzun süre kalmaya ve bunalmaya neden olduğunu belirtmekle beraber, pandemi koşulları nedeni ile temasın azalmasının yaşamlarını olumsuz etkilediğini belirtmişlerdir:

*K9: "Yani iş yükü ve stres. Ya şöyle e tabi ki o eve kapanmanın ya da işte de farklı yerlere gidip işte yani herhangi bir sosyal etkinliğe katılamamanın, işte sinema olsun, tiyatro olsun ya da işte en basitinden kongreye bile gidemememizin tabi ki psikolojik ve stresli yanları oldu."*

*K16: "Yani şu oldu, benim en gerçekten böyle üzüldüğüm, yani bu pandeminin benim psikolojimde açtığı en büyük yara, kendi çocuklarımla eğitim süreçlerini çok sağlıklı yürütememeleri oldu...bu pandemi sürecinde online eğitimle beraber maalesef şey oldu, yani benim arzu ettiğim, istediğim disipline ulaşamadı. Bunlar benim için en büyük zarar."*

Uzun süre evde kalmanın bireyin psikolojik ve sosyal sağlığı üzerinde olumsuz etkileri olabileceği düşünülmektedir, bu nedenle evde zaman geçirme ve eğitim sisteminin eksikliklerine dair çalışmalar yapılmalıdır (Bozkurt, Zeybek, & Aşkın, 2020; Yıldırım, 2020).

### 3.2.Babalığın İfade Ettiği Anlam "Hayatın Başlangıcı"

Bu tema sorumluluk ve koruyuculuk, farklı bir duygu kategorilerini içermektedir.

Katılımcılar babalığı, çocuğu yetiştirmek, hayatlarını çocuğa göre idame ettirmek adına bir sorumluluk olarak görmektedirler. Bununla beraber babanın ailenin ve çocuğun koruyuculuğunu üstlendiğini düşünmektedirler:

*K13: "... Ne bileyim hiç düşünmedim ama tuhaf bir duygu ya hiç yani kendimden daha fazla düşünüyorum onu şu an. Öyle bir durum var. Önceden bir şey yaparken çok düşünmezdim... arabada hız yapabilirdim, bir yere giderken korkmazdım, biriyle hemen rahat tartışabilirdim... şimdi onları yapamıyorum. Çünkü kızımvar diyorum öyle olmuyor. Her istediğinizi her zaman yapamıyorsunuz ve ona bir şey olacak diye endişe var genelde."*

*K16: "Şimdi babalık, ailenizin üzerinde bir kalkan ve şemsiye olarak görüyorum ben...ne bileyim işte bizi korur. Hani böyle bir şey olduğu için, algı olduğu için ben babalığı ailenin üzerinde bir kalkan ve şemsiye olarak yani dış, ne bileyim zararlara karşı her yönden. Buna karşı bir koruyucu tabaka olarak görüyorum babayı."*

Buna ek olarak katılımcılar babalığı, farklı ve tanımlayamayan bir duygu olarak ifade etmekle beraber, çocuklarının her şeyine tahammül edebildiklerini, baba olduktan sonra tarif edilemez duygular yaşadıklarını belirtmişlerdir:

*K5: "Şöyle ya babalık bambaşka bir duygu. Bunu şimdi şöyle deyince hemen bir ilk ben kızımın doğduğu güne götürdün bir de. Yeni bir hayatın başlangıcı oldu. Her şeyimiz değişti. Benim aslında hayatımın dönüm noktası diyebilirim yani babalık sürecin başlangıcına..."*

Baba-çocuk ilişkisi; babalık tanımlaması ve algısı ile ilişkilidir. Yapılan araştırmalara göre; babalık algısı, disiplini sağlayan, maddi destek sağlayan, koruyan olarak ifade edilmektedir (Mercan & Şahin, 2017a; Summers et al., 1999; Türkoğlu & Akduman, 2016).

### 3.3.Pandemi Sürecinin Çocukla İlişkiye Yansımaları "Babalar Ödev Yapmaz ki"

Bu tema baba-çocuk ilişkisinin güçlenmesi, baba-çocuk ilişkisinin yıpranması, pandemide çocukla yapılan aktiviteler, çocuk bakım zorluklarıyla baş etme stratejileri kategorilerini içermektedir.

Bu çalışmada katılımcılar pandemi sürecinde evden çalışmaları ve çocuklarının da evde olması nedeni ile çocukları ile daha fazla vakit geçirme imkanı bulduklarına dikkat çekmişlerdir. Bu süreçte çocuğun anne-baba yanında daha fazla vakit geçirmesi ile çocukla bağlarının güçlendiğini ve çocuklarının gelişimlerini yakından takip ederek eksiklerini giderebildiklerini belirtmişlerdir. Ek olarak çalışmada babaların bu süreçte çocuklar ile daha fazla vakit geçirmeleri hem babaların hem çocukların iyilik halinde olumlu yansımalar yarattığı, daha mutlu hissetmelerini sağladığı ortaya çıkmıştır. Bununla beraber bu süreçte çocukları ile daha fazla ilgilenmek, bakımlarında daha fazla rol almak çoğu katılımcıyı zorlamamış, bakım sorumluluğunu aktif bir şekilde üstlenen babalar bunun aynı şekilde devam ettiği fakat bakım sürecinde daha az rol alan babalar ise bu süreçte daha aktif rol aldıklarını belirtmişlerdir:

*K1: "Hemen işte online ders süreleri kısa olduğu için dersi yapıyorum kalan zamanda daha çok yan yanayız...çocuklar daha sakin mesela çünkü anne babanın yanında vakit geçiriyorlar... ben işte en başından beri hep anaç bir babaydım. Bende değişen bir şey olmadı yani ben kahvaltısını yaptırma, yedirme, içirme, giydirme, aklına gelebilecek her şeyi yapan bir insanım zaten. Severek de yapan birisiyim. Bana ekstra bir yük gelmedi yani ekstra aman öldüm bittim hiç öyle bir şey hissetmedim ben yani."*

K2: "Bir defa birbirimize daha çok bağlandık bu bir. İkincisi, çocuğumun gelişimini daha böyle yakından görerek eksiğini gidermeye çalışıyorum...çocukların gelişim süreleri evrelerinde en azından anne baba olarak gözlemleyebiliyorsunuz, eksiğini anlayabiliyorsunuz. Çok hızlı değişimleri var mesela bunlara ayak uydurması noktasında yardımınız dokunuyor."

K5: "Şöyle, o paylaşımla beraber çocuktaki mutluluğu görünce bunu kesinlikle söylüyorsun. Evet, çocuğun istediği bu babalık buymuş. Hatta şu noktaya geldim ben, öncesinde de keşke Covid öncesinde de daha fazla vakit geçirseymişim...bu vakti de artırmak istiyorsun..."

Babaların doğum öncesi, yeni doğum dönemi ve çocuğun erken bebeklik döneminde çocukla bağ kurması, ihtiyaçlarını karşılaması çocuk için olumlu sonuçlar doğurmaktadır (Ergin & Özdilek, 2014; Telli & Özkan, 2016). "İlgili Baba" rolünün erkekler üzerinde aileye ve akrabalara yönelik katılımı güçlendirme, sorumluluk üstlenme ve kişisel gelişimi sağlama gibi birçok faydası olduğu düşünülmektedir (Bozok, 2018a, 2018b; Kay, 2006). Yapılan araştırmalar; günümüzde babalar tarafından çocuk bakımının sadece annenin görevi olarak algılanmadığını, babaların çocuk bakımını kendisine görev edindiklerini, babaların toplumsal cinsiyet eşitliğine verdiği önemin arttığını ve çocuk bakımı ve ev işlerinde daha fazla sorumluluk aldıklarını bunun yanında çocuklarıyla daha fazla ve etkili iletişim kurmaya özen gösterdiklerini ortaya koymuştur (Gökaliler & Özer, 2019; Ördek & Aktaş Arnas, 2020). Bununla birlikte babaların çocukları ile geçirdikleri vakit noktasında çalışma süresinin önemli olduğu, kısa çalışma saatlerinde babaların çocukları ile iletişiminin arttığı vurgulanmaktadır (Bozok, 2018a, 2018b; Ördek & Aktaş Arnas, 2020).

Katılımcılar pandemi sürecini baba-çocuk ilişkisi açısından olumlu tanımlasalar da evde geçirilen zamanın uzaması ve çocuğun sürekli ilgi istemesinden dolayı bir süre sonra çocukla zaman geçirmekten sıkıldıklarını ve yorulduklarını dile getirmişlerdir. Dışarda yaptıkları faaliyetlerin kısıtlanmış olması ise bir süre sonra ev içi faaliyetlerin yetersiz gelmesine ve çocuğun dijital ortamda daha fazla zaman harcamasına yol açmaktadır. Ek olarak katılımcılar bu süreçte çocuk bakımına dair sorumluluklarının arttığına, hem evden çalışıp hem çocukla ilgilenmenin zor olduğuna, çocuğa pandemi sürecinin ve çalışmanın anlatılmasının zorluğuna dikkat çekmişlerdir:

K9: "İşte şey huyu olmaya başladı özellikle kızımızda, yani o maymun iştahlı ya işte o tüketim şeyi. Hani işte bu bitti. Hadi o zaman başka bir şeye başlayalım...ben yoruldum işim var dediğim zaman o zaman anne hadi senle yapalım annesi bir şey dedi mi o zaman baba hadi kendisi tek başına çok bir şey yapmamaya başladı. En önemli belki de şeylerden biri bu çünkü aynı hep ortamdasınız hani sizi böyle bir arkadaş gibi görmeye başladı...."

K12: "...işte baba oyun oynayalım kızım geliyor evcilik oynayalım oğlum geliyor baba karate yapalım tamam bir kere oynuyorsunuz iki kere oynuyorsunuz. Oğlum ödevim var dersim var çocuk en son şey diyor ama babalar ödev yapmaz ki. Hani onlara da anlatamıyoruz derdimizi bu tarz dezavantajları da maalesef oluyor."

K13: "...artık her şeyi kontrol etmeniz lazım çünkü canlı dersin ortasında baba ben tuvalete gideceğim çişim geldi diye bağırebiliyor. Onu önceden sormanız lazım...sonra kapıları kapatıyoruz. O kendi odasında ben kendi odamda dersin bitti mi diye bazen geliyor soruyor...bide şu an uzaktan eğitimde konferanslar falan da uzaktan olduğu için gelip kucağıma bakmak istiyor..."

K15: "Bazen de tabi sıkılıyor. Her zaman uzun süre de vakit geçirilemiyor bazen maalesef. Kendi hem çalışmalarımız yoğun. Mesela bilgisayara, derse geçiyorum. Kızım diyor ki mesela "Of baba hep ders hep ders." falan olabiliyor yani. Yoğun, dediniz ya akademisyenlik 7/24. Bazen yoğun çalışmamız gerekiyor. Bu da ilgi seviyemizi biraz düşürüyor."



Katılımcılar bu süreçte dışarda yapılan faaliyetlerin kısıtlanması nedeniyle çocuklarıyla vakit geçirmek adına ev oyunlarına, kutu oyunlarına ve eğitici oyunlara ağırlık verdiklerini belirtmişlerdir. Yaşadıkları mekânın uygunluğu dolayısıyla bahçede ve parkta çocuklarıyla zaman geçirerek çocuğun enerjisini atmasına yardımcı olmuşlardır. Bununla beraber tüm ailenin evde olması ile beraber çocuklarının ev işlerinde sorumluluk almasını sağlayarak çocuklarıyla beraber ev işlerini yaptıklarını paylaşmışlardır:

*K3: "Olabilirdiğince etkili vakit geçirmeye çalıştık... baba oğul evde koridorda maç yaptık mesela... enerjisini atması lazım, hareket etmesi lazım zaten. Dolayısıyla daha fazla merdiven kullandırımdım. En azından bunlara dikkat etmeye çalıştım. İşte hava çok soğuk bile olsa mutlaka balkona çıkıp 3-5 dakika bir şeyler yapabildik... basit böyle materyaller yapabileceğimiz fen deneyleri yaptık. Mesela işte bir ara gezegenlere uzaya çok fazla merakı oldu. Hem odasında böyle bir uzay bir köşe yaptık. Birlikte bütün gezegenleri çizdi boyadı falan böyle bir şerit şeklinde onları yaptık. Sonra bu ben ondan etkilenecek gezegenler şarkısı yaptım. Ondan sonra onu çıktık birlikte bir gün söyledik işte sosyal medya hesaplarımızdan paylaştık... mesela çok hevesli olduğu anlarda ya da birazcık cesaretlendirip motive edilmesi gereken anlarda hafta sonu yumurtaları kırıyoruz. Yani ocağın başına geçiyor, puding yaparken karıştırıyor, çorba karıştırıyor. Sofra kurarken ya da toplarken mutlaka ve mutlaka o gün kendi tabağını kaldırıyor. Hatta bulaşık makinesi yerleştirirken yardım ediyor bize. Yani hep olmayabiliriz hayatta, bir şekilde onun hayata hazır olması lazım. İşini kendi yapabilmeli ve başarma duygusunu hissetmesi lazım."*

Çocukların babaları ile aktif bir ilişki içinde olmaları, çocukların eğitime ve karakterine olumlu katkılar sağlamaktadır. 2016 yılında yapılan bir araştırmada otoriter ve ataerkil baba algısında bir düşüş yaşandığı görülmüştür (Doghonadze & Goctu, 2016). Araştırma bilgisine paralel olarak bu araştırmada da çocukla yapılan aktiviteler çerçevesinde benzer bir sonuç elde edilmiştir. 0-10 yaş arası çocuğu olan annelerle baba katılımı üzerine çalışma yapılmış ve sonuçlar baba katılımında birçok değişkenin etki ettiği fakat baba katılım düzeyinin artış gösterdiği ve bu katılımın aile bireyleri üzerinde olumlu birçok etkisi olduğunu ortaya koymuştur (Özyürek et al., 2020). Pandemi döneminde yapılan başka bir çalışmada da çocuklarla oynanan oyunların ev oyunları, kutu oyunları ve eğitici oyunlara yönelik olduğu görülmüştür (Mart & Kesicioğlu, 2020).

Katılımcı babalar bu süreçte hem çocukla ilgilenme hem de çalışma hayatlarına devam etmekte zorluklar yaşadıklarını bu zorluklarla baş etmek için ise kreş, eş ve yakın akrabalarından destek aldıklarını dile getirmişlerdir. Bunun yanında babaların okula gidip çalıştığı, ders saatlerini çocuklarına göre ayarladıkları ve çalışma sürelerini kısaltmaya çalıştıkları görülmüştür:

*K3: "...benim canlı derslerim var, canlı derslerim de yüksek lisans ve doktora, akşamları 9'da planlıyorum. Bunu yapmam da ki en büyük sebep oğlumun uyku saati 9'da başlıyor. O uykuya geçtiğinde ben canlı derslere geçiyorum. Diğer şey olmayan online olmayan, canlı olmayan derslerimde de yine okula gelip derslerimi yapıyorum. Çünkü şu an oğlum da anaokulunda. Derslerimi ya gece o yattıktan sonra yapıyorum yine ya da dediğim gibi okula gelip bu sürede ders kayıtları yapıp sisteme yüklüyorum."*

*K12: "... şimdi pandemi sürecinde bahçeli evimiz olduğu için buraya geldik. Çocuklar dışarıda da vakit geçirebilir. Nispeten benim kafam da daha rahat olur... anneleri de çağırdık ki gerektiğinde hem çocuklarımla hem de eşimle ilgilenmeleri için böyle bir adım attım...yani bu üstümdeki vazifeyi paylaşmış oluyorum. Hem de dış çevreyi değiştirerek bahçeli eve geçme avantajını kullandım."*

*K16: "küçük çocuğumuzu, en küçüğü bu süreçte kreşe göndermemizin bize ciddi rahatlatması oldu. Yani artık kreşe başlamadan önce artık zapt olunmuyordu. Yani kendi kendine mesela evden çıkıyor. Bahçede işte ne bileyim otoparkta buluyoruz...enerjisini atması gerekiyor işte bu noktada kreş bizim imdadımıza yetişti yani."*



Ebeveynlik ve akademik kariyeri bir arada yürütürken ortaya çıkan zorluklar eş desteği ve çocuk bakımında işbirlikçi düzenlemeler yapılarak azaltılabilir (O’Laughlin & Bischoff, 2005). Yapılan bir çalışmada Amerikalı erkeklerin çocuk bakımını sağlamak için çalışma sürelerini kısalttığı görülmüştür (Tan, 2016).

### 3.4. Pandemi Sürecinin Eşle İlişkiye ve Ev İçi Rollere Yansımaları “Eşlerin Beklentisi Artıyor”

Bu tema eşler arası bağlılığın artması, eşler arası toleransın azalması, ev işlerine daha fazla katılım kategorilerini içermektedir.

Katılımcılar bu sürecin eşleri ile daha fazla zaman geçirmelerine ve birbirlerini daha iyi tanımalarına olanak sağladığını belirtmişlerdir. Eşleri ile olan ilişkilerinin gelişmesi, birbirlerine olan bağlılığının artmasına ve aralarındaki paylaşımın olumlu olarak etkilenmesine neden olmuştur:

*K11: "Daha iyi oldu yani hani hayatı paylaştığım birisi olarak daha fazla vakit beraber geçirme olasılığı oldu. Birbirimizi daha yakından tanıma fırsatı edindik daha fazla vakit geçirdiğimiz için... daha iyi tanımak biliyorsunuz ilişkiyi biraz daha sağlıklı sürdürmenizi sağlar. Çok fazla katkısı oldu."*

Çalışmada ortaya çıkan sonuca benzer olarak pandemi sürecinde yapılan bir anket çalışmalarda; aile içi bağların güçlendiği sonucu elde edilmiştir (Bozkurt, 2020; Özyürek & Çetinkaya, 2021).

Katılımcıların küçük bir kısmı bu süreçte, temizlik, iş yaşamının stresi, dışarı çıkma ve çıkamama ve eşinin beklentilerinin artması nedeni ile hafif düzeyde sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir:

*K12: "Bunun haricinde vaktin fazla olması veya evde fazla kalmış olmak da şöyle bir algı oluşturuyor özellikle eşler açısından çok fazla vakit var. Evet, evdeyiz ama vaktimiz aslında yine kısıtlı. Yetiştirmemiz gereken işler yine var. Bu sefer özellikle eşlerin beklentisi artıyor."*

*K14: "Ama kötü yanları şu eşim bana çok alıştığı için ben işte arkadaşlarımla dışarı çıktığımda evde beni çok arıyor bunlar kavga nedeni falan olabiliyor. Küçük tartışma nedenleri yani bu aradaki dengeyi iyi kurmak lazım...hani çocuk da çok fazla alışınca sıkıntıyı ben yaşıyorum, eşim de çok fazla alışınca yine sıkıntıyı ben yaşıyorum. Yani o dengeyi kurmak önemli."*

Pandemi sürecinde yapılan diğer çalışmalara benzer olarak bireylerin günlük yaşam rutinlerinin değişmesi ve kriz durumları aile içinde çatışmalara neden olabilmektedir (Yıldız & Erdem, 2020). Bu çatışmalara sadece günlük yaşam rutinlerinin değil pandemi koşulları nedeniyle ev içinde daha fazla zaman geçirmesi de etkili olmaktadır. Erkeğin geleneksel toplumsal cinsiyet düzeninin aksine çocuk bakımı ve ev içi rollerde daha fazla sorumluluk alması, eşin beklentisini arttırmakta ve aile içinde çatışmalara neden olabilmektedir (Akgül, 2013; Avşar, 2017).

Katılımcılar içerisinde çoğunlukla eşi çalışan bireyler pandemi öncesinde de ev içinde aktif sorumluluk aldıklarını ve bunu devam ettiklerini dile getirmişlerdir. Bu sürecin katkısı eskisine nazaran yaptıkları şeylerin niceliksel olarak artış göstermesi ve bu durumun aileyi olumlu etkilemesi olmuştur. Katılımcı bireyler içerisinde eşi ev hanımı olan babalar ise daha öncesinde ev işlerinde çok sorumluluk almadıklarını fakat bu

süreçte sorumluluk almaları gerektiğine dair bir algılarının oluştuğunu ve daha fazla rol aldıklarını dile getirmişlerdir:

*K1: "Ben hep bunlarla ilgilenen bir insandım eşim de hiçbir zaman şey bir insan değildir hani işte ben yapmayayım sen yap, ben yapamadım sen yapmak zorunda kaldın gibi... Hiç öyle bir şey, bizde şey var yani çöp mü var ortada kim gördüyse atar kimse kimseyi beklemez. Ne oldu mesela eşim işte haftada bir çocuklara pasta börek yapıyorsa rahatlıktan işte haftada üç gün kek pasta börek yapmaya başladı. Ben çocuklara işte sevdikleri yemekleri ayda bir iki haftada bir yapıyorsam iki güne bir yapmaya başladım falan öyle şeyler oldu."*

*K6: "Biraz daha ev işlerine eşime yardım etmem gerektiğini düşündüm açıkçası. Çünkü sonuçta eşim her ne kadar ev hanımı olsa da bazı noktalarda tıkanıyor. Temizlik olsun, yemek hazırlama olsun. Vesaire eskiye nazaran çok daha fazla bu konuda sorumluluk aldığını düşünüyorum....İşte çoğu zaman işte bulaşıklar yıkanacak işte makineye atılacak vesaire onları mesela ben yapıyorum. Yani yemek olsun çoğu zaman yemekleri ben hazırladım. Mesela kahvaltılar ben hazırladım ondan sonra burada biraz daha yardımcı olacak ekipmanları almaya çalıştım..."*

Cinsiyet eşitliği algısı daha fazla babaların, davranışlarında oldukça aktif, sorumlu ve sıcak olma eğilimi olduğu, çocuklarının duygusal tepkilerine daha açık oldukları belirlenmiştir (Bayer, 2020; Cabrera et al., 2000). Pandemi sürecinin toplumsal cinsiyet düzeni ve aile içinde çatışmalara yol açmasının yanında toplumsal cinsiyet düzeninin daha eşitlikçi bir yapıya dönüşüme uğraması açısından fırsat olabileceği görülmektedir (Başaran & Aksoy, 2020).

### 3.5. Pandemi Sürecinin İş Yaşamına Yansımaları "Peş Peşe Üç Toplantı"

Bu tema online çalışmanın avantajları, online çalışmanın dezavantajları kategorilerini içermektedir.

Katılımcılar bu süreçte fiziksel olarak evden çalışmanın daha rahat olduğunu, farklı illerden kişilerle çalışmanın ve toplantılar yapmanın daha rahat olduğunu, yolda ve dışarıda harcanan vaktin kendilerine kaldığını, uzaktan eğitim sisteminin getirdiği avantajları fark ettiklerini belirtmişlerdir:

*K8: "Valla zaten biliyorsun akademisyenler tek başına çalışır genelde odalarında. Çok avantajları oldu bence...ben sadece kendi kurumumda çalışan birisi değilim birçok üniversitede akademisyen arkadaşlarım var. Onlarla toplantı yapıyorduk ya ben gidiyordum ya onlar geliyordu zaman kaybı oluyordu. Şimdi ne oldu tak diye peş peşe üç toplantı ayarlayabiliyoruz. Bence akademik açıdan benim verimliliğimi arttırdı. Çok farklı şehirlerdeki akademisyen ve öğrencilerle çalışma imkânımız oluştu bunlar avantajı. Derslerde ki avantaj şu ee tabi ders süreleri kısaldı."*

*K10: "Açıkçası daha fazla işe vakit ayırabiliyorsunuz. Onu söyleyebilirim. Çünkü uzaktan eğitim olması bir nebze sizin her yerde bu dersi anlatabileceğiniz anlamına geliyor, bilgisayarınız yanınızdaysa her yerde yapabiliyorsunuz. Tabii bu size bazı noktalarda zaman kazandırıyor. Dolayısıyla da akademik anlamda da biraz daha çalışmalar arttı diyebilirim. Yani makale sayısı, yazdığınız yayınlar vs. çalışmalar, araştırmalar bunlarda biraz daha artış söz konusu. Çünkü vakit buluyorsunuz biraz daha."*

Uzaktan çalışma koşullarının zaman-mekan yönetimi açısından kolaylıklar sağladığı, aile ile daha fazla vakit geçirmeye ve evde fiziksel ortamın sağlanması durumunda rahatlık sağladığı söylenebilmektedir (Tuna & Türkmendağ, 2020).

Katılımcılar bu süreçte akademik düzenin bozulduğu, online dersler kalabalık olduğu, öğrenci ile etkileşim kuramadıkları, zamanlarını verimli kullanamadıkları, ders vermenin yoğunluğu ile enerji düşüklüğü yaşadıkları için akademik üretkenliklerinin düştüğünü ve mesleklerinden tam bir doyum alamadıklarını ifade

etmişlerdir. Bireysel faktörlerin yanında bazı katılımcılar baba olmanın, çocuğun ve eşinin evde olmasının, çalışma düzenini negatif etkilediğini dile getirmişlerdir:

*K3: "Ya uzaktan çalışıyor olmak açıkçası rahatsız edici. Ben konuşmayı, göz temasını, iletişimi, canlı ve dinamik tutmayı severim. Öğrencilerle etkileşimde olmayı seven biriyim... Dolayısıyla uzaktan eğitim yapmak açıkçası benim açımdan çok da kaliteli ve keyifli geçmiyor."*

*K5: "Şimdi ev içerisinde o verimli çalışma kısıtlı oluyor. Şimdi ofis ortamında farklı, ev içerisi de az önce anlattık zaten. Çocuk oyun istiyor, eşin durumu paylaşmak istiyor ev içerisinde. Ne oluyor işte senede üç makale üretebilirken bu üretimimiz bir sayısına kadar indi. Çünkü ofiste full işle ilgilisin, işindesin. Ama burada dediğim gibi vakit ayırdığın unsur başka olduğu için o iş anlamında kısaldı..."*

Uzaktan çalışma koşullarının mesai kavramının daha da esnemesi noktasında, düzen ve disiplinin sağlanamaması, psikolojik sorunlar yaşama ve aksakların çıkabilmesi noktasında etkilerinin olabileceği görülmektedir (Tuna & Türkmendağ, 2020).

#### 4.Sonuç ve Öneriler

Babalık çalışmalarının uluslararası literatürde görece yer almasına nazaran ulusal literatürde daha az yer aldığı ve akademisyen babalar üzerine çalışma olmadığı görülmektedir. Bu çalışma pandemi sürecinde evden çalışan akademisyen babaların çocukları, eşleri ve işlerine dair deneyimlerini anlamak üzere nitel araştırma yöntem ve teknikleri kullanılarak yapılmıştır. Araştırma sonuçları ışığında: katılımcılar pandemi sürecinde çocuklarının anne-baba yanında daha fazla olma avantajına dikkat çekerek düzenli bir hayatı yaşadıklarını ve ailelerin pekiştiğini düşünmektedirler. Bununla beraber pandeminin bireylerin psikolojisinde olumsuz etkilere neden olduğu, sosyalleşememe ve çocuklarının eğitim hayatına ket vurması gibi olumsuz deneyimler yaşadıklarını görülmektedir. Akademisyen babaların babalığa atfettikleri anlama bakıldığında ise olumlu düşünce ve duygulara sahip oldukları, sorumluluğa ve koruyuculuğa dikkat çektikleri görülmektedir.

Akademisyen babaların pandemi sürecinde çocukla ilişkilerine bakıldığında ise genel olarak babaların bu süreçte çocuklarıyla olumlu deneyimler yaşadıkları, çocuklarıyla daha fazla vakit geçirdikleri, çocuklarının bakım sorumluluğunu daha fazla üstlendikleri ve bu sürecin çocuk ve babanın iyilik halinde olumlu etki yarattığı görülmektedir. Anne-baba rollerindeki bu değişim sosyal politika yeniliklerine ve anne-baba çalışma programlarının geliştirilmesine neden olmakla beraber hâlihazırda var olan annelik ve babalık izinlerinin revize edilmesini gündeme getirmektedir (Cabrera et al., 2000; Sumer Tanyeri, 2017; Sümeyye & Gülten, 2020). İsveç ve Norveç gibi İskandinav ülkeleri geleneksel babalık rollerinden sıyrılmış ve kapsamlı eşitlikçi ebeveyn olma yolunda ilerlemektedir. Uzun süreli babalık izin yasalarının yürürlükte olması ile babaların çocukları ile doğdukları andan itibaren itibaren iletişim kurmaları desteklenmektedir. İsveç'te caddelerde kahvelerini alarak bebek arabası ile gezen babalar "Latte Babalar" olarak isimlendirilmekte ve çocukları ile sosyalleşmektedirler. İskandinav ülkelerindeki babalar çocuklarını işten öncelikle tutmakta ve

birincil bakıcı olma rolünü sürdürmeye istekli davranmaktadırlar (Tan, 2016). Türkiye’de ise babalık izinlerinin kısa süreli olduğu düşünüldüğünde, konuya dair çalışmalar yapılması gerektiği ve babalık izinlerinin uzatılması gerektiği baba-çocuk bağıllığı için önem taşımaktadır.

Akademisyen babalar pandemi öncesinde iş yaşamının getirdikleri doğrultusunda çocukla bu kadar zaman geçiremediklerini şuan bu durumun olumlu olduğunu fakat bazı zamanlar sıkıldıklarını ve evden çalışmanın çocukla zorlu bir durum olduğunu deneyimlemişlerdir. Bu süreçte çocukla dışarda yapılan faaliyetlerin sınırlandırılması ile süreci daha verimli hale getirmeye özen gösteren babalar çocuklarıyla ev içinde onayabilecekleri oyunlara ve kutu oyunlarına ağırlık vermiş ve genelde tüm aile bireylerinin ortak zaman geçirmesine özen gösterdiklerini ifade etmişlerdir. Akademisyen babalar bu süreçte çocuklarıyla yaşadıkları olumsuzluklarla baş etme stratejisi olarak kreş, eş ve akraba desteği aldıklarını belirtmişlerdir. Sosyal destek ağı çok güçlü olmayan katılımcılar ise çalışma saatlerini çocuğa göre ayarladıklarını, gerekirse işlerinden feragat ettiklerini ifade etmişlerdir.

Pandemi sürecinde katılımcıların eşleriyle vakit geçirmek için daha fazla zaman buldukları, bununla beraber ev içi rollerde daha öncesinde sorumluluk alan babaların ev işlerine daha fazla zaman ayırdıkları, öncesinde ev işlerine çok zaman bulamayan bireylerin ise ev işlerinde sorumluluk almaya başladıkları görülmektedir. Diğer bir yandan pandemi sürecinde çocuk ve eve dair beklentilerin artması nedeniyle bazı katılımcılar ev içi sorumluluklarla ilişkili olarak eşleriyle ilişkilerinde bir takım sorunlar yaşamaktadırlar. Ekonomik koşullar, anne istihdamındaki değişiklikler ve sosyal yapının feminist görüşle şekillenmesi babalık olgusunun değişimini sağlamaktadır. Çalışan annelerin yer aldığı ailelerde babaların üstlendiği sorumluluklar gittikçe artış göstermektedir. Günümüzde babaların çoğu ailede eve ekmek getiren, oyun arkadaşı ve çocuk bakıcısı olma gibi çok sayıda rol üstlenmektedir. Anne ve baba katılımının eşit olduğu ailelerde ebeveynler çok daha tatmin olmuş hissetmektedirler (Micheal E. Lamb & Tamis-Lemonda, 2004). Bu araştırmada da babaların birçok sorumluluk aldıkları ve bu durumun eşler arasında ilişkide olumlu etkiye sahip olduğu görülmüştür.

Pandemi sürecinde iş yaşamı ise hem olumlu hem olumsuz etkilenmiştir. Akademisyen babaların bu süreçte ev işleri, eş ve çocuklarıyla vakit geçirdikleri için akademik üretkenliklerinin olumsuz etkilendiği görülmektedir. Bunun yanında öğrenciyle bir araya gelememek ve online ders vermek bireylerin iş doyumuna olumsuz yansımaktadır. İş hayatına olumlu yansımaları olduğunu düşünen katılımcılar ise dışarda geçirdikleri vaktin kendilerine kaldığını, uzaktan eğitim ve toplantının bir avantaj sağladığını düşünmektedirler.

Pandemi sürecinde anne-baba eğitimlerine dair katılımcıların düşünceleri ise çocuk, aile ve toplum bilimlerinde çalışmalar yapan katılımcıların çocuk konusunda bilgi sahibi oldukları veya bu konularda eşlerinin eğitim aldıkları ve bundan faydalandıkları olmuştur. Yapılan araştırmalarda babaların eğitim

seviyesindeki artışın, baba ve annenin her ikisinin de çalışma hayatında bulunmasının, babanın iyi bir kariyere sahip olup yüksek bir statüde çalışmasının ve babanın babalık hakkında bilgilendirici etkinliklerde bulunmasının; baba-çocuk ilişkilerinde doğrusal bir etkisini olduğu, babanın eğitim seviyesinde ve statüsünde ki artışın çocuk katılımına pozitif etki ettiği görülmüştür (Deleş & Kaytez, 2020; Sevil & Özkan, 2009; Telli & Özkan, 2016). Katılımcıların çoğunluğu ise anne-baba-çocuk eğitimlerinin oldukça önemli olduğunu özellikle bu süreçte daha fazla ön plana çıkması gerektiğini düşünmektedirler. “Yeni Baba” kavramı anne ile ebeveynliğin rol ve sorumluluklarını paylaşan, çocuklarıyla oldukça fazla ilgilenen erkek olarak tanımlanmakta ve günümüzde popülaritesini arttırarak birçok kişi tarafından artık babaların bu tutuma sahip olduğuna inanılmaktadır (Barutçu & Hidir, 2016; Flood, 2003; Gökaliler & Özer, 2019; Mercan & Şahin, 2017b). Yapılan bir çalışmada babaların aile katılımında ve çocuk katılımında aktif rol almasının aile üzerinde birçok olumlu etkisi olduğu, babaların bu konuya yönelik farkındalıklarının artış gösterdiği fakat halen istenilen düzeyde olmadığı belirlenmiştir (Tümkiye & Türkmenoğlu, 2021). Yapılan çalışmalar ve bu çalışma sonuçları çerçevesinde çok boyutlu müdahaleler ile baba katılımının arttırılması ve babalıkla ilgili çalışmaların yapılarak mevcut durumun anlaşılması gereklidir (Bayer, 2020; Williams, 2008).

Yapılan bu çalışmanın amacı doğrultusunda akademisyen babaların uzaktan çalışma sürecinde çocukları ile daha fazla vakit geçirmelerinin babalık algıları ile babalık rollerine dair düşünceleri anlaşılma çalışılmıştır. Babaların deneyimleri ışığında bu sürecin babalık rolleri ve algısı üzerinde olumlu yansımaları olduğu, babaların çocukları ile daha fazla ve verimli vakit geçirdiği, baba-çocuk ilişkisinin güçlendiği söylenebilmektedir. Bu çalışma ve yapılan diğer çalışmalar doğrultusunda babalığa dair çalışmaların ivme kazanması ve babalığa dair programların, eğitimlerin ve politikaların geliştirilmesi önem taşımaktadır.

**Kaynakça**

- Akgül, F. G. (2013). *Evli Kadın ve Erkeklerin Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlgili Algılarının Aile İşlevlerine Yansıması*. Hacettepe Üniversitesi.
- Aktürk, H. (2020). *Yeni Koronavirüs Hastalığı Pandemisi Döneminde Online Yaşam ve Psikolojik Etkileri*.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., & Yıldırım, E. (2007). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. *Sakarya Yayıncılık, Sakarya*, 226, 131.
- Avşar, S. (2017). Toplumsal Cinsiyet Rollerinde Tarihsel Rollerini Yitiren Erkekliğin Çöküşü: Küllerinden ‘Yeni Erkek’liğin Doğuşu. *Kadem Kadın Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 224-241.
- Bartlett, E. E. (2004). The Effects of Fatherhood on The Health of Men: A Review of The Literature. *Journal of Men's Health and Gender*, 1(2-3), 159-169.
- Barutçu, A., & Hidir, N. (2016). Türkiye’de Babalığın Değişen Roller: (Pro)Feminist Babalar. *Fe Dergi*, 8(2), 26-45.
- Başaran, M., & Aksoy, A. B. (2020). Anne-Babaların Korona-Virüs (Covid-19) Salgını Sürecinde Aile Yaşantılarına İlişkin Görüşleri. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 13(71), 668-678.
- Başkale, H. (2016). Nitel Araştırmalarda Geçerlik, Güvenirlik ve Örneklem Büyüklüğünün Belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9, 23-28.
- Bayer, A. (2020). Modernleşme Sürecinde Aile: Değişen Annelik ve Babalık. *Tevilat*, 1(1), 163-188.
- Belkis, Ö. (2016). Anneliğin Akademik Kariyer Gelişimine Etkileri Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 5(4), 250-263.
- Bozkurt, V. (2020). Salgının Belirsizliği Huzursuzluğu Artırdı. In.
- Bozkurt, Y., Zeybek, Z., & Aşkın, R. (2020). Covid-19 Pandemisi: Psikolojik Etkileri ve Terapötik Müdahaleler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(37), 304-318.
- Bozok, M. (2018a). Ebeveynlik, Erkeklik ve Çalışma Hayatı Arasında Türkiye’de Babalık.
- Bozok, M. (2018b). Türkiye’de Ataerkillik, Kapitalizm ve Erkeklik İlişkilerinde Biçimlenen Babalık. *Fe Dergi*, 10(2), 30-42.
- Braun, V., & Clarke, V. (2019). Psikolojide Tematik Analizin Kullanımı. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi*, 7(2), 873-898.
- Cabrera, N., Tamis-LeMonda, C. S., Bradley, R. H., Hofferth, S., & Lamb, M. E. (2000). Fatherhood in The Twenty-First Century. *Child Development*, 71(1), 127-136.
- Deleş, B., & Kaytez, N. (2020). Okul Öncesi Dönemde Çocuğu Olan Babaların Babalık Rolü Algısı ile Baba Katılım Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Ekev Akademi Dergisi*, 84, 101-116.
- Doghonadze, N., & Goctu, R. (2016). Father’s Role in Sons’and Daughters' Upbringing. *The Eurasia Proceedings of Educational and Social Sciences*, 5, 390-415.
- Durur, E. K., & Tahir, Ş. (2020). Erkek Kimliğinin Kurucu Ögesi “Babalık”: Trans Erkeklerde Babalık İddiası. *Atatürk Üniversitesi Kadın Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 1-10.
- Ergin, A., & Özdilek, R. (2014). Değişen Babalık Rolü ve Erkek Sağlığına Etkileri. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(1), 3-8.
- Flood, M. (2003). Fatherhood and Fatherlessness.
- Gökalliler, E., & Özer, A. (2019). Baba 2.0: Dijital Dönüşüm ile Değişen Baba Rolü Üzerine Bir Araştırma. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi*(48), 388-403.
- Gregory, A., & Milner, S. (2011). What is “New” About Fatherhood? The Social Construction of Fatherhood in France and The UK. *Men and Masculinities*, 14(5), 588-606.
- Işık, A. (2020). Koronavirüs (COVID-19) Salgını Döneminde Ailede Krize Müdahale. *Akademia Doğa ve İnsan Bilimleri Dergisi*, 6(1), 1-9.

- Karataş, Z. (2020). COVID-19 Pandemisinin Toplumsal Etkileri, Değişim ve Güçlenme. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 3-17.
- Kay, T. (2006). Where's Dad? Fatherhood in Leisure Studies. *Leisure Studies*, 25(2), 133-152.
- Kaya, B. (2020). Pandeminin Ruh Sağlığına Etkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 23(2), 123-124.
- Kuzucu, Y. (2011). Değişen Babalık Rolü ve Çocuk Gelişimine Etkisi [The Changing Role of Fathers and its Impact on Child Development]. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4(35), 79-89.
- Kümbetoğlu, B. (2017). Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma Yöntemleri. *Beşinci Basım. İstanbul: Bağlam Yayıncılık*.
- Lamb, M. E., & Lewis, C. (2004). The Development and Significance of Father-Child Relationships in Two-Parent Families. *The Role of The Father in Child Development*, 4, 272-306.
- Lamb, M. E., & Tamis-LeMonda, C. S. (2004). The Role of The Father. *The Role of The Father in Child Development*, 4, 100-105.
- Mart, M., & Kesicioğlu, O. S. (2020). COVID-19 Pandemi Sürecinde Ailelerin Evde Oyun Oynamaya İlişkin Görüşleri. *Electronic Turkish Studies*, 15(4).
- Mercan, Z., & Şahin, F. T. (2017a). Babalık Rolü ve Babalık Rolü Algısı. *Uluslararası Erken Çocukluk Eğitimi Çalışmaları Dergisi*, 2(2), 1-10.
- Mercan, Z., & Şahin, F. T. (2017b). Babalık Rolü ve Farklı Kültürlerde Babalık Rolü Algısı The Father's Role and The Fathers Role Perception in Different Cultures. *International Journal of Early Childhood Education Studies*, 2(2), 1-10.
- O'Laughlin, E. M., & Bischoff, L. G. (2005). Balancing Parenthood and Academia: Work/Family Stress As Influenced by Gender and Tenure Status. *Journal of Family Issues*, 26(1), 79-106.
- Ördek, S., & Aktaş Arnas, Y. (2020). Intergenerational Fatherhood and Father-Child Relationship. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 687-714.
- Özyürek, A., & Çetinkaya, A. (2021). COVID-19 Pandemi Döneminde Aile ve Ebeveyn-Çocuk İlişkilerinin İncelenmesi. *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(1), 96-106.
- Özyürek, A., Teke, Y. T., Kışlı, Z., & Özgan, N. N. (2020). Çocuklarının Gereksinimlerini Karşılamada Babaların Roller. *Uluslararası Erken Çocukluk Eğitimi Çalışmaları Dergisi*, 5(2), 26-35.
- Reddick, R. J., Rochlen, A. B., Grasso, J. R., Reilly, E. D., & Spikes, D. D. (2012). Academic Fathers Pursuing Tenure: A Qualitative Study of Work-Family Conflict, Coping Strategies, and Departmental Culture. *Psychology of Men & Masculinity*, 13(1), 1.
- Rushing, C., & Powell, L. (2015). Family Dynamics of The Stay-At-Home Father and Working Mother Relationship. *American Journal of Men's Health*, 9(5), 410-420.
- Sarıççek, A. (2019). Toplumsal Cinsiyet Bağlamında Erkeklik ve Değişme İsteği Kayseri Örneği. *Toplum ve Kültür Araştırmaları Dergisi*(3), 49-70.
- Serhat, Ö. M., Yılmaz, N., Erbil, D. D., & Hazer, O. (2020). Covid-19 Pandemi Döneminde Hanehalkındaki Çatışma ve Birlik-Beraberlik Durumunun İncelenmesi. *Electronic Turkish Studies*, 15(4), 295-314.
- Sevil, Ü., & Özkan, S. (2009). Fathers' Functional Status During Pregnancy and The Early Postnatal Period. *Midwifery*, 25(6), 665-672.
- Sumer Tanyeri, F. (2017). *Perception on Fatherhood and Paternal Leave in Turkey*.
- Summers, J. A., Raikes, H., Butler, J., Spicer, P., Pan, B., Shaw, S., . . . Johnson, M. K. (1999). Low-income Fathers' and Mothers' Perceptions of The Father Role: A Qualitative Study in Four Early Head Start Communities. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 20(3), 291-304.
- Sümeyye, B., & Gülten, K. (2020). Babaların Bebek Bakımına Katılımının Sağlanmasında Hemşirenin Rolü. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 90-96.
- T.C.Sağlık Bakanlığı. (2020). Covid-19 Nedir? Retrieved from <https://covid19.saglik.gov.tr/>
- Tan, T. (2016). Literature Review on Shifting Fatherhood. *A Journal of Identity and Culture*, 6, 53-78.
- Telli, A. A., & Özkan, H. (2016). 3-6 Yaş Grubu Çocuğu Olan Babaların Babalık Rolü Algısı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 6(2), 127-134.

- Tuna, A. A., & Türkmendağ, Z. (2020). Covid-19 Pandemi Döneminde Uzaktan Çalışma Uygulamaları ve Çalışma Motivasyonunu Etkileyen Faktörler. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 12(3), 3246-3260.
- Tümkaya, S., & Türkmenoğlu, M. (2021). İlkokul Dönemi Çocukların Babalarının Aile Katılımına İlişkin Görüşleri. *Milli Eğitim Dergisi*, 50(229), 269-294.
- Türkoğlu, D., & Akduman, G. G. (2016). Okul Öncesi Dönem Çocuğu Olan Babaların Babalık Rolü Algısı İle Çocuklarının Sosyal Becerileri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(03), 224-241.
- Varışlı, B., & Gültekin, T. (2020). Yaşlı Ayrımcılığının Pandemi Hali: COVID-19 Sürecinde Kuşaklararası Etkileşimin Dönüşümü. *Electronic Turkish Studies*, 15(4), 1227-1237.
- Williams, S. (2008). What is Fatherhood? Searching for The Reflexive Father. *Sociology*, 42(3), 487-502.
- Yıldırım, S. (2020). Salgınların Sosyal-Psikolojik Görünümü: Covid-19 (Koronavirüs) Pandemi Örneği. *Electronic Turkish Studies*, 15(4).
- Yıldız, C., Çekmez, E., & Bütüner, S. Ö. (2012). Fenomenografik Araştırma Yöntemi. *Necatibey Eğitim Fakültesi Elektronik Fen ve Matematik Eğitimi Dergisi*, 6(2), 77-102.
- Yıldız, N. G., & Erdem, F. (2020). Covid-19 Salgın Sürecinde İlişkilerinde Sorun Yaşayan Çiftlere Yönelik Duygu Odaklı Aile Danışmanlığı. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(39), 1360-1383.
- Zeybekoğlu, Ö. (2013). Günümüzde Erkeklerin Gözünden Babalık ve Aile. *Mediterranean Journal of Humanities*, 3(2), 297-328.





SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Hakemli Dergi

**TSHD**

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually

<https://edergi.saglik.gov.tr/>

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>

Yıl/Year: 2022 Haziran/June

Sayı/Issue: 19

## MADDE BAĞIMLISI BİREYLERİN AİLELERİNİN KARŞILAŞTIKLARI PSİKO-SOSYAL VE EKONOMİK GÜÇLÜKLER İLE SOSYAL DIŞLANMA ALGILARININ SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN İNCELENMESİ

M. Resul BAŞAR<sup>1</sup>

Selman AKTAŞ<sup>2,3</sup>

İshak AYDEMİR<sup>4</sup>

### Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma  
Geliş Tarihi / Date Received: 24.01.2022  
Revizyon Tarihi/Date Revised: 15.03.2022  
Kabul Tarihi / Date Accepted: 30.05.2022  
Yayın Tarihi / Date Published: 30.06.2022  
DOI: 10.46218/tshd.1062294

### Makale Künyesi/To cite this article:

Başar, M.R., Aktaş, S. ve Aydemir, İ. (Haziran 2022). Madde bağımlısı bireylerin ailelerinin karşılaştıkları psiko-sosyal ve ekonomik güçlükler ile sosyal dışlanma algılarının sosyal hizmet perspektifinden incelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 19: 37-52. Doi: 10.46218/tshd.1062294

### Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Mehmet Resul Başar, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Genel Sekreterlik, İstanbul, TÜRKİYE. [resul.basar58@gmail.com](mailto:resul.basar58@gmail.com)  
ORCID: 0000-0002-8471-8233

### Öz

Bu çalışma bağımlı bireye sahip ailelerin sosyal dışlanma nedenlerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada genel tarama araştırma modelini esas alınmıştır. Araştırma Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi ve İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi alkol ve madde bağımlılığı merkezlerinde madde bağımlılığı tedavisi gören 149 hastanın yakınları ile gerçekleştirilmiştir. Hasta yakınlarına demografik özellikleri belirleyici bilgi toplama formu ve Sosyal Dışlanma Ölçeği uygulanmıştır. Madde bağımlılığı ile ilgili bir derneğe üye olan katılımcıların, eğitim düzeyi düşük olan katılımcıların ve aile gelir düzeyi düşük olan katılımcıların Sosyal Dışlanma Ölçeğine verdiği puanların daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizdeki madde bağımlılığı merkezlerinde bağımlı bireye verilen hizmetlerin yanında bu süreçte bireylerin ailelerine de psiko-sosyal açıdan hizmetler verilmesi gerekli olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Aile, Bağımlılık, Ekonomik güçlük, Psiko-sosyal etki, Sosyal dışlanma

## EXAMINING THE SOCIAL AND ECONOMIC DIFFICULTIES AND SOCIAL EXCLUSION PERCEPTIONS OF THE FAMILIES OF SUBSTANCE ADDICTS FROM SOCIAL SERVICE PERSPECTIVE

### Abstract

This study was carried out to determine the reasons for social exclusion of families with dependent individuals. The research was carried out by Erenköy Mental and Neurological Diseases Hospital and İstanbul Bakırköy Prof. Dr. The study was carried out with the relatives of 149 patients who were treated for substance addiction in the alcohol and substance addiction centers of Mazhar Osman Mental Health and Nervous Diseases Training and Research Hospital. Demographic data collection form and Social Exclusion Scale were applied to the relatives of the patients. It has been determined that the participants who are members of an association related to substance abuse, those with a low level of education and those with a low family income have higher scores on the Social Exclusion Scale. In addition to the services provided to the addicted individual in the drug

\*Bu makale "MADDE BAĞIMLISI BİREYLERİN AİLELERİNİN KARŞILAŞTIKLARI PSİKO-SOSYAL VE EKONOMİK GÜÇLÜKLER İLE SOSYAL DIŞLANMA ALGILARININ SOSYAL HİZMET PERSPEKTİFİNDEN İNCELENMESİ" adlı yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Genel Sekreterlik, İstanbul, TÜRKİYE; ORCID : <https://orcid.org/0000-0002-8471-8233>

<sup>2</sup> Arş.Gör, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, TÜRKİYE; ORCID : <https://orcid.org/0000-0002-8493-5000>

<sup>3</sup> İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi, Dr. Öğrencisi, İstanbul, TÜRKİYE

<sup>4</sup> Prof.Dr. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, TÜRKİYE; ORCID : <https://orcid.org/0000-0001-8910-9413>

addiction centers in our country, it has been observed that psycho-social services should be provided to the families of the individuals in this process.

**Keywords:** Family, Addiction, Economic Difficulty, Psycho-Social Impact, Social Exclusion

## 1.Giriş

Madde bağımlılığı yalnız bireysel değil aynı zamanda sosyal sorunlar yaratması nedeniyle toplum sağlığını tehdit eden en ciddi sorunlardan biridir. Madde bağımlılığı birey, aile ve toplum üzerinde çeşitli sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunların önlenmesi ve çözülmesi sosyal hizmet mesleğinin müdahalesini gerektirir.

Madde bağımlılığı yalnız bireysel değil aynı zamanda sosyal sorunlar yaratması nedeniyle toplum sağlığını tehdit eden en ciddi sorunlardan biridir. Madde bağımlılığının varlığı hem bağımlının işgücü kaybı olması hem yasadışı eylemlerinin sonucu cezaevi yaşantılarının olması, hem de çeşitli sağlık sorunları nedeniyle ciddi bir ekonomik yük getirmektedir. Ayrıca yukarıda sayılan nedenlerle madde kullanımı, suç işleme, çalışamama gibi durumlar toplumu sosyal olarak da etkileyen çeşitli sonuçlara yol açmaktadır (Bahar, 2018). Madde bağımlılığı günümüzde, tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de birey ve toplumu tehdit eden ve giderek ciddi bir artış ve yaygınlaşma gösteren bir sorun alanıdır. Bu sorun alanının biyopsikososyal boyutları soruna çok disiplinli yaklaşım anlayışının gereğini ortaya çıkarmaktadır. Kuram ve uygulama temeliyle sosyal hizmet de bu disiplinlerden biridir (Sosyal Hizmet Uzmanı Web Sitesi, 2020).

Madde bağımlılığı sorunu birey, aile ve toplum üzerinde çeşitli sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunların önlenmesi ve çözülmesi sosyal hizmet mesleğinin müdahalesini gerektirir. Sosyal hizmet uzmanları madde kullanımının etkileri üzerinde odaklaşır birey ve ailelere danışmanlık hizmeti sunar, onların yararına toplum kaynaklarını harekete geçirir, koruyucu ve önleyici çalışmalar yaparlar. Bu çalışmalar kapsamında madde bağımlısı bireylerin ailelerinin karşılaştıkları psiko-sosyal ve ekonomik güçlükler ve sosyal dışlanma algılarının sosyal hizmet perspektifinden belirlenmesi ve bunun sonucundan bu ailelerin yaşadıkları sorunların ve güçlüklerin belirlenmesi ile buna yönelik psiko-sosyal ve ekonomik müdahalelerin planlamasına yönelik katkı sağlanması düşünülmektedir (Çakmak ve diğerleri 1997). Sosyal hizmet perspektifi açısından bakıldığı zaman yaşanan olayların neticesine ve gelişimine göre birtakım kuramlar meydana getirmektedir. Bu kuramlar sosyal hizmet uzmanlarının bakış açılarını geliştirir ve onlarayol göstermede yardımcı olmaktadır. Ana hatları ile; sistem kuramı, ekolojik yaklaşım ve güçlendirme yaklaşımı olarak nitelendirilmektedir. Diğer sosyal hizmet kuram ve yaklaşımlarına baktığımız zaman psikodinamik model, davranışçı yaklaşım, birey odaklı yaklaşım, çözüm merkezli yaklaşım, krizlere karşı yaklaşım, görev merkezli yaklaşım olarak sıralanmaktadır (Duyan, 2020).

### 1.1. Madde Bağımlılığı

Bağımlılık, bir hastalık ve bir sendromdur. Bağımlılık, bireyin kullandığı maddeyi birçok kez bırakma girişiminde bulunmasına rağmen bırakamaması, giderek madde dozunu arttırması, kullanmayı bıraktığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması, zararlarını görmesine rağmen kullanmayı sürdürmesi, zamanının

büyük bölümünü madde arayarak geçirmesi ile bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal işlevlerini bozan bir durumdur (Ögel, 2001; Ögel, 2014).

Madde bağımlılığı, dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artmakta olan biyo-psiko-sosyal bir sorundur. Özelliği itibari ile madde kullanımı, madde kullanan bireyleri, ailelerini, çevrelerini (iş, akraba ve sosyal) ve toplumu da olumsuz etkilemektedir.

Madde bağımlılığını etkileyen risk faktörleri birçok nedene bağlı olabilmektedir. Bu faktörler; psikolojik, sosyal, ailevi, grup baskıları ve kültürel özellikler olarak sıralanabilir. Bunlar:

- Merak ve keşif duygusu
- Arkadaş ve akran baskısı
- Grup (arkadaş, iş ve akran grupları) baskısı
- Dışlanma korkusu
- Kişisel yatkınlık
- Sorun çözme becerilerinde yıpranma
- Kendini kanıtlama ve farklı görünme isteği
- Çevresel faktörler (düşük işsizlik, eğitimsizlik gibi)
- Ailevi faktörler (ailede madde kullanımının yaygın olması, hoş görülmesi, kavga, çatışma ve şiddetin varlığı, katı disiplin, ihmal ve istismar, iletişimin zayıf olması gibi).
- Biyolojik faktörler
- Zevk almak, güç kazanmak
- Dürtü kontrolünün bozuk ve zayıf olması
- Psikiyatrik rahatsızlıklar
- Travmatik durumlar (çok sevilen birinin veya objenin kaybı, kaza gibi).
- Sosyal ve kültürel çevrenin madde bağımlılığını onaylaması ve hoş görmesi
- Sosyal destek mekanizmalarının yetersizliği,
- Boş zaman,

Yukarıda belirtilen faktörler madde kullanımına neden olabilecek önemli risk faktörleridir (Zastrow, 2010; Dilbaz ve diğ., 2014; Ögel, 2014).

Madde bağımlılığının tedavisi genelde üç şekilde yürütülmektedir. Bunlar, biyolojik ilaç tedavisi (Detoksifikasyon), psikiyatrik tedavi ve bağımlının toplumla birleşip bütünleşmesini, uyumunu, çalışmasını düzenleyen uyarılama girişimleri olan sosyal tedavidir (Köknel, 1998).

Detoksifikasyon süreci, tek başına yeterli bir tedavi değildir. Bu aşamanın akabinde psikoterapi ve rehabilitasyon sürecinin başlaması, iyilik sürecini uzatmaktadır. Yani sadece arınma tedavisiyle madde bağımlılığı tedavisi tamamlanmış sayılmaz. Arınma, maddenin vücuttan temizlenmesi sürecidir ve tedavinin sadece başlangıcıdır. Arınmadan sonra hastanın kendini tanıması, madde kullanımı davranışı ile başa çıkmasını öğrenmesi, madde kullanma nedenleri ile mücadele etmesi ve üstesinden gelmesi, tekrar madde kullanımına başlamaması için neler yapması gerektiğini öğrenmesi gerekir (Ögel, 2014).

Psiko-sosyal tedavi, hastanın remisyon süresini uzatmak, yeni psiko-sosyal beceriler kazanmasını ve topluma entegre olmasını sağlamak, yaşamını yapılandırmasına ve ruhsal sorunlarının çözümüne yardımcı olmak amacıyla yapılan tedavidir (Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği, 2013).

Tedavinin etkinliğinin kalıcı olması için tedavi sonrası (taburculuk sonrası) izleme çalışmaları çok önemlidir. Tedavi esnasında ve sonrasında gerekli hazırlık ve izleme çalışmaları yapılmazsa tedavi sonrasında bağımlı birey, eğitim aldığı okula, sosyal çevreye ve iş yerine döndüğünde bağımlılığının tekrarlaması söz konusu olabilmektedir. Madde bağımlılığında tekrarlama davranışı, çevresel ya da kişisel stres durumu, uygun başa çıkma becerilerine sahip olmama, yetersiz sosyal destek ve motivasyon eksikliği gibi faktörlerin bir veya daha çoğunun bir araya gelmesi sonucu ortaya çıkmaktadır (Duman, 2001). Bu nedenle, bağımlılığın tekrarlanmasını önlemek için Köknel (1998)'in belirttiği gibi, madde bağımlılarına yapılacak en önemli psiko-sosyal yardım ve destek, onların madde alt kültüründen uzak bir ortamda yaşamlarını sürdürmelerini sağlamaktır.

## **2.YÖNTEM**

### **2.1. Çalışmanın Modeli**

Bu çalışma genel tarama araştırma modelini esas alan bir çalışmadır. Tarama modelleri geçmişte veya halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımlarıdır. Araştırmaya konu olan olay, durum, birey veya nesne kendi değiştirme, etkileme çabası gösterilmez. Bilinmek istenen şey vardır ve oradadır. Önemli olan onu uygun bir biçimde gözleyip belirleyebilmektir (Karasar, 2015).

### **2.2 Evren ve Örneklem**

Araştırmanın evreni 2020-2021 yılları arasında İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Merkezi ile Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Merkezlerinde madde bağımlılığı tedavisigören hasta yakınlarıdır. Evrenin tam olarak hacmi bilinmemesi nedeniyle amaçlı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Amaçlı örnekleme tekniği, araştırmacının kendi hedefi doğrultusunda çalışma evreninden seçim yaparak örnekleme belirlemesidir. Amaçlı örnekleme tekniğiyle çalışma grubunu

oluşturacak araştırmacıların araştırma sorununa en uygun olan ögeleri çalışma grubuna dahil etmesi gerekliliğini ortaya koymaktadır (Şimşek, 2012). Bu çalışma da örnekleme yöntemi kullanılarak 149 gönüllü ile gerçekleştirilmiştir.

Tablo1: Sosyo-Demografik Bilgileri

|                                                                                               | <b>n (149)</b> | <b>%</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------|
| <b>Cinsiyet</b>                                                                               |                |          |
| Kadın                                                                                         | 81             | 54,0     |
| Erkek                                                                                         | 68             | 46,0     |
| <b>Medeni durumunuz</b>                                                                       |                |          |
| Evli                                                                                          | 91             | 60,7     |
| Dul                                                                                           | 5              | 3,3      |
| Boşanmış                                                                                      | 13             | 8,7      |
| Ayrı Yaşıyor                                                                                  | 2              | 1,3      |
| Bekar                                                                                         | 39             | 26,0     |
| <b>Eşinizden boşandıysanız ne zaman boşandınız</b>                                            |                |          |
| Madde Kullanımını Öğrendikten Önce                                                            | 59             | 96,7     |
| Madde Kullanımını Öğrendikten Sonra                                                           | 2              | 3,3      |
| <b>Ailede madde kullanan birinin varlığını sosyal çevreniz biliyor mu?</b>                    |                |          |
| Evet                                                                                          | 116            | 78,4     |
| Hayır                                                                                         | 32             | 21,6     |
| <b>Biliyorsa nasıl bir tutum sergilediler</b>                                                 |                |          |
| Hiç Etkilemedi                                                                                | 11             | 7,9      |
| Olumlu Tavır                                                                                  | 13             | 9,4      |
| Olumsuz Tavır                                                                                 | 115            | 82,7     |
| <b>Ailede bağımlı olduğunuzu öğrendiğinizde ikametinizi değiştirmeyi düşündünüz mü?</b>       |                |          |
| Evet                                                                                          | 62             | 42,8     |
| Hayır                                                                                         | 83             | 57,2     |
| <b>Ailede bağımlı birinin olduğunuzu öğrendikten sonra çalışma hayatınız nasıl etkilendi?</b> |                |          |
| Olumlu                                                                                        | 27             | 20,3     |
| Olumsuz                                                                                       | 95             | 71,4     |
| Hiç Etkilemedi                                                                                | 11             | 8,3      |
| <b>Bağımlı bir bireyin varlığını öğrendikten sonra maddi anlamda bir sorun yaşadınız mı?</b>  |                |          |
| Evet                                                                                          | 61             | 45,9     |
| Hayır                                                                                         | 72             | 54,1     |

Katılımcıların 81'i kadın (%54) ve 68'i (%46) erkektir. Araştırmaya katılan kişilerin %60,7'si evli, %3,3'ünün dul, % 8,7'sinin boşanmış, % 1,3'ünün ayrı yaşadığı ve % 26,0'sının bekar olduğu saptanmıştır.

Katılımcıların (eşlerinden boşanan çiftlerin) %96,7'sinin madde kullanımı öğrendikten önce boşandığı, % 3,3'ünün ise madde kullanımını öğrendikten sonra boşandığı ayrıca bağımlı olma durumlarına bakıldığında boşanma ve dul kalma durumlarının gerçekleştikten sonra bireylerin maddeye başlamalarına neden olduğu ve olma ihtimalinin de yüksek olduğu / tespit edilmiştir (Asan vd. 2015).

Yaptığımız araştırmada katılımcıların % 42,8'inin ailesinde bağımlı bir birey olduğunu öğrendiğinde ikametgah adresini değiştirmeyi düşündüğünü, % 57,2'sinin ailesinde bağımlı bir birey olduğunu öğrendiğinde ikametini değiştirmeyi düşünmediği tespit edilmiştir.

Katılımcıların % 78,4'ünün ailesinde madde bağımlısı bir bireyin olduğunun sosyal çevresinde bildiğini, % 21'6'sının ailesinde madde bağımlısı bir bireyin olduğunun sosyal çevresi tarafından bilinmediği, %7,9'unun sosyal çevresi tarafından madde kullandığını bildiğinde herhangi bir olumlu ya da olumsuz tavır sergilemediği, %9,4'ünün sosyal çevresi tarafından madde kullandığını bildiğinde olumlu tavır sergilediği, %82,5'inin sosyal çevresi tarafından madde kullandığını bildiğinde olumsuz tavır sergilediği tespit saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin %20,3'ünün madde bağımlısı bireye sahip ailelerin çalışma hayatlarında olumlu bir etki olduğu, %71,4'ünün madde bağımlısı bireye sahip ailelerin çalışma hayatlarında olumsuz bir etki olduğu, %8,3'ünün madde bağımlısı bireye sahip ailelerin çalışma hayatlarında hiçbir etki olmadığı, %45,9'unun maddi anlamda sorun yaşadığı, %54,1'inin maddi anlamda sorun yaşamadığı beirlenmiştir.

### **2.3. Veri Toplama Araçları**

Araştırmanın amacı doğrultusunda literatür taraması yapılarak madde bağımlılığı tedavisi olan hasta yakınlarının karşılaşılabilecekleri psiko-sosyal ve ekonomik sorunlar, güçlükler ve buna yönelik olarak sosyal hizmet gereksinimlerini ortaya koymaya yönelik olarak anket formu hazırlanmıştır. Anket formunda yer alan sorular araştırmanın amacı doğrultusunda hazırlanmış, demografik bilgiler (yaş, cinsiyet, gelir, öğrenim düzeyi, sosyal güvence çalışma durumu, tedavi süresi gibi) ve psiko-sosyal ve ekonomik sorunlar ve güçlükleri ve sosyal destek algılarını sorgulayan sorulardan oluşmaktadır.

#### **2.3.1. Sosyal Dışlanma Ölçeği**

Sosyal dışlanma ölçeği Jehoel-Gijsbers & Vrooman (2007) tarafından geliştirilen ölçek Bayram ve arkadaşları (2010) tarafından Türkçe 'ye uyarlanmıştır. Bu ölçekte, maddi yoksunluk, sosyal haklara ulaşma, sosyal katılımcılık ve kültürel entegrasyon olmak üzere dört boyut mevcuttur. Ölçekteki maddelere her zaman (5 puan), sık sık (4 puan), nadir (3 puan), ara sıra (2 puan), hiçbir zaman (1 puan) seçeneklerine göre yanıt vermektedir. Sosyal dışlanma ölçeğinde her bir boyut için elde edilen yüksek değerler, sosyal dışlanma düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Yüksek değerler maddi yoksunluğun yüksek olduğunu, kurumlardan ve yardımlardan yararlanılamadığını, uygun ev ve güvenli çevre koşullarına sahip olunmadığını, sosyal katılımcılığın düşük olduğunu (sosyal katılımcılığı başaramama) ve kültürel entegrasyon ve normlara uymanın başarılamadığını göstermektedir (Bayram vd., 2010).

Bu araştırmada ölçeğin güvenilirliği için iç tutarlılık Cronbach Alfa katsayısı hesaplanmış ve 0.83 olarak kabul edilebilir sınırlar içinde bulunmuştur. Cronbach alfa değeri ölçeğin birinci alt boyutu için 0.74, ikinci alt boyutun birinci alt boyutu için 0.84, ikinci alt boyutun ikinci boyutu için 0.82, üçüncü alt boyutu için 0.76 ve dördüncü alt boyutu için 0.74 olarak bulunmuştur.

#### 2.4. Verilerin analizi

Verilerin analizi SPSS 25.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler nitel değişkenlerde frekans(n) ve yüzde değerleri ile raporlanmıştır nicel değişkenler de ise ortalama  $\pm$  standart sapma, minimum ve maksimum değerleri ile raporlanmıştır. Normal dağılmayan 2 grup Mann Whitney U testi ile normal dağılmayan 3 veya daha fazla grubun karşılaştırılması Kruskal Wallis H testi kullanılarak incelenmiştir.

### 3. Bulgular

Tablo 2: Katılımcıların yaş, çocuk sayısı, ikametinde oturduğu yıla ilişkin ortalama, minimum, maksimum ve standart sapma değerleri

|                                                 | Ortalama $\pm$ standart sapma | Min-maks |
|-------------------------------------------------|-------------------------------|----------|
| Kaç yaşındasınız?                               | 41,19 $\pm$ 11,554            | 19-64    |
| Kaç çocuğunuz var?                              | 1,43 $\pm$ 1,135              | 0-4      |
| Kaç yıldır şu an ki ikametinizde oturuyorsunuz? | 14,9197 $\pm$ 10,75           | 0-52     |
| Madde kullanan birey kaç yaşında?               | 28,81 $\pm$ 8,08              | 19-58    |
| Madde kullanımına kaç yaşında başladı           | 20,18 $\pm$ 5,10              | 11-40    |

Katılımcıların yaş ortalaması 41,19 $\pm$ 11,55 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların sahip oldukları çocuk sayısı 1,43 $\pm$ 1,13 olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların kaç yıldır şu an ki ikamet ettikleri olduklarının ortalama yılı 14,91 $\pm$ 10,75 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin ailesinde madde kullanan bireylerin yaş ortalaması 28,81  $\pm$  8,082 olarak hesaplanmıştır. Araştırmaya katılan kişilerin ailesinde madde kullanan bireylerin maddeye başlama yaşlarının ortalaması 20,18  $\pm$  5,10 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 3: Demografik değişkenlere göre sosyal dışlanma düzeylerinin karşılaştırılması-1

|                 | n  | Mean Rank | Mann-Whitney U | Sig  |
|-----------------|----|-----------|----------------|------|
| <b>Cinsiyet</b> |    |           |                |      |
| Kadın           | 81 | 78,41     | 2478,000       | ,293 |
| Erkek           | 68 | 70,94     |                |      |

|                                                                             |     |       |          |      |
|-----------------------------------------------------------------------------|-----|-------|----------|------|
| İkamet ettiğiniz yerde akrabanız var mı?                                    |     |       |          |      |
| Evet                                                                        | 115 | 73,43 | 1774,500 | ,414 |
| Hayır                                                                       | 34  | 80,31 |          |      |
| Ailede madde kullanan birinin varlığını sosyal çevreniz biliyor mu?         |     |       |          |      |
| Evet                                                                        | 114 | 76,73 | 1455,500 | ,081 |
| Hayır                                                                       | 32  | 61,98 |          |      |
| Madde kullanan bireyin cinsiyeti                                            |     |       |          |      |
| Kadın                                                                       | 4   | 75,50 | 264,000  | ,864 |
| Erkek                                                                       | 139 | 71,90 |          |      |
| Çevrenizden madde bağımlısı bireyin bağımlı olduğunu gizlediniz mi?         |     |       |          |      |
| Evet                                                                        | 91  | 70,45 | 2224,500 | ,552 |
| Hayır                                                                       | 52  | 74,72 |          |      |
| Bağımlılıkla ilgili farkındalık oluşturan herhangi bir derneğe üye misiniz? |     |       |          |      |
| Evet                                                                        | 27  | 85,07 | 964,500  | ,041 |
| Hayır                                                                       | 115 | 66,39 |          |      |

Tablo 3 ve 4’ de demografik sorular ile katılımcıların verdiği cevapların karşılaştırılması gösterilmektedir. Bireylerin cinsiyetleri, ikamet ettiği yerde akrabasının varlığı, ailesinde madde kullanan birinin varlığından sosyal çevresinin bilmesi, madde kullanan bireyin cinsiyeti ve madde bağımlısı bireyi çevresinden gizleme durumları bakımından yapılan karşılaştırma sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p<,05$ ) (Ögel ve arkadaşları 1998-1999). Bağımlılıkla ilgili farkındalık oluşturan herhangi bir derneğe üye misiniz sorusuna verilen cevaplara göre yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak manidar farklılık bulunmuştur ( $p<,05$ ). Derneğe üye olan bireylerin sosyal dışlanma ölçeğine verdiği puanlar diğer gruplara oranla daha fazla olduğu tespit edilmiştir.



Tablo 4: Demografik değişkenlere göre sosyal dışlanma düzeylerinin karşılaştırılması -2

|                                   | n  | Mean Rank | Kruskal-Wallis<br>H | p           |
|-----------------------------------|----|-----------|---------------------|-------------|
| <b>Medeni Durum</b>               |    |           |                     |             |
| Evli                              | 91 | 74,25     | 12,089              | <b>,017</b> |
| Dul                               | 5  | 85,00     |                     |             |
| Boşanmış                          | 13 | 112,38    |                     |             |
| Ayrı Yaşıyor                      | 2  | 52,50     |                     |             |
| Bekar                             | 39 | 66,08     |                     |             |
| <b>Eğitim Durumunuz</b>           |    |           |                     |             |
| Okur-Yazar                        | 2  | 112,75    | 10,302              | <b>,036</b> |
| Ortaokul Mezunu                   | 52 | 68,99     |                     |             |
| İlkokul Mezunu                    | 20 | 84,83     |                     |             |
| Lise Mezunu                       | 41 | 87,29     |                     |             |
| Üniversite veya Yüksekokul Mezunu | 34 | 61,37     |                     |             |
| <b>Ailenizin gelir durumu</b>     |    |           |                     |             |
| Düşük                             | 28 | 77,00     | 13,608              | <b>,001</b> |
| Orta                              | 76 | 70,27     |                     |             |
| Yüksek                            | 27 | 42,57     |                     |             |

Katılımcıların medeni durumları bakımından ölçek puanları karşılaştırmasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Boşanmış olanların sosyal dışlanma ölçeğinden aldığı puanlar diğer gruplara oranla daha fazladır.

Eğitim durumlarına göre bireylerin sosyal dışlanma Ölçeğinden aldığı puanlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Sadece okur-yazar olanların sosyal dışlanma Ölçeğinden aldığı puanlar diğer gruplara oranla daha fazladır.

Bireylerin maddi durumlarına göre yapılan karşılaştırma sonucunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Bireylerin maddi durumları azaldıkça sosyal dışlanma Ölçeğinden aldığı puanların arttığı görülmektedir.

#### 4. Tartışma ve Sonuç

Yapılan çalışmada madde bağımlısı bireylerin ailelerinin çoğunluğunun gelir getirici bir işte çalışmadığı gözlenmiş olup bunun nedenleri arasından kadın katılımcıların çoğunlukta olduğu ve çoğunun ev hanımı olduğu gözlemlenmiştir. Erkek katılımcıların az olması erkeklerin ekonomik kalkınma yükünü üstlenmesinden dolayı kadın katılımcıların yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gelir getirici işte çalışan katılımcıların çoğunluğu mesleklerini isteyerek yaptığını veya mecburen yapmak zorunda oldukları için

sevdiğini beyan etmişlerdir. Gelir getirici işte çalışan katılımcıların büyük bir bölümünün ekonomik durumunun orta seviyede olduğu, aile içi mutluluğun çoğu katılımcıda yüksek olduğu ve Aile üyelerinin birbirine bu zamanda daha çok kenetlendiği anlaşılmıştır(Derin, 2017).

Bağımlıların ve ailelerinin genelinin toplumsal ve ekonomik olarak çevresindeki bireyler tarafından maruz kaldıkları ve üzerlerine atfedilen kalıp yargılar, ayrımcılık ve dışlanma gibi davranışlar ile karşı karşıya kaldıkları görülmüştür.

Sosyal dışlanma ölçeğinin maddi yoksunluk boyutuna verilen puanlarda erkek ve kadın katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık tespit edilmiştir. Bu farklılığın kadın katılımcıların lehine olduğu ve kadın katılımcıların puan ortalamaları erkeklerin puan ortalamalarından daha fazla olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan madde bağımlısı bireye sahip ailelerin gelir durumlarının çoğunun orta seviyede olduğu madde bağımlısı bireyin varlığı öğrenildikten sonra bağımlı bireye sahip ailede bireylerinin çalışma hayatlarının olumsuz yönde etkilendiği gözlemlenmiştir. Ayrıca yapılan çalışma neticesinde ailelerin kendilerini topluma yaftalamak için maddi anlamda yardım kuruluşlarına müracaat etmedikleri gözlemlenmiştir. Araştırmaya katılan madde bağımlısı bireye sahip ailelerin hayatlarını sürdürdükleri yerlerde bağımlı bireyin varlığının bilinmesi neticesinde sosyal çevresinde hem bağımlı bireyi hem de aileyi yalnız bıraktıkları veya dışladıkları sonucuna ulaşılmıştır. Bağımlı kişi ve ailelerinin en çok etkilendiği alan çalışma hayatlarıdır. Ayrıca bağımlı kişiye sahip aileler de çalışma hayatlarının da olumsuz etkilendiği görülmektedir.

Araştırmaya katılan madde bağımlısı bireye sahip ailelerin başka madde bağımlısı aileler ile herhangi bir iletişimlerinin olmadığını ve bunun nedenini sorduğumuzda kendilerini gizlemek istedikleri için başkaları tarafından ailesinde bağımlı bir bireyin bilinmesini istemediklerini belirtilmişlerdir. Araştırmaya katılan madde bağımlısı bireye sahip ailelerin bağımlılık alanında çalışan veya hizmet veren derneklerin varlığından bile haberdar olmadıkları için çoğu katılımcının herhangi bir derneğe üyeliğinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Her ne kadar kendilerini toplumdan gizlemeye çalışmaya sarf etseler de başka aile ve bireylerin canlarının yanmaması için yardım yapmak istediklerini beyan etmişlerdir.

Madde bağımlısı bireylerin ailelerinin karşılaştıkları psiko-sosyal ve ekonomik güçlükler ve sosyal dışlanma algıları neticelendirmiş ve madde bağımlısı bireye sahip ailelerin demografik özellikleri, yaşadıkları sosyal çevre ve bu çevrede yaşadıkları maddi ve manevi güçlükler ile bu güçlüklerin getirdiği olumsuzlukların madde bağımlısı bireye sahip ailelerin nasıl sosyal dışlanmaya maruz kaldıkları ile alakalı veriler neticesinde bunları karşılayacak ölçüde bulgular elde edilmiştir. Kültürel entegrasyon, normlara uyma ile maddi yoksunluk boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilememiştir, bu ilişki yok ya da önemsenmeyecek düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Kültürel entegrasyon, normlara uyma ile Sosyal haklar (Kurumlardan ve yardımlardan faydalanabilme) boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit

edilmemiştir. Kültürel entegrasyon, normlara uyma ile Sosyal katılımcılık boyutu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilememiştir, bu ilişkinin büyüklüğü ama bu ilişki yok ya da önemsenmeyecek düzeyde ilişki olduğu saptanmıştır. Yapılan araştırmanın amaçladığı sosyal hizmet gereksinimlerine ihtiyaç olduğu değerlendirilmiştir.

Ülkemizde madde bağımlısı bireylerin ve ailelerinin gerekli olan bilgilerinin alınıp avantajlı olmayanların somut bağlantılarının belirlenerek veri analizlerinin yapılması için desteklenmesi gerekmektedir. Araştırılan verilerin bulgularının devlet kurumları, sivil toplum kuruluşları ve hastaneler gibi kurumların birlikteliği ile izlenmesi gereken yol haritaları oluşturularak yeni eylem planları kurgulanmalıdır. Madde bağımlısı bireye ve ailesine uyuşturucu maddelerin bağımlılığı gerek fiziksel olarak insan üzerinde bıraktığı olumsuz etki gerekse psikolojik olarak bıraktığı olumsuzluklar hakkında bilgilendirme için Alkol ve Madde Bağımlılığı Merkezlerinde farkındalığı arttıracak eğitimlerin planlanması ve verilmesini öneriyoruz.

Madde bağımlısı bireyleri topluma kazandırmak için Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve belediyeler bu alanda yaşam koçları görevlendirmesi yapılarak spor ve kültür çalışmaları merkezleri hazırlanması gerekmektedir. Madde bağımlısı bireye sahip ailelerde ergenlik çağındaki olan varsa o bireyin de etkilenmemesi ve o kişide merak uyandırmaması için eğitim gördükleri okullarda sosyal hizmet uzmanı, psikolojik danışmanlık ve rehberlik öğretmeni ve psikiyatrist görevlendirilerek rehberlik hizmeti vermek için gerekli altyapıyı oluşturmak gerekmektedir. Ayrıca ülkemizde olmasa da diğer bazı ülkelerde Okul Temelli Aile Danışmanlığının yaygınlaşmasından ötürü Türkiye’de de uygulanması gerekmektedir. Bu danışmanlığın amacı doğrultusunda sosyal hizmet mensuplarının ve danışmanlık hizmeti veren kişilerin sosyal hizmete duyulan ihtiyacı erken ve hızlı bir şekilde problem çözme yetisinin kazanacağı ön görülmektedir.

Madde bağımlısı bireye ve ailesinin yaşadıkları olumsuzlukları ortadan kaldırmak için danışmanlık hizmetleri genişletilmelidir. Bu merkezlerin kapasiteni arttırmak ve geliştirme için gerekli doktor, sosyal hizmet uzmanı vb. kişilerin görevlendirilmesi gerekmektedir. Alkol ve Madde Bağımlılığı Merkezlerinin sayısının artırılması ve iyileştirme çalışmaları için gerekli olan tüm malzemelerin temin ve tedarikinin sağlanması gerekmektedir. Bu merkezlere özendirme sağlanmalıdır. Madde bağımlılığından bireyleri korumak için personel istihdamının yapılması ve yeni personel yetiştirilmesi için gerekli çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Madde bağımlısı bireye sahip ailelerin sosyal hizmet gereksinimlerinin belirlenerek diğer bireyler karşısında uyum sağlanması kapsamında sosyal destek mekanizmalarının ve toplum destekli danışmanlık hizmetlerinin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu sayede çoğu problemin çözüme kavuşturulması ve madde bağımlısı bireye sahip ailelerin güçlendirilmesi sağlanacaktır. Madde bağımlısı bireye ve ailesine maddenin bedende ve ruhta oluşturduğu sebeplerden dolayı sağlığı yerinde olmayan birey muamelesi yapılmaması gerekmektedir. Bu madde bağımlısı bireye ve ailesine Alkol ve Madde Bağımlılığı Merkezlerinde ve diğer danışmanlık hizmeti verilen yerlerde gerekli hassasiyetin gösterilmesi başvuranların her türlü bilgisinin gizlilik

ilkesi çerçevesinde yürütülmeli toplumsal olarak herhangi bir dışlama kalıp yargı ile yaklaşma ve toplumdan ayırma yapılmaması gerekmektedir. Bağımlılık konusunda kitle iletişim araçlarının da bu bireyleri kötü olarak nitelendirilmesi engellenmelidir.

Madde bağımlısı bireyin bağımlılıktan kurtulması için başvurduğu merkezlerde tedavi süreci tamamlanana kadar ve bağımlı olduğu öğrenildikten sonra ortaya çıkan sorunların; işgücü kaybı, toplumdan dışlanma gibi sorunların giderilmesi için alt yapı çalışmalarının yapılarak bu kişilere ve bu kişilerin ailelerinin de maruz kaldığı bu problemlerden kurtarılması gerekmektedir. Hem merkezi yönetim hem de yerel yönetimler ile danışmanlık merkezleri koordine edilmelidir. Ayrıca aile danışmanlıklarının yapıldığı merkezlerdeki hizmetin ücretinin yüksek bulunmasından dolayı gitmeyen veya gitmeye durumları müsait olmayan aileler için Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı bünyesinde bulunan müdürlüklere özendirme ve yönlendirme çalışmaları gerekmektedir.

Devletin sunduğu hizmetlere ulaşımın bağımlı olmayan bireyler gibi iyileştirme sırasında veya iyileştirmeden sonra kamusal olanaklardan ortak bir şekilde faydalanması yönünde çalışma yürütülmelidir. Toplumun değişik kesimlerindeki yaşam düzeylerinin dengelemesi için gerekli yol haritalarının çizilmesi gerekmektedir. Kapsam ve nitelikli olarak toplumsal olarak sosyal dışlanma yaşayan avantajlı olmayan topluluklardan olan madde bağımlılarını içeren yöntemler ortaya konulmalıdır.

**Kaynakça**

- Asan, Ö., Tıkır, B., Okay, İ., ve Göka, E. (2015). Bir AMATEM birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 16(1), 1-8.
- Bahar, A. (2018). Uyuşturucu madde kullanımının nedenleri ve bağımlılık oluşum sürecinde iletişimsel yaklaşımların rolü ve önemi: polis kayıtları üzerinden olgusal bir inceleme. *Connectist: Istanbul University Journal Of Communication Sciences*, 55, 1-36.
- Bayram, N., Sam, N., , Aytaç, S., Aytaç, M. (2010). Yaşam tatmini ve sosyal dışlanma. *The Journal Of Industrial Relations And Human Resources*, 12(4), 79-92. DOI: 10.4026/1303-2860.2010.0159.x
- Çakmak, D., Ögel, K., Tamar, D. (1997). *Uyuşturucu madde kullanımının aile üstüne etkisi*. Ankara: Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Yayını.
- Derin, M. (2017). Madde Bağımlısı Bireylerin Sosyal Dışlanma Algıları Ankara Amatem Örneği (Yüksek Lisans Tezi). Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Anabilim Dalı, Ankara.
- Dilbaz, N., Enez Darçın, A., Nurmedov, S., Noyan, O., Başabak, A.Z., Mordağ, O., Çengel, S.M. ve Dağ, M. (2014). *Madde kullanım riski ve madde bağımlılığından korunma*. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Aile Eğitim Programı, Ankara.
- Duyan, V. (2020). *Sosyal hizmete giriş*. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi Yayını.
- Duman, N. (2001). Uçucu madde bağımlılığı olan çocuk ve gençlere yönelik sosyal hizmet müdahalesi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmetler Yüksekokulu Yayını, İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet, Prof. Dr. Nesrin Koşar'a Armağan, Ankara.
- Karasar, N. (2015). Bilimsel Araştırma Yöntemi. İstanbul: Nobel Yayınları.
- Köknel, Ö. (1998). Bağımlılık. Altın Kitaplar Yayınevi, İstanbul.
- Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği (2013). 29 Aralık 2013 Tarih ve 28866 Sayılı Resmî Gazete.
- Ögel, K., Tamar, D., & Çakmak, D. (1998). Alkol ve Madde El Kitabı. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Amatem, 92.
- Ögel, K. (2001). *İnsan, yaşam ve bağımlılık tartışmalar ve gerekçeler*, İstanbul: IQ Kültür Sanat Yayıncılık.
- Ögel, K. (2014). *Bağımlı aileleri için rehber kitap*. Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları, Genel Yayın: 3008, 1. Basım, İstanbul.
- Sosyal Hizmet Uzmanı Web Sitesi. (2020). [https://www.Sosyalhizmetuzmani.Org/Maddebagimligi\\_Ucucumaddeler.Html](https://www.Sosyalhizmetuzmani.Org/Maddebagimligi_Ucucumaddeler.Html)., Ekim 2021).
- Şimşek, H. (2012). Future Expectations of High School Students In Southeastern Turkey: Factors behind Future Expectations . *Journal of Theoretical Educational Science* , 5 (1) , 90-109 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/pub/akukey/issue/29344/314023>
- Zastrow, C. (2010). *Sosyal hizmete giriş*. Ankara: Nika Yayınevi.

EK-1

**I. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER**

1. Cinsiyetiniz: ( ) Kadın ( ) Erkek
2. Kaç yaşındasınız .....
3. Medeni durumunuz: ( ) Evli ( ) Dul ( ) Boşanmış ( ) Ayrı Yaşıyor
4. Eşinizden boşandıysanız ne zaman boşandınız?  
( ) Ailede madde kullanımını öğrenmeden önce  
( ) Ailede madde kullanımını öğrendikten sonra
5. Kaç çocuğunuz var?.....
6. Memleketiniz neresi?.....
7. Nerede ikamet ediyorsunuz? .....
8. Kaç yıldır şu an ki ikametinizde oturuyorsunuz?.....
9. İkamet ettiğiniz yerde akrabalarınız var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
10. Ailede madde kullanan birin varlığını sosyal çevreniz biliyor mu? ( ) Evet ( ) Hayır
11. Biliyorsa nasıl bir tutum sergilediler? ( ) Olumlu Tavr ( ) Olumsuz Tavr
12. Ailede bağımlı olduğunuzu öğrendiğinizde ikametinizi değiştirmeyi düşündünüz mü?  
( ) Evet ( ) Hayır
13. Eğitim Durumunuz?  
( ) Okur-Yazar  
( ) Ortaokul Mezunu  
( ) İlkokul Mezunu  
( ) Lise Mezunu  
( ) Üniversite veya Yüksekokul Mezunu
14. Gelir getirici herhangi bir işte çalışıyor musunuz?
15. Mesleğiniz nedir?.....
16. Mesleğinizi isteyerek yapıyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır
17. Ailenizin toplam aylık geliri ne kadardır? .....

**II. MADDE KULLANIMINA YÖNELİK BİLGİLER**

1. Madde kullanan bireyin cinsiyeti: ( ) Kadın ( ) Erkek
2. Madde kullanan birey kaç yaşında? .....
3. Madde kullanımına kaç yaşında başladı?.....
4. Çevrenizden madde bağımlısı bireyin bağımlı olduğunu gizlediniz mi? ( ) Evet ( ) Hayır
5. Çevrenizde madde bağımlısı başka birisi/birileri var mı? ( ) Evet ( ) Hayır
6. Madde bağımlısı bireyin yakını olmakla ilgili ne tür güçlükler yaşıyorsunuz ?  
.....
7. AMATEM' e nasıl ulaştınız?  
( ) Arkadaş, çevre tavsiyesi  
( ) Doktorun tavsiyesi  
( ) Kendimiz araştırdık, bulduk  
( ) Başka (Belirtiniz).....
8. AMATEM'e ne zamandan beri devam etmektesiniz?.....
9. Hangi tedavi yöntemi uygulandı? .....
10. Tedavi sürecinde AMATEM 'e geliş gidişlerle ailede en çok kim ilgilendi? .....

**III. YAŞANILAN GÜÇLÜKLERE İLİŞKİN BİLGİLER**

1. Ailede Bağımlı birinin olması aileyi hangi yönde etkiledi?

( ) Olumlu ( ) Olumsuz

2. Bağımlı bir bireyin varlığı diğer aile üyelerine ilgiyi azalttı mı?

( ) Evet ( ) Hayır

3. Bu süreçte genel olarak yaşadığınız güçlükler neler oldu yazabilir misiniz?

.....

4. Tedavi sürecinde yeteri kadar destek aldınız mı? ( ) Evet ( ) Hayır

5. En çok desteği ailede kim veriyor size?.....

6. Alternatif çözüm önerileri size sunuldu mu? ( ) Evet ( ) Hayır

7. Bağımlılık konusunda etrafınızdaki insanlara yardım etmek ister misiniz?

( ) Evet ( ) Hayır

8. Ailede bağımlı birinin olduğunu öğrendikten sonra çalışma hayatınız nasıl etkilendi?

( ) Olumlu ( ) Olumsuz ( ) Hiç etkilemedi

9. Bağımlı bir bireyin varlığını öğrendikten sonra maddi anlamda bir sorun yaşadınız mı? Yaşadıysanız sosyal yardım aldınız mı?

( ) Evet ( ) Hayır

10. Sosyal yardımı hangi kuruluştan aldınız? ( Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz.)

( ) Belediyelerden

( ) Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü'nden (Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı)

( ) Akrabalarından

( ) Komşularından, Arkadaşlarından

( ) Sivil toplum örgütlerinden

11. Bu durumdan dolayı herhangi sosyal hizmet uzmanından hiç destek aldınız mı?

( ) Evet (Evetse bu desteği belirtiniz).....

( ) Hayır

12. Tedavi süreci bittikten sonra aile ortamınız nasıl oldu?

.....

13. Başka madde bağımlısı bireye sahip ailelerle görüşüyor musunuz? ( ) Evet ( ) Hayır

14. Bağımlılıkla ilgili farkındalık oluşturan herhangi bir derneğe üye misiniz? ( ) Evet ( ) Hayır

15. Bağımlı olduğunu öğrenmeden önce hastaya olan ilginize 1(en düşük) ile 10 (en yüksek) arası bir puan verseniz kaç puan verirsiniz?.....

16. Bağımlı olduğunu öğrendikten sonra hastaya olan ilginize 1 (en düşük) ile 10 (en yüksek) arası bir puan verseniz kaç puan verirsiniz?.....

17. Tedavi sürecinde bağımlı bireye destek olurken yetersiz olduğunuzu düşündünüz mü ?

( ) Evet ( ) Hayır

Varsa önerileriniz

## **SOSYAL DIŞLANMA ÖLÇEĞİ**

| <b>LÜTFEN AŞAĞIDAKİ MADDELERİ OKUYUNUZ VE SİZİ EN İYİ İFADE EDEN CEVABI İŞARETLEYİNİZ. CEVABINIZ İÇİN ÇOK DÜŞÜNMEYİNİZ, AKLINIZA İLK GELEN EN DOĞRUSU OLACAKTIR</b> | Hiçbir zaman | Ara sıra | Nadir | Sık sık | Her zaman |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|----------|-------|---------|-----------|
| 1. Su, elektrik, gaz, telefon gibi zorunlu ödemelerimi güçlüklerle yaparım.                                                                                         |              |          |       |         |           |
| 2. Ödenmemiş faturalarım vardır.                                                                                                                                    |              |          |       |         |           |
| 3. Maddi durumum hakkında endişelenirim.                                                                                                                            |              |          |       |         |           |
| 4. Gelirimi giderimle denkleştirmeyi 2 yıl öncesine kıyasla daha zor buluyorum.                                                                                     |              |          |       |         |           |
| 5. Buzdolabı, TV, çamaşır makinesi eskiyince veya bozulursa kolayca yenisini alırım.                                                                                |              |          |       |         |           |
| 6. Temel ihtiyaçlarımı (yemek, giyecek vb) karşılayamam.                                                                                                            |              |          |       |         |           |
| 7. Derneklere üye olmak isterim ancak üyelik aidatı beni düşündürür.                                                                                                |              |          |       |         |           |
| 8. Benim için, kredi almak zordur.                                                                                                                                  |              |          |       |         |           |
| 9. Kamu kurumlarında (hastane, vergi dairesi, nüfus müdürlüğü vb....) kötü muamele ile karşılaşırım.                                                                |              |          |       |         |           |
| 10. Kamu kurumlarında (hastane vb) randevu ve tedavi isteklerim çok uzak sürelerle verilir.                                                                         |              |          |       |         |           |
| 11. Kamu kurumlarında (hastane, vergi dairesi, nüfus müdürlüğü vb....) sorun yaşarım.                                                                               |              |          |       |         |           |
| 12. Kredi ve sigorta müracaatların reddedilir.                                                                                                                      |              |          |       |         |           |
| 13. Yaranıma olacak uygulamalar hakkım olduğu halde sonlandırılır veya hakkım hiç verilmez.                                                                         |              |          |       |         |           |
| 14. Yaşadığım çevrede olaylar çıkar.                                                                                                                                |              |          |       |         |           |
| 15. İki yıl içerisinde başka bir yere taşınmayı düşünüyorum.                                                                                                        |              |          |       |         |           |
| 16. Yeni bir ev bulmam uzun sürdü ya da uzun sürebilir.                                                                                                             |              |          |       |         |           |
| 17. Yaşadığım çevrede komşuluk ilişkileri iyi değildir.                                                                                                             |              |          |       |         |           |
| 18. Yaşadığım çevrede kendimi güvende hissetmem                                                                                                                     |              |          |       |         |           |
| 19. Evde tek başına olmaktan korkarım                                                                                                                               |              |          |       |         |           |
| 20. Yaşadığım çevrede gürültü vardır                                                                                                                                |              |          |       |         |           |
| 21. Yaşadığım çevre kirlidir.                                                                                                                                       |              |          |       |         |           |
| 22. Kendimi toplumdan dışlanmış hissedirim.                                                                                                                         |              |          |       |         |           |
| 23. Eğlenmek için ev dışında faaliyetlere katılırım.                                                                                                                |              |          |       |         |           |
| 24. Sosyal ilişki kurabileceğim kişi sayısı çok azdır.                                                                                                              |              |          |       |         |           |
| 25. Çok sayıda arkadaşım vardır.                                                                                                                                    |              |          |       |         |           |
| 26. Arkadaşlarımla toplanmayı, birlikte vakit geçirmeyi severim                                                                                                     |              |          |       |         |           |
| 27. Sırlarımı paylaşabileceğim arkadaşlarım yoktur, ya da çok azdır.                                                                                                |              |          |       |         |           |
| 28. Arkadaşımdan çok az sosyal destek görürüm                                                                                                                       |              |          |       |         |           |
| 29. Diğer insanlarla olan ilişkilerimde sorun yaşarım.                                                                                                              |              |          |       |         |           |
| 30. Sağlık sorunlarım nedeniyle diğer insanlarla olan ilişkilerimde sorun yaşarım.                                                                                  |              |          |       |         |           |
| 31. Arkadaşımla yararına olacaksa yalancı şahitlik yaparım                                                                                                          |              |          |       |         |           |
| 32. Yakalanmadığım sürece kanunları çiğnemek sorun değildir                                                                                                         |              |          |       |         |           |
| 33. Ücretli olarak çalışanların ek bir işte daha çalışmalarını uygun karşılarım                                                                                     |              |          |       |         |           |
| 34. İşsizlik parası veya sosyal yardım parası alanların ek iş yapmalarını uygun karşılarım.                                                                         |              |          |       |         |           |
| 35. Başkalarının emekli veya sigorta karnelerini kullanarak ücretsiz muayene olunmasını veya ilaç alınmasını uygun karşılarım.                                      |              |          |       |         |           |





SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Hakemli Dergi

**TSHD**

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually

<https://edergi.saglik.gov.tr/>

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>

Yıl/Year: 2022 Haziran/June

Sayı/Issue: 19

## TÜBERKÜLOZ TEDAVİSİ GÖREN BİREYLERİN COVID-19 SALGINI SÜRESİNCE KAYGI DÜZEYLERİNİN ÇEŞİTLİ DEĞİŞKENLER AÇISINDAN İNCELENMESİ

Naciye BİYİKLİ <sup>1</sup>

Sayra LOTFİ <sup>2</sup>

### Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma  
Geliş Tarihi / Date Received: 20.10.2021  
Revizyon Tarihi/Date Revised: 25.05.2022  
Kabul Tarihi / Date Accepted:08.06.2022  
Yayın Tarihi / Date Published: 30.06.2022  
DOI: 10.46218/tshd.1012798

**Makale Künyesi/To cite this article:** Biyıklı, N. ve Lotfi, S. (2022, Haziran). Tüberküloz tedavisi gören bireylerin covid-19 salgını süresince kaygı düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 19:53-75. Doi: 10.46218/tshd.1012798

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:** Naciye Biyıklı, Sosyal Hizmet Uzmanı, İstanbul Verem Savaş Derneği, Sosyal Hizmet Birimi, [vdsosyalhizmetbirimi@gmail.com](mailto:vdsosyalhizmetbirimi@gmail.com) ORCID: 0000-0002-38306385

### Öz

Bu çalışmanın amacı; Covid-19 salgını sürecinde tüberküloz hastalarının; tedavileri boyunca pandemiden nasıl etkilendiklerini, bu süreçteki kaygı düzeylerini ve kaygı düzeyleri ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır. Evrenini 1196 hastanın oluşturduğu çalışmada kolayda örnekleme tekniği kullanılarak İstanbul ilinde bulunan İstanbul Verem Savaşı Derneği, Verem Savaşı Dispanseri'nden sağlık hizmeti alan 132 hastaya ulaşılmıştır. Veriler 2020 yılında hastalarla yüz yüze anket uygulaması yoluyla sosyal hizmet uzmanı tarafından toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS aracılığıyla analiz edilmiştir. TB hastalarının 48'inin (%36,4) ilköğretim mezunu, %42'sinin bekar ve 80'inin (%60,6) erkek olduğu görülmüştür. Hastaların %51,5'inin tedavi sürecinde yardım aldıkları, hastaların %78,8'inin Covid-19 sürecinde aileleri ile kaldıkları, %59,1'inin tüberküloz tanısı aldıkları süreçte ve %69,7'sinin Covid-19 salgını sürecinde çalışmadıkları ortaya konmuştur. Hastaların %83,33'ü sosyal ilişkilerinin azaldığını, aile ve sevdiklerine hastalığı bulaştırmaktan korktuklarını ifade etmiştir. Hastaların %40,91'inin tüberküloz tedavi sürecinde aldığı sosyal hizmet desteğinin ve ekonomik desteğin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Covid-19 döneminde yaşadıkları duygular incelendiğinde en fazla stres duygusunu yaşadıkları, en az olarak ise umut duygusunu yaşadıkları görülmüştür. Durumluk ve sürekli kaygı kadınlarda yüksekken emekli ve yalnız yaşayanlarda daha düşük olduğu bulunmuştur. Tüberküloz tanısı alındığı dönemde ve Covid-19 pandemi döneminde çalışanların durumluk kaygılarının ve sürekli kaygılarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sosyal hizmet desteğini ve ekonomik desteği "yetersiz" olarak belirtenlerin durumluk ve sürekli kaygı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Araştırma sonunda, Covid-19 sürecinde TB hastalarının sosyal ve ekonomik desteğin yetersizliğinden dolayı durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeylerinin yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Tüberküloz hastalığıyla baş etmek için bu bireylerin sosyoekonomik durumlarının iyileştirilmesine ve bu doğrultuda politikaların geliştirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19, Tüberküloz, Kaygı düzeyleri, Sosyal hizmet.

## IN TERMS OF DIFFERENT VARIABLES, THE EXAMINATION OF THE ANXIETY LEVELS OF THE INDIVIDUALS HAVING TUBERCULOSIS TREATMENT DURING THE COVID-19 PANDEMIC

### Abstract

This study aims to examine how tuberculosis patients are affected by the pandemic during their treatment process, their anxiety levels, and the relationship between anxiety levels and sociodemographic characteristics during the Covid-19 pandemic. In the study, its population consisted of 1196 patients, and using the convenience sampling technique has been

<sup>1</sup> Sosyal Hizmet Uzmanı, İstanbul Verem Savaş Derneği, Sosyal Hizmet Birimi, ORCID: 0000-0002-38306385

<sup>2</sup> Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Sosyal Hizmet Bölümü, ORCID: 0000-0003-3352-0152

reached 132 patients who received health care from the Anti-Tuberculosis Dispensary, which placed in İstanbul, of the İstanbul Anti-Tuberculosis Association. The data had collected by the social worker through a face-to-face survey with the patients in 2020. The obtained data had analyzed via SPSS. It has been observed that 48 (%36,4) of the TB patients were primary school graduates, 42% were single, and 80 (60.6%) were male. It had been revealed that 51.5% of the patients received help during the treatment process, 78.8% of them stayed with their families due to the tuberculosis disease during the Covid-19 pandemic, and 59.1% of them did not work at the time they were diagnosed with tuberculosis, and 69.7% of them did not work during the Covid-19 pandemic. 83.33% of the patients have stated that their social relations decreased, and they were afraid of infecting their family and loved ones with the disease. It has been determined that 40.91% of the patients received insufficient social service support and insufficient economic support during the tuberculosis treatment process. When the psycho-emotional experiences they had during the Covid-19 period had examined, it has seen that they experienced stress the most and hope the least. While state and trait anxiety had seen higher in women, it had found to be lower in people who have been retired and living alone. It had determined that the state and trait anxiety have been higher in the patients who have been working during the period when the tuberculosis diagnosis was made and during the Covid-19 pandemic period. The state and trait anxiety levels have been found higher in those who stated social service support and economic support as insufficient. In the conclusion of the research, it has revealed that TB patients have high levels of state anxiety and trait anxiety due to the lack of social and economic support during the Covid-19 process. There has been a need to improve the socioeconomic status of TB patients and policies should be developed in this direction.

**Keywords:** Covid-19, Tuberculosis, Anxiety leveles, Social work.

## Giriş

Koronavirüs (Covid-19) hastalığı 2019 tek sarmallı, pozitif anlamda ribonükleik asit (RNA) virüsü, şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs-2 (SARS-CoV-2) virüsünün neden olduğu bir solunum hastalığıdır (Masters, 2019: 198). SARS-CoV-2'ye sahip kişiler, virüse maruz kaldıktan sonra 14 günlük bir inkübasyon süresiyle birlikte klinik ateş, öksürük ve nefes darlığı semptomları göstermektedir (Guan, Ni, Hu vd., 2020: 1709). Bu nedenle hastalıkla ilgili olarak insanların bilgi ve kaygı düzeyleri önem arz etmektedir (Zhong vd., 2020).

Dünya Sağlık Örgütü koronavirüs hastalığı 2019'u (Covid-19) uluslararası öneme haiz bir halk sağlığı acil durumu Pandemi ilan etmiştir. Tüberküloz (TB) ve Covid-19, öncelikle akciğerlere saldıran bulaşıcı hastalıklardır. Her iki hastalığın da öksürük, ateş ve nefes almada zorluk gibi benzer semptomları vardır. Bununla birlikte, TB, daha yavaş bir hastalık başlangıcı ile daha uzun bir kuluçka süresine sahiptir. TB hastalarında Covid-19 enfeksiyonuna ilişkin deneyim sınırlı kalırken hem TB hem de Covid-19 hastası olan kişilerin, özellikle TB tedavisine ara verilirse, kötü tedavi sonuçları olabileceği tahmin edilmektedir. Tüberküloz hastaları, Covid-19'dan korunmak için sağlık otoritelerinin tavsiye ettiği önlemleri almalı ve tüberküloz tedavisine reçete edildiği şekilde devam etmelidir (WHO, Coronavirus disease outbreak, 2020).

Bulaşıcı hastalıklar, yaşamı çeşitli düzeylerde ve boyutlarda etkileme yetenekleri göz önüne alındığında, ekolojik, biyolojik ve sosyal olaylar olarak kavramsallaştırılabilir (Alley ve Sommerfeld, 2014). İnsan davranışını şekillendiren bazı sosyal ve ekonomik faktörler, bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve kontrol edilmesi için önemli zorluklar doğurur (Heesterbeek vd., 2015). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre,

yoksullukla ilişkili hastalıklar en yoksul ülkelerdeki tüm hastalıkların yüzde 45'ini oluşturmaktadır ve tüberküloz, sıtma ve HIV/AIDS birlikte toplam hastalık yükünün yaklaşık yüzde 18'inden sorumlu olduğu belirlenmiştir (Keusch vd., 2006). Yoksulluk, kirli hava ve su gibi sosyoekonomik ve çevresel faktörler, TB enfeksiyonunun bulaşması için çok önemli risk faktörleri olarak tanımlanmaktadır (Hargreaves vd., 2011). Tüberküloz hastalarının, gelir kaybı nedeniyle yoksullaşma yaşadıkları bilinmektedir (National Control Programme, 2012). Örneğin Güney Asya'da, ortalama bir tüberküloz hastasının, yaklaşık üç ila dört aylık çalışma süresini ve yıllık hane gelirinin yüzde 30'una kadarını kaybettiği belirlenmiştir (Keusch vd., 2006).

Bulaşıcı hastalıklar önemli halk sağlığı tehdidi olmakla beraber insan hayatında ani değişikliklerle beraber uzun vadede ekonomik, güvenlik, sosyal refah, aile dinamikleri, barınma, gıda tedariki gibi temel yaşam ihtiyaçlarını temelden sarsmaktadır. Bu durum bireylerin psikososyal sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Toplum içinde yoksulluğa karşı bireylerin farklı tepkiler verdiği, bazı bireylerin geçmişten gelen tecrübeleri ile yoksullukla baş edebildikleri fakat halihazırda yoksul olmayan kişilerin hastalık sürecinde yoksullaştıklarında ise daha çabuk ümitsizliğe düştükleri ve ani gelişen endişelerden dolayı öz benliklerinin zarar gördüğü, yoksullukla baş edemedikleri görülmektedir. Bu bağlamda sosyal hizmet mesleği iş gücü kaybına uğramış, yoksullaşmış bireylere yönelik akut çalışmalar yürütmektedir. Dezavantajlı ve hassas/incinebilir ve her an yoksullaşma riskiyle karşı karşıya bulunan bireylerin, grupların ve ailelerin hak savunuculuğunu yapan bir meslek olarak sosyal hizmet, insan hakları ve sosyal adalet temeline dayanarak yoksullukla mücadelede önemli bir yer teşkil etmektedir (Duru ve Kalaycı, 2017). Koronavirüs salgınının yalnızca tüberküloz gibi viral enfeksiyondan ölüm riski değil, aynı zamanda Çin'deki ve dünyanın geri kalanındaki insanlara dayanılmaz psikolojik baskı da getirdiği görülmüştür (Duan, 2020). Stresli olaylar, bireyleri psikiyatrik bozukluklara, özellikle de depresyona yatkın hale getirebilen güçlü olumsuz çevresel faktörlerdir (Kendler, Karkowski ve Prescott, 1999). Ek olarak, araştırmalar bir salgın sırasında halkın kaygı ve depresyon belirtileri gibi olumsuz duygusal tepkiler yaşadığını göstermiştir (Van Bortel vd., 2016).

Temel ihtiyaçları karşılanamayan insanların ruh sağlığı hizmetlerine uzun vadede ihtiyaç duydukları bilinmektedir. Salgın hastalık ruh sağlığını etkilemektedir. Pandemi durumunda kişiler pek çok stres faktörüyle karşı karşıya kalmaktadır. Hastalığı taşıyan insanların yakınlarına bulaştırma kaygıları, yakınının kaybı, gelecek kaygısı, fiziksel mesafe ve buna bağlı ortaya çıkan sosyal mesafe, yalnızlık, çaresizlik, gerginlik, huzursuzluk, iletişim çatışmaları pek çok duygu ve düşünceye sebebiyet verebilmekte ve bu durum bireylerin ruh sağlığını derinden etkileyebilmektedir (Güzel ve Yanardağ, 2021). Örneğin Covid-19'un Çinliler için yetişkinlerin yaklaşık üçte birinde orta ila şiddetli anksiyete ve

depresyon semptomlarına neden olduğu bilinmektedir (Wang, 2020). Yanı sıra tüberküloz hastalığı bireylerin genel sağlık algısı, beden algısı, ruh sağlığı, fiziksel ve sosyal rollerin işlevselliği gibi yaşam kalitesinin öngörülen tüm alanlarını etkiler. Ayrıca tüberküloz hastalığı sosyal açıdan damgalanma, yalnızlık duygusu, ilaç yan etkileri, uzun süreli tedavi, gelir kaybı ve korkuya sebep olan özel bir sorundur. Hasta bireylerde gelecek hakkında belirsizlik ve kısıtlılıklar nedeniyle; yalnızlık, terk edilmişlik duygusu ya da depresyon-kaygı durumlarının yaşandığı belirlenmiştir (Ünalın vd., 2008).

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, 2019'da tahminen 465.000 MDR-TB vakası vardır ve bu, dünya çapındaki toplam TB vakasının %11'ine eşdeğerdir. Aynı yıl, tahminen yeni TB vakalarının %3,3'ü ve daha önce tedavi edilmiş vakaların %18'i MDR-TB'ye sahiptir (Global Tuberculosis Report, 2020). Sosyal hizmet uzmanı, genel nüfusun genel refahını artırmaya odaklanan, bireylerin veya toplulukların temel ve karmaşık ihtiyaçlarını karşılamaya yardımcı olan, savunmasız, ezilen ve yoksulluk içinde yaşayanlara öncelik veren bir profesyonel meslek elemanıdır. Bakıma, desteğe, hakların teşvikine ve ayrıca hassas nüfusların güçlendirilmesine büyük katkı sağlarlar (Okafor, 2021). Tüberküloz hastası olan danışanlarla yapılan sosyal hizmet müdahaleleri danışanların güçlü yanlarına ve onların başa çıkma kapasitelerini artırmaya odaklanır. Sosyal hizmet uzmanları, tüberküloz vakaları ile ilişkili fiziksel, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörlerle başa çıkmak için çok boyutlu bir tedavi programı sağlayan çok disiplinli bir ekipte psikososyal rehabilitasyon ünitesinde ve kademeli bir yerleşim biriminde hizmet vermektedir (Beverly ve Bruce, 1998). Tüberküloz (TB) ve koronavirüs (Covid-19) gibi bulaşıcı hastalıklar, politika ve uygulamayı bilgilendirmek ve bunlarla etkili bir şekilde mücadele etmek için anlaşılması gereken çevresel faktörlerle ilgilidir.

Dünyanın her yerindeki ülkelerde, sosyal olarak dezavantajlı ve yetersiz hizmet alan gruplarda belirli hastalıkların enfeksiyon oranları orantısız olarak yüksektir, bu da sağlığı ve refahı olumsuz etkiler ve bireyleri ve toplulukları hastalık ve yoksulluk döngülerine sürükler (McNeely, Schintler ve Stabile, 2020). Bu çalışmanın amacı; Covid-19 salgını sürecinde tüberküloz hastalarının; tedavileri boyunca pandemiden nasıl etkilendiklerini, bu süreçteki kaygı düzeylerini ve kaygı düzeyleri ile sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

## 2. Yöntem

### 2.1. Araştırmanın Önemi ve Amacı

Bu çalışma, pandemi sürecinde tüberküloz hastalığına sahip bireylerin karşılaştıkları problemlere ve pandemiden ne düzeyde etkilendiklerine dikkat çekerek, tüberküloz hastalığına sahip bireylerle gerçekleştirilecek tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının çerçevesini belirleyebilmek ve sosyal hizmet

uzmanlarına konuyla ilgili öngörü kazandırabilmek adına oldukça önemli görülmektedir. Araştırma sonuçlarının sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarına; tüberküloz hastalarına verilen psikososyal hizmetlere ve multidisipliner çalışan diğer meslek elemanlarına, bu alanda staj yapacak olan öğrencilere, Sağlık Bakanlığı, Verem Savaşı Daire Başkanlığı hizmet çalışmalarının ortaya çıkarılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bu araştırmanın genel amacı Covid-19 sürecinde tüberküloz hastası bireylerin sosyodemografik özellikleri ve bu özelliklerle kaygı düzeyleri arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmak ve sosyal hizmet bakış açısı ile değerlendirmektir. Genel amaca ek olarak araştırmanın alt amaçları şu şekilde ifade edilebilir:

1. Tüberküloz hastası bireylerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi.
2. Covid-19 sürecinde tüberküloz hastası bireylerin duygu ve düşüncelerinin incelenmesi.
3. Covid-19 sürecinde tüberküloz hastası bireylerin sosyodemografik özellikleri ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi.
4. Covid-19 sürecinde tüberküloz hastası bireylerin yardım alma durumları ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi.
5. Covid-19 sürecinde tüberküloz hastası bireylerin duygu ve düşünceleri ile durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi.

## **2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Bu araştırmanın evrenini İstanbul Verem Savaşı Derneği dispanserlerinde 2020 yılında tedavi alan toplam 1196 tüberküloz hastası oluşturmaktadır. Araştırmanın örnekleme kolayda örnekleme tekniği kullanılarak ulaşılmıştır ve örneklem; Taksim VSD, Şehremini VSD, Pendik VSD, Kadıköy VSD, Zeytinburnu VSD, Eyüpsultan VSD, Sarıyer VSD’de tedavi gören 132 hastadan oluşmaktadır.

Bu örnekleme dahil olan bireyler, tüberküloz hastalığına sahip bireylerdir ve araştırmacı tarafından iletişime geçilen dernek dispanserlerinden hizmet alan hastalardan oluşmaktadır. Evren İstanbul ilinde İstanbul Verem Savaşı Derneği, Verem Savaşı Dispanserinde sağlık hizmeti alan bireylerden oluşmuştur. Araştırma için İstanbul Verem Savaşı Derneği ile görüşülmüştür ve araştırma sürecinde Verem Savaş Derneği’nden veri toplama desteği sağlanmıştır.

### 2.3. Çalışmanın Etik Boyutu

Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların hizmet aldıkları kurumların yöneticileri ile araştırmacılar yüz yüze görüşme sağlamıştır ve İstanbul Verem Savaş Derneği'nden 03.07.2020 tarihinde yazılı izinler alınmıştır. Araştırma için İstanbul Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni alınmıştır (Karar No: 43037191-604.01.01-E.36311/ 11.08.2020). Araştırmanın gerçekleştirilmesi adına Sağlık Bakanlığı'ndan gerekli araştırma izni alınmıştır. Sürekli kaygı ölçeğin izni 21.07.2020 tarihinde Yöret Vakfı'ndan alınmıştır.

### 2.4. Veri Toplama Araçları ve Veri Toplama Süreci

Araştırma için veri toplama sürecinde görüşmelerde iki adet veri toplama aracı kullanılmıştır:

*Sosyodemografik Bilgi Formu:* Araştırmacı tarafından geliştirilen görüşme formunda görüşülenlerin medeni durumu, meslek, eğitim durumu ve cinsiyetleri ile ilgili bilgi toplamayı amaçlayan sorular yer almaktadır.

*Sürekli Kaygı Ölçeği:* Spielberger, Gorsuch, ve Lushene (1970) tarafından geliştirilen ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışması Öner ve Le Compte (1983) tarafından yapılmıştır. Bir tür kendini değerlendirme envanteri olan ölçek, yirmişer soruluk iki alt ölçek olmak üzere 40 maddeden oluşmaktadır. Ölçek bireylerin durumluk ve sürekli kaygı düzeylerini ölçmeyi hedeflemektedir. Ölçek dördümlü likert tiptedir (1: Hiç/Hiçbir Zaman 4: Tamamıyla/Her zaman) ve ölçekten alınan puanlardaki artış kaygı düzeyinde yükselmeyi ifade etmektedir. *Durumluk kaygı ölçeğinde* 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler ters puanlanmaktayken, sürekli kaygı ölçeğinde 21, 26, 27, 30, 33, 36 ve 39. Maddeler için ters puanlama yapılmaktadır. Geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçeğin Test- tekrar test güvenirliği Sürekli Kaygı Ölçeği için .71 ile .86 arasında, Durumluk Kaygı Ölçeği için .26 ile .68 arasında bulunmuştur. Ayrıca Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısının Sürekli Kaygı ölçeği için 0,83 ile 0,87 arasında; Durumluk Kaygı Ölçeği için 0,94 ile 0,96 arasında olduğu bilinmektedir (Öner, 1977; Öner ve Le Compte, 1983; Spielberger vd., 1970).

Araştırma verileri 2020 yılı Ekim, Kasım ve Aralık aylarında toplanmıştır. Görüşülen her hastadan, araştırma hakkında anlayabilecekleri dilde bilgilendirilmiş, gönüllü katılım onayı alınıp daha sonra görüşmelere başlanmıştır. Bireyler ile pandemi şartlarında fiziksel mesafeye dikkat edilerek ve bulaş riskine ilişkin uygun önlemler alınarak ve sosyal hizmet uzmanı ve görüşme gerçekleştiren kişilerce cerrahi maske kullanılarak yüz yüze anket uygulaması gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler yaklaşık 40-50 dakika sürmüştür. Görüşülen her birey, araştırma hakkında bilgilendirilmiş, gönüllü katılım onamı alındıktan sonra görüşmelere başlanmıştır.

## 2.5. Verilerin Analizi

Bu çalışma, nicel araştırma tasarımı ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma kapsamında tüberküloz hastalarının koronavirüs (COVID-19) pandemi sürecinde yaşadığı duygu-durumlar, tedavi hizmetlerinden yararlanma seçenekleri ve yaşadıkları durumluk-sürekli kaygı düzeyleri incelenmiştir. Bu amaçla araştırmada öncelikle frekans ve yüzde dağılımların yer aldığı betimleyici istatistiklerden yararlanılmıştır. Hastaların durumluk kaygı ortalamaları 53.66 iken sürekli kaygı ortalamaları 45.74'tür. Bununla birlikte çarpıklık katsayıları-0.10 ve 0.37; basıklık katsayıları ise-1.08 ve-0.05 olarak bulunmuştur. Basıklık ve çarpıklık değerleri  $\pm 1.5$  aralığında olduğu için değişkenlerin normal dağılım sergilediği görülmüştür (Tabachnick ve Fidell, 2013). Normal dağılım görüldüğü için verilerin analizinde demografik değişkenlere ve hastalık özelliklerine göre durumluk ve sürekli kaygı karşılaştırılırken parametrik testlerden olan bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır. Bununla birlikte bağımsız değişkende grup sayısına düşen katılımcı sayısının az olduğu değişkenlerden Mann-Whitney U testi, iki kategorik değişken arasındaki ilişkiyi incelerken ise Fisher Exact test kullanılmıştır. Aynı zamanda katılımcıların Covid-19 döneminde yaşadıkları duygular ile durumluk ve sürekli kaygı arasındaki ilişkiyi incelemek için ise pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Verilerin analizinde SPSS 22 paket programı kullanılmıştır.

## 3. Bulgular

Bu bölümde, tüberküloz hastası bireylerden elde edilen bulgulara ve yorumlara yer verilmiştir. Bulgular ve yorumları iki alt bölümde ele alınmıştır: İlkinde, tüberküloz hastası bireylerin tanıtıcı bulgulara, ikincisinde ise hastaların koronavirüs (COVID-19) virüsünün bulaşmasına yönelik duyguları ve duyguların durumluk ve sürekli kaygı ile ilişkisi, üçüncü ise hastaların sosyodemografik değişkenlerine göre durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. Dördüncü ise hastaların ihtiyaçlarının karşılanmasına göre durumluk ve sürekli kaygının karşılaştırılması yer verilmiştir.

### 3.1. Tüberküloz hastaların sosyodemografik özelliklerine ilişkin bulgular

Bu alt bölümde, tüberküloz hastaların medeni durumu, meslek, eğitim, tanı tarihi, cinsiyete, tedavi sürecinde yardım alma ve tüberküloz hastalığı ve Covid-19 sürecinde kiminle kalıyorsunuz vb. ilişkin bilgiler yer almaktadır:

**Tablo 1. Katılımcılara ait tanımlayıcı bilgiler**

|               |                 | f   | %     |
|---------------|-----------------|-----|-------|
| Medeni Durum  | Evli            | 54  | 40.9  |
|               | Bekar           | 56  | 42.4  |
|               | Ayrı yaşıyor    | 2   | 1.5   |
|               | Boşanmış        | 14  | 10.6  |
|               | Dul             | 6   | 4.5   |
| Meslek        | İşsiz           | 18  | 13.6  |
|               | Emekli          | 20  | 15.2  |
|               | Çalışıyor       | 66  | 50.0  |
|               | Ev hanımı       | 16  | 12.1  |
|               | Öğrenci         | 12  | 9.1   |
| Eğitim Durumu | Üniversite      | 34  | 25.8  |
|               | Lise            | 22  | 16.7  |
|               | Ortaokul        | 20  | 15.2  |
|               | Okuryazar       | 4   | 3.0   |
|               | Okuryazar değil | 4   | 3.0   |
|               | İlkokul         | 48  | 36.4  |
| Cinsiyet      | Kadın           | 50  | 37.9  |
|               | Erkek           | 80  | 60.6  |
|               | Diğer           | 2   | 1.5   |
| Toplam        |                 | 132 | 100.0 |

Tablo 1’de katılımcılara ait tanımlayıcı bilgiler yer almaktadır. Araştırmaya toplam 132 tüberküloz hastası katılırken, hastaların %37,9’u kadın, %60,6’sı erkek ve %1,5 diğer olarak yer almaktadır. Katılımcıların çoğunluğu %42,4 ile bekar, %40,9 ile evlidir. Bunların yanında çoğunluk %50 ile çalışırken; %36,4 ilkokul mezunu, 25.8 üniversite eğitim durumuna sahiptir. %79,5 ile çoğunluğa hastalık tanısı 2020 yılında konulmuştur.

**Tablo 2. Katılımcıların hastalıkla ilgili özelliklerine ait dağılımlar**

|                                                                  |                | f   | %    |
|------------------------------------------------------------------|----------------|-----|------|
| Tedavi Sürecinde Yardım Alma                                     | Yardım alan    | 68  | 51,5 |
|                                                                  | Yardım almayan | 64  | 48,5 |
| Tüberküloz hastalığı ve Covid-19 sürecinde kiminle kalıyorsunuz? | Aile           | 104 | 78.8 |
|                                                                  | Yalnız         | 22  | 16.7 |
|                                                                  | Ev arkadaşı    | 4   | 3.0  |
|                                                                  | Diğer          | 2   | 1.5  |
| Tüberküloz tanısı aldığınız süreçte çalışıyor muydunuz?          | Evet           | 54  | 40.9 |
|                                                                  | Hayır          | 78  | 59.1 |
| Covid-19 salgın sürecinde çalışıyor musunuz?                     | Evet           | 40  | 30.3 |
|                                                                  | Hayır          | 92  | 69.7 |
|                                                                  | Her gün        | 26  | 19.7 |



|                                                                              |             |    |      |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------|----|------|
| Tüberküloz tedavisi sürecinde sosyal çevrenizle görüşme sıklığınız nasıldır? | Haftada 1-2 | 24 | 18.2 |
|                                                                              | 15 günde 1  | 12 | 9.1  |
|                                                                              | Ayda 1      | 24 | 18.2 |
|                                                                              | Hiç         | 46 | 34.8 |
| Covid-19 salgını sürecinde sosyal çevrenizle görüşme sıklığınız nasıldır?    | Her gün     | 14 | 10.6 |
|                                                                              | Haftada 1-2 | 16 | 12.1 |
|                                                                              | Ayda 1      | 10 | 7.6  |
|                                                                              | Hiç         | 90 | 68.2 |
|                                                                              | Telefonda   | 2  | 1.5  |

Tablo 2’de katılımcıların hastalıkla ilgili özelliklerine ait dağılımlar yer almaktadır. Katılımcıların %78,8 ile çoğunluğu tüberküloz ve Covid-19 sürecinde ailesi ile kalmaktadır. Katılımcıların %40,9’u tüberküloz tanısı sürecinde %30,3 ise Covid-19 sürecinde çalışmaktadır. Katılımcıların çoğunluğu %34,8 ile tüberküloz tedavi sürecinde sosyal çevresi ile hiç görüşmezken %68,2 Covid-19 sürecinde çevresi ile hiç görüşmemektedir.

**Tablo 3. Covide-19 sürecinde Tüberküloz tanısı alındığında ortaya çıkan duygu ve düşünceler**

|                                                                                     | Evet |       | Hayır |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|------|-------|-------|-------|
|                                                                                     | f    | %     | f     | %     |
| Kronik hastalıklarım nedeniyle korkuyorum                                           | 40   | 30.30 | 92    | 69.70 |
| Sosyal ilişkilerim azaldı                                                           | 110  | 83.33 | 22    | 16.67 |
| Sosyal ortamlara mesafeli duruyorum                                                 | 114  | 86.36 | 18    | 13.64 |
| Aileme ve sevdiklerime bulaştırmaktan korkuyorum                                    | 110  | 83.33 | 22    | 16.67 |
| Bu süreci ailem ve yakınlarımla daha fazla zaman geçirme fırsatı olarak düşünüyorum | 66   | 50.00 | 66    | 50.00 |
| Takıntılı düşüncelerim                                                              | 84   | 63.64 | 48    | 36.36 |
| Takıntılı davranışlarım arttı                                                       | 72   | 54.55 | 60    | 45.45 |
| Kendimi terk edilmiş hissediyorum                                                   | 42   | 31.82 | 90    | 68.18 |
| Kendimi hapsolmuş gibi hissediyorum                                                 | 60   | 45.45 | 72    | 54.55 |
| Kendimi yalnız hissediyorum                                                         | 64   | 48.48 | 68    | 51.52 |

Tablo 3’te Tüberküloz tanısı alındığında ortaya çıkan duygu ve düşüncelere ait dağılımlar yer almaktadır. En fazla görülen seçenekler incelendiğinde %86,36 ile “Sosyal ortamlara mesafeli duruyorum”, %83,33 ile “Sosyal ilişkilerim azaldı” ve “Aileme ve sevdiklerime bulaştırmaktan korkuyorum” seçeneği olarak görülmektedir. En az görülen seçenekler ise %30,30 ile “Kronik hastalıklarım nedeniyle korkuyorum” ve %31,82 ile “Kendimi terk edilmiş hissediyorum” seçeneğidir. Tüberküloz tanısı alan bireylerin en büyük kaygıları başkalarına bu hastalığı bulaştırma ihtimalleri olmalarının farkındalıkları olduğu sonuçlarda görülmüştür.

**Tablo 4. Tüberküloz hastalarının Covid-19 salgını sürecinde ilaç kullanım ve sağlık durumlarına ait dağılımlar**

|                                                                                               |                             | f   | %     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----|-------|
| Covid-19 salgınından önce tüberküloz ilaçlarını kullanım düzeniniz nasıldır?                  | İlaçlarımı içtim            | 127 | 96.2  |
|                                                                                               | İlaçlarımı içmedim          | 5   | 3.8   |
| Covid-19 salgınında tüberküloz ilaçlarını kullanma düzeniniz nasıl etkilendi?                 | İlaçlarımı içtim            | 108 | 81.8  |
|                                                                                               | İlaçlarımı içmedim          | 24  | 18.2  |
| Tüberküloz tedavisi sürecinde aldığınız sosyal hizmet çalışmaları nasıl değerlendiriyorsunuz? | Yeterli                     | 38  | 28.79 |
|                                                                                               | Kısmen yeterli              | 40  | 30.30 |
|                                                                                               | Yetersiz                    | 54  | 40.91 |
| Covid-19 salgınında tüberküloz hastalığı klinik durumu için kontrol oldunuz mu?               | Sağlık hizmetine ulaştım    | 99  | 75    |
|                                                                                               | Sağlık hizmetine ulaşamadım | 33  | 25    |

Tablo 4'te Tüberküloz hastalarının Covid-19 salgını sürecinde ilaç kullanım ve sağlık durumlarına ait dağılımlar yer almaktadır. Hastaların %96,2'si Covid-19 öncesinde ilaçlarını içtiğini ve Covid-19 salgınında hastaların %81,8 ilaçlarını içtiğini ifade etmektedir. Hastaların %40,91'i tüberküloz tedavi sürecinde aldığı sosyal hizmet desteğini yetersiz görürken %30,30 kısmen yeterli, %28,79 yeterli görmektedir. Aynı zamanda Covid-19 salgınında hastaların %75 sağlık hizmetine ulaştığını ve %25 ise sağlık hizmetine ulaşmadığını ifade etmektedir.

**Tablo 5. Covid-19 salgın sürecinde destek alma ve yardım alma durumu**

|                 | Yeterli |       | Yetersiz |       | Kısmen Yeterli |      | Diğer |      |
|-----------------|---------|-------|----------|-------|----------------|------|-------|------|
|                 | f       | %     | f        | %     | f              | %    | f     | %    |
| Sosyal hizmet   | 56      | 42.42 | 56       | 42.42 | 12             | 9.09 | 8     | 6.06 |
| Ekonomik Destek | 38      | 28.79 | 74       | 56.06 | 12             | 9.09 | 8     | 6.06 |

Tablo 5'te Tüberküloz hastalarının ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik dağılımlar yer almaktadır. Hastaların %42,42 ile sosyal hizmet destekleri karşılanmıştır. Yetersiz olarak değerlendirilen ihtiyaç ise en fazla %56.06 ile ekonomik destek ve %42,42 ile sosyal hizmet desteğidir. Ekonomik desteğe ihtiyacı olduğu halde sosyal hizmet danışmanlığından haberdar olmayan ve danışmanlık ihtiyacı olmadığını düşünen kişilerin çoğunlukta olduğu görülmüştür.

### 3.2. Hastaların Covid-19 virüsünün bulaşmasına yönelik duyguları ve duyguların durumluk ve sürekli kaygı ile ilişkisi

**Tablo 6. Tüberküloz tedavisi görürken Covid-19 virüsünün bulaşmasına yönelik duyguları ve duyguların durumluk ve sürekli kaygı ile ilişkisi**

| Duygular   | Ortalama | Standart sapma | Durumluk Kaygı | Sürekli Kaygı |
|------------|----------|----------------|----------------|---------------|
| Kaygı      | 2.86     | 1.32           | .54**          | .33**         |
| Stres      | 2.89     | 1.32           | .51**          | .33**         |
| Korku      | 2.79     | 1.38           | .58**          | .36**         |
| Umut       | 2.17     | 1.21           | -.28**         | .06           |
| Umutsuzluk | 2.65     | 1.34           | .64**          | .24**         |

\* p<0.05    \*\* p<0.01    \*\*\* p<0.001

Tablo 6’da Tüberküloz tedavisi görürken Covid-19 virüsünün bulaşmasına yönelik duygulara ait tanımlayıcı istatistikleri ve duygular ile durumluk ve sürekli kaygı arasındaki ilişki yer almaktadır. Hastaların Covid-19 döneminde yaşadıkları duygular incelendiğinde 2.89 ortalama ile en fazla stres duygusu, 2.17 ortalama ile en az umut duygusu yer almaktadır. Değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde Durumluk kaygı ile kaygı ( $r=0.54$ ,  $p<0.01$ ), stres ( $r=0.51$ ,  $p<0.01$ ), korku ( $r=0.58$ ,  $p<0.01$ ) ve umutsuzluk ( $r=0.64$ ,  $p<0.01$ ) duyguları arasında pozitif yönlü, umut ( $r=-0.28$ ,  $p<0.01$ ) ile negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Sürekli kaygı ile kaygı ( $r=0.33$ ,  $p<0.01$ ), stres ( $r=0.33$ ,  $p<0.01$ ), korku ( $r=0.36$ ,  $p<0.01$ ) ve umutsuzluk ( $r=0.24$ ,  $p<0.01$ ) duyguları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur.

Tüberküloz tedavisi görürken kişilerin koronavirüs bulaşma riskinden yaşadıkları stresin yoğun olduğu çıkan sonuçlarda görülmüş olup kişilerin bu süreçte tüberküloz tedavisi açısından daha düzenli oldukları ve ilaçların kullanımlarının önemini daha iyi kavradıkları görülmüştür. Danışanlar ile yapılan görüşmelerde ‘saat kurup ilaçlarını günlük olarak düzenini bozmadıkları’ görüşleri hâkim olduğu saptanmıştır. Tüberküloz gibi tedavi edilmezse ölümcül olan bir hastalığın tedavi sürecinde kişilerin umut düzeyleri düşük olan kişilerde, tüberküloz tedavisinin düzensiz olduğu saptanmıştır ayrıca bu kişilerin hastalık hakkında yeterince bilgi sahibi olmadıkları saptanmıştır. Korku yaşayan kişilerin çoğunlukla kendilerini sosyal izolasyona aldıkları uzun zaman kimse ile görüşmedikleri yapılan görüşmelerde saptanmıştır.

### 3.3. Hastaların sosyodemografik değişkenlerine göre Covid-19 salgını sürecinde durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin karşılaştırılması

Tablo 7’de sosyodemografik değişkenlere göre durumluk ve sürekli kaygının karşılaştırılmasına ait bağımsız örneklem t testi ve tek yönlü varyans analizi bulguları yer almaktadır.

**Tablo 7. Sosyodemografik değişkenlere göre durumluk ve sürekli kaygının karşılaştırılması**

|                                         | Durumluk Kaygı |                |          | Sürekli Kaygı |                |          |
|-----------------------------------------|----------------|----------------|----------|---------------|----------------|----------|
|                                         | Ortalama       | Standart Sapma | t/F      | Ortalama      | Standart Sapma | t/F      |
| <b>Cinsiyet</b>                         |                |                |          |               |                |          |
| Kadın (n=48)                            | 59.08          | 16.79          | 2.773**  | 51.5          | 13.28          | 4.032*** |
| Erkek (n=80)                            | 51             | 15.46          |          | 42.55         | 10.01          |          |
| <b>Meslek</b>                           |                |                |          |               |                |          |
| İşsiz (n=16)                            | 54.5           | 12.39          | 7.562*** | 49.5          | 10.99          | 5.792*** |
| Emekli (n=20)                           | 37             | 13.32          |          | 35.3          | 9.63           |          |
| Çalışıyor (n=66)                        | 57.55          | 15.59          |          | 48.15         | 11.94          |          |
| Ev hanımı (n=16)                        | 58             | 15.71          |          | 47.38         | 12.16          |          |
| Öğrenci (n=12)                          | 53.17          | 17.01          |          | 42.67         | 8.73           |          |
| <b>Kiminle yaşıyor</b>                  |                |                |          |               |                |          |
| Aile (n=102)                            | 55.08          | 17.37          | 3.596*   | 45.84         | 12.31          | 1.340    |
| Yalnız (n=22)                           | 45.45          | 9.62           |          | 42.09         | 9.80           |          |
| <b>Tüberküloz tanısı alınca çalışma</b> |                |                |          |               |                |          |
| Evet (n=52)                             | 61.81          | 14.58          | 4.998*** | 48.62         | 12.46          | 2.251*   |
| Hayır (n=78)                            | 48.23          | 15.55          |          | 43.82         | 11.52          |          |
| <b>Covid-19 döneminde çalışma</b>       |                |                |          |               |                |          |
| Evet (n=40)                             | 60.80          | 14.93          | 3.417**  | 49.35         | 13.61          | 2.309*   |
| Hayır (n=90)                            | 50.49          | 16.28          |          | 44.13         | 11.05          |          |

\* p<0.05 \*\* p<0.01 \*\*\* p<0.001

Cinsiyete göre durumluk kaygı (t= 2.773, p<0.01) ve sürekli kaygı (t= 4.032, p<0.001) puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur. Cinsiyete göre kadınların durumluk kaygı ve sürekli kaygı ortalamalarının erkeklerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Kadınların toplum içerisinde daha izole yaşadıkları ve aile içinde çocuk, yaşlı bakım sorumluluğunun büyük iş yükü kadınlarda olduğu göz önüne alındığında kaygı ve sürekli kaygının yüksek olması sonuçları olmaktadır.

Mesleklere göre durumluk kaygı (F= 7.562, p<0.001) ve sürekli kaygı (F= 5.792, p<0.001) puanlarında anlamlı fark bulunmuştur. Farklılığın kaynağını belirlemek için post-hoc testlerden olan LSD testi yapılmıştır. LSD sonucunda durumluk ve sürekli kaygı puanlarında emeklilerin ortalamasının diğer meslek gruplarından anlamlı olarak daha düşük olduğu bulunmuştur. Bulaşıcı hastalıklarda damgalanmaya bağlı işten atılma korkusunun gelir kaybı yaşamayacak olan emeklilerde durumluk ve sürekli kaygı puanlarının düşük olduğu görülmüştür.

Hastaların yaşadıkları kişiye göre sürekli kaygı ( $t=1.340$ ,  $p>0.05$ ) puanlarında anlamlı farklılık yokken, durumluk kaygı ( $t=3.596$ ,  $p<0.05$ ) puanlarında anlamlı farklılık vardır. Yalnız yaşayanların durumluk kaygı ortalamasının ailesiyle yaşayanlardan daha düşük olduğu bulunmuştur. Yalnız yaşayanların sevdiklerine bulaştırma korkusunun düşüklüğü ile orantılı olduğu görülmüştür.

Tüberküloz tanısı alınca çalışma durumuna göre durumluk kaygı ( $t= 4.998$ ,  $p<0.001$ ) ve sürekli kaygı ( $t= 2.251$ ,  $p<0.05$ ) puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur. Tüberküloz tanısı alınca çalışanların durumluk kaygı ve sürekli kaygı ortalamalarının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bulaşıcı hastalığa sahip olan bireylerin iş çevresinde yapılan temaslı taramaları ve bireyin kimlik bilgilerin paylaşılması veya hasta olan kişi aracılığı ile verem savaş dispanserine iş arkadaşlarının davet edilmesi işten atılma kaygısı ve iş yerinde arkadaşları tarafından dışlanma, uzaklaştırma durumlarının ortaya çıkmasına neden olduğu görülmüştür.

Covid-19 pandemi döneminde çalışma durumuna göre durumluk kaygı ( $t= 3.417$ ,  $p<0.01$ ) ve sürekli kaygı ( $t= 2.309$ ,  $p<0.05$ ) puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur. Covid-19 pandemi döneminde çalışanların durumluk kaygı ve sürekli kaygı ortalamalarının çalışmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Hali hazırda bulaşıcı bir hastalığa sahip olan bireylerin Covid-19 gibi başka bulaşıcı bir hastalığa yakalanma riski ile çalışıyor olmalarının olumsuz etkileri görülmüştür.

### 3.4. Covide-19 sürecinde hastaların ihtiyaçlarının karşılanmasına göre durumluk ve sürekli kaygının karşılaştırılması

Tablo 8’de hastaların ihtiyaçlarının karşılanmasına göre durumluk ve sürekli kaygının karşılaştırılması amacıyla yapılan tek yönlü varyans analizi bulguları yer almaktadır.

**Tablo 8. Covide-19 sürecinde hastaların ihtiyaçlarının karşılanmasına göre durumluk ve sürekli kaygının karşılaştırılması**

|                              | Durumluk Kaygı |                |          | Sürekli Kaygı |                |          |
|------------------------------|----------------|----------------|----------|---------------|----------------|----------|
|                              | Ortalama       | Standart Sapma | F        | Ortalama      | Standart Sapma | F        |
| <b>Sosyal hizmet desteği</b> |                |                |          |               |                |          |
| Yeterli (n=54)               | 49.33          | 18.40          | 8.050*** | 44.30         | 12.05          | 8.572*** |
| Yetersiz (n=56)              | 61.04          | 12.67          |          | 50.32         | 11.40          |          |
| Kısmen (n=12)                | 45.00          | 10.51          |          | 40.00         | 7.14           |          |
| Diğer (n=8)                  | 44.25          | 14.95          |          | 32.00         | 6.00           |          |
| <b>Ekonomik destek</b>       |                |                |          |               |                |          |
| Yeterli (n=36)               | 52.44          | 17.11          | .488     | 46.22         | 9.41           | 3.265*   |
| Yetersiz (n=74)              | 55.05          | 16.84          |          | 47.46         | 13.23          |          |
| Kısmen (n=12)                | 49.67          | 13.73          |          | 40.17         | 8.77           |          |
| Diğer (n=8)                  | 52.25          | 15.99          |          | 36.00         | 10.45          |          |

---

\* p<0.05    \*\* p<0.01    \*\*\* p<0.001

---

Tablo 8’da sosyal hizmet desteği alma durumuna göre durumluk kaygı ( $F= 8.050, p<0.001$ ) ve sürekli kaygı ( $F= 8.572, p<0.001$ ) puanlarında anlamlı farklılık vardır. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için post-host testlerden olan LSD testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda sosyal hizmet desteğini “yetersiz” olarak belirtenlerin durumluk ve sürekli kaygı ortalamaları “yeterli”, “kısmen” ve “diğer” gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.

Tüberküloz tanısının alındığı ilk andan itibaren hasta ve aile üyeleri tarafından nasıl algılandığının, aile sisteminde nasıl değişimlere yol açtığının, ne tür ihtiyaçlara gereksinim olduğunu ve hangi kaynaklara ihtiyacı olacağını, tüberküloz hastalığı ile birlikte oluşan yeni yaşam sisteminin bir meslek profesyoneli ile değerlendirilmesi ve tedaviyi gerçekleştirecek verem savaş dispanserlerinin bilgilendirilmesi çok önemlidir. Sosyal hizmet uzmanı tarafından yapılan değerlendirmelerde hastanın hastalığına ve tedavi’de doğrudan gözetimli tedaviye (DGT) psiko-sosyal uyumu, sosyal destek kaynakları, bu kaynakların fonksiyonelliği, devamlılığı, niceliği-niteliği, hastanın ne tür psikososyal gereksinimlerinin olduğu ve hangi toplumsal kaynaklardan yararlanılabileceği gibi durumlar üzerine odaklanmaktadır. Değerlendirmeyi gerçekleştiren sosyal hizmet uzmanı, hastanın tıbbi tedavi ve psikososyal hizmetlerinden en hızlı biçimde yararlanabilmesi için hastalıkla birlikte gelen sorunlara yönelik bir müdahale planı hazırlar ve bir vaka yöneticisi olarak hasta için gerekli olan hizmetleri belirler. Sosyal hizmet müdahalesi çerçevesinde yapılan psikososyal değerlendirmeler ve profesyonel müdahale planları, hastaların yaşam kalitesi düzeyini hastalık öncesi yaşam kalitelerine en yakın veya daha da yükseltilmesine önemli katkı sağlamada ciddi role sahiptir.

Verem Savaşı Dispanserinde çalışan bir sosyal hizmet uzmanı, hastanın tanı aşamasında, tedavisi sürecinde ve sonrasında, ihtiyaçlarına göre farklı mesleki rolleri yerine getirmek için hasta ve ailesinin, sağlık hizmetlerine ulaşımı, acil barınma, beslenme, kıyafet, eğitim, tüberküloz dışı ilaç, sosyal hizmet kuruluşları, yerel yönetimler, sivil toplum kuruluşları gibi farklı toplumsal kaynaklardan faydalanmaları için çalışır. Tüberküloz hastasının tedavisine psikososyal yönden sosyal hizmet uzmanı tarafından destek verilmesi tedavinin başarısı ve hastanın iyilik halini artıracığı görülmektedir.

Ekonomik destek alma durumuna göre durumluk kaygı ( $F= 0.488, p>0.05$ ) puanlarında anlamlı farklılık yokken; sürekli kaygı ( $F= 3.265, p<0.05$ ) puanlarında anlamlı farklılık vardır. Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için post-host testlerden olan LSD testi yapılmıştır. Yapılan analiz sonucunda ekonomik desteği “yetersiz” olarak değerlendirenlerin sürekli kaygı ortalamaları “kısmen” ve “diğer” olarak değerlendirenlere göre daha yüksek bulunmuştur.

Tablo 9'da tüberküloz tanısı alındığında ortaya çıkan duygu ve düşüncelere göre durumluk ve sürekli kaygı puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan bağımsız örneklemelerde t testi bulguları yer almaktadır.

**Tablo 9. Covide-19 sürecinde Tüberküloz tanısı alındığında ortaya çıkan duygu ve düşüncelere göre durumluk ve sürekli kaygı puanlarının karşılaştırılması**

|                                                                                            | Durumluk Kaygı |       |           | Sürekli Kaygı |       |           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-------|-----------|---------------|-------|-----------|
|                                                                                            | Ort            | SS    | t         | Ort           | SS    | t         |
| <b>Bu süreci ailem ve yakınlarımla daha fazla zaman geçirme fırsatı olarak düşünüyorum</b> |                |       |           |               |       |           |
| Hayır (n=66)                                                                               | 56.94          | 14.56 | 2.336*    | 47.88         | 12.43 | 2.077*    |
| Evet (n=64)                                                                                | 50.28          | 17.82 |           | 43.53         | 11.40 |           |
| <b>Takıntılı düşüncelerim</b>                                                              |                |       |           |               |       |           |
| Hayır (n=48)                                                                               | 49.17          | 16.51 | -2.417*   | 40.33         | 11.08 | -4.138*** |
| Evet (n=82)                                                                                | 56.29          | 16.05 |           | 48.90         | 11.57 |           |
| <b>Takıntılı davranışlarım arttı</b>                                                       |                |       |           |               |       |           |
| Hayır (n=60)                                                                               | 47.40          | 16.02 | -4.257*** | 41.07         | 11.29 | -4.356*** |
| Evet (n=70)                                                                                | 59.03          | 15.09 |           | 49.74         | 11.35 |           |
| <b>Kendimi terk edilmiş hissediyorum</b>                                                   |                |       |           |               |       |           |
| Hayır (n=90)                                                                               | 50.16          | 15.22 | -3.814*** | 42.07         | 10.13 | -5.821*** |
| Evet (n=40)                                                                                | 61.55          | 16.80 |           | 54.00         | 12.17 |           |
| <b>Kendimi hapsolmuş gibi hissediyorum</b>                                                 |                |       |           |               |       |           |
| Hayır (n=72)                                                                               | 50.36          | 14.85 | -2.593*   | 42.58         | 10.61 | -3.454**  |
| Evet (n=58)                                                                                | 57.76          | 17.67 |           | 49.66         | 12.74 |           |
| <b>Kendimi yalnız hissediyorum</b>                                                         |                |       |           |               |       |           |
| Hayır (n=68)                                                                               | 47.74          | 15.28 | -4.606*** | 40.29         | 10.11 | -6.084*** |
| Evet (n=62)                                                                                | 60.16          | 15.46 |           | 51.71         | 11.28 |           |

\*p<0.05 \*\*p<0.01 \*\*\*p<0.001

Tablo 9'da yer alan analiz sonucunda takıntılı düşünceleri bulunanların, takıntılı davranışları artanların, kendini terk edilmiş hissedenenlerin, kendini hapsolmuş hissedenenlerin ve kendini yalnız hissedenenlerin durumluk kaygı puanları anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Bununla birlikte süreci aile ve yakınlarıyla daha fazla zaman geçirme olarak değerlendirilmemiştir.

Sürekli kaygı puanlarında ise takıntılı düşünceleri bulunanların, takıntılı davranışları artanların, kendini terk edilmiş hissedenenlerin, kendini hapsolmuş hissedenenlerin ve kendini yalnız hissedenenlerin sürekli kaygı puanları anlamlı olarak daha yüksek çıkmıştır. Ayrıca süreci aile ve yakınlarıyla daha fazla zaman geçirme olarak değerlendirenlerin sürekli kaygı puanları anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur.

#### 4. Sonuç ve Tartışma

Korona virüs dünyaya yayılırken küresel bir tehdit oluşturmaktadır. Pandemi, yalnızca bireysel düzeyde tehlikeli enfeksiyona neden olmakla kalmamakta, aynı zamanda aile hayatı, sağlık hizmetleri, iş, eğitim, ekonomi, sosyal hizmetler vb. gibi alanları da etkilemektedir. Büyük merkezlerde tüberküloz görülme

sıklığı, yoksulluğun artması, gelir dağılımındaki eşitsizlik ve kentleşmenin hızlanmasıyla doğrudan ilişkilidir. TB'nin yetersiz kontrolü, etkili halk sağlığı önlemlerinin gerekliliğine işaret etmektedir. ÇİD-TB'nin dünyada giderek tekrarlayan görünümü, hastalığın farklı direnç biçimleri nedeniyle kullanılan terapötik yaklaşımların giderek yetersiz kaldığını göstermektedir (Sinshaw vd., 2019). Covid-19 salgını, dünya çapında etkili olmakta ve insanların günlük yaşam rutinleri üzerinde önemli etkiler bırakmaktadır. Bu etkiler, tüberküloz hastaları üzerinde ikincil bir dezavantajlılık durumu oluşmaması açısından daha çok ve farklı sorunlar arz edebilir hale gelmektedir. Bu sorunlara karşı kaygı durumlarının Covid-19 pandemisi sürecinde değerlendirilmesini ve çeşitli sosyodemografik değişkenlerle ilişkisini incelemeyi amaçlayan bu çalışmada ortaya çıkan sonuçlar bu bölümde detaylı olarak ele alınmış ve tartışılmıştır.

Sosyal destek, TB hastalarının tedavilerini tamamlamalarına yardımcı olmanın etkili bir yolu olarak kabul edilmektedir (Alagna vd., 2015). Sosyal koruma, son zamanlarda TB bakımı ve önlenmesi için kilit bir politika alanı olarak ortaya çıkmıştır (Tanimura vd., 2014). Araştırmalar, Brezilya'da TB'nin, sosyal koşullarla doğrudan bağlantısı olan önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam ettiğini göstermektedir (Saúde ve Saúde, 2019). Sosyal destek sağlamaya yönelik geleneksel yaklaşımların (danışmanlık desteği, aile ve toplum desteği ve sağlık eğitimi gibi) tüberküloz tedavisi başarısını olumlu etkilediği gösterilmiştir (Deshmukh vd., 2018). Bu noktada katılımcıların çoğunun tüberküloz hastası olduğu ve Covid-19 sürecinde ailesi ile yaşadıkları görünürken, aile ve sevdiklerine bulaştırma korkusuna da sahip oldukları saptanmıştır. Katılımcıların çoğunluğu tüberküloz tedavi sürecinde ve Covid-19 sürecinde sosyal çevreleri ile görüşmedikleri ve sosyal ilişkilerinin azaldığı ortaya çıkmıştır. Ayrıca yalnız yaşayanların durumluk kaygısının ailesiyle yaşayanlardan daha düşük olduğu bulunmuştur. Yalnız yaşayanların sevdiklerine bulaştırma korkusunun düşüklüğü ile orantılı olduğu görülmüştür. Skiles ve arkadaşlarının (2018) çalışmasına göre yüksek riskli tüberküloz hastalar için tedavi başarı oranlarına bakıldığında sosyal destek alan hastaların önemli ölçüde iyileştikleri ortaya çıkmıştır. TB tedavisi süresince sağlık sunucularından ve komşular ya da aile gibi destekleyici ağlardan gelen duygusal desteğin önemi vurgulanmıştır (Naidoo, Dick ve Cooper, 2009). Ayrıca hem gelişmekte olan hem de gelişmiş ülkelerde yapılan araştırmalar, sosyal desteğin hastalar için strese karşı bir tampon görevi görebileceğini ve iyileşmelerine yardımcı olabileceğini gösterse de belirli etkileşimler, ilişkilerde izolasyon ve mesafe duygularıyla da sonuçlanabilmektedir (Marra vd., 2004).

İlaçların etkileri ve tedaviye verilen tepkiler, uyum için eşit derecede önemli olan konuları içermektedir. Walker ve meslektaşlarına (2019) göre, bu konular tedavi ve tedavi beklentileri, sağlığın korunması için motivasyon ve tedaviye devam etmenin kişisel avantajları ile tedavi sırasında bazı



davranışları sınırlayan tedavi yaklaşımının faydalarıdır. Araştırmanın sonucuna bakıldığında hastaların çoğunun Covid-19 salgını öncesi ve sürecinde tüberküloz ilaçlarını düzenli bir şekilde kullandıkları görülmüştür.

Santos ve arkadaşlarının (2021) yaptığı araştırmanın sonuçlarına göre katılımcılar, bilinen bir tedavisi olmadığı, sosyal hayattan uzun süreli izolasyon gerektirdiği ve en şiddetli haliyle ölümcül olabileceği için yeni koronavirüsün bulaşma olasılığı konusunda yüksek düzeyde korku ve endişe duyduklarını ifade etmişlerdir. Araştırmanın diğer bir sonucuna göre hastaların Covid-19 döneminde yaşadıkları duygular incelendiğinde en fazla stres duygusu, en az umut duygusu yer almaktadır. Durumluk kaygı ile stres, korku ve umutsuzluk duyguları arasında pozitif yönlü, umut ile negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Sürekli kaygı ile kaygı, stres, korku ve umutsuzluk duyguları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunmuştur. Yer alan analiz sonucunda takıntılı düşünceleri bulunanların, takıntılı davranışları artanların, kendini terk edilmiş hissedenlerin, kendini hapsolmuş hissedenlerin ve kendini yalnız hissedenlerin durumluk kaygı ve sürekli kaygılarının yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Dolayısıyla pandemide TB tedavisi sürecini en az zararla doğru bir biçimde yönetebilmek için tıbbi tedavinin yanında toplum ruh sağlığının korunması adına multidisipliner dayanışma ile psikososyal destek hizmetlerine ihtiyaç duyulmaktadır.

Depresyon ve anksiyete bozuklukları oranlarında kadınların baskın olduğu bilinen bir gerçektir (Murphy, Tohen ve Tsuang, 1999). Ayrıca araştırmanın sonucuna göre kadınların durumluk kaygı ve sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. İlbaş'ın (2014) yaptığı çalışmada sürekli kaygı ölçeği ile karşılaştırıldığında izolasyonda kadınlarda daha fazla anksiyete ve depresyon ortaya çıktığı belirlenmiştir. İzolasyonun süresi uzadıkça kadınlarda sürekli kaygının arttığı, erkeklerde ise bir değişiklik olmadığı saptanmıştır.

Covid-19 ve TB arasındaki olası geçici ilişkiden bağımsız olarak, her iki bulaşıcı hastalık da dünya çapında sosyal ve ekonomik anlamda sinerjik bir etkiye sahip olabilir. Bunun nedeni, her iki hastalığın da yoksul ve yetersiz beslenen nüfusa sahip aşırı kalabalık bölgelerde yayılmasının beklenmesidir (Khurana ve Aggarwal, 2020). Tüberküloz tedavisi aramanın ekonomik yükünün hastalar ve etkilenen haneler için genellikle çok yüksek olduğu bilinmektedir. TB bakımına erişim ve tedaviye devam etmek, birçok insan için yüksek bir finansal yıkım veya daha fazla yoksullaşma riskiyle birlikte gelir. Çoğu ortamda, gelir kaybı, yüksek maliyetlerin baskın bir nedenidir (Tanimura vd., 2014). Birçok ülkede ulusal TB programıyla bağlantılı hizmetlerde TB ilaçları ve TB'ye özgü temel testler ücretsiz olmasına rağmen, ilaç maliyetleri ve teşhis testleri doğrudan tıbbi maliyetlerin önemli itici güçleridir (John vd., 2009). Tüberküloz hastalığının, ekonomik ve sosyal yönden büyük kayıplara sebep olduğu belirlenmiştir

(Işıkan, 2005). Sosyoekonomik durumu iyi olmayan hastaların sürekli kaygı düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aylık gelir düzeyi arttıkça anksiyete ve depresyon düzeylerinde azalma olduğu belirlenmiştir (İlbaş, 2014). Ayrıca, düşük eğitim seviyesi, ÇİD-TB tedavi kaybının başlamasında ve takibe alınmasında önemli bir role sahiptir. Düşük eğitim düzeyi ve düşük gelir, sağlık hizmetlerine erişimi sınırlayan zayıf altyapılarla ilişkilidir (Pizzol vd., 2018). Araştırmanın diğer sonucuna göre katılımcıların çoğunun tüberküloz tanısı sürecinde ve Covid-19 sürecinde çalışmadıkları belirlenmiştir. Ayrıca tüberküloz tanısı alan ve Covid-19 pandemi döneminde çalışan bireylerin durumluk kaygı ve sürekli kaygılarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çünkü bu hastalar işlerini kaybetme korkusuyla karşı karşıya kalmaktadırlar. Ayrıca emekli hastaların durumluk ve sürekli kaygılarının düşük olduğu görülmüştür.

Kriz zamanlarında sosyal hizmet uygulaması, savunuculuk, sosyal izolasyonla destek, ruh sağlığı ve bilgi erişimi, işsizlik, mali zorluklar ve okullaşmanın aksaması gibi konularda çok çeşitli hizmetler sunmaktadır (Park ve Lee, 2016). Sosyal hizmet uzmanları, Covid-19'dan etkilenen topluluklara yardım etme ve destekleme konusunda önemli ve ön safta bir rol oynama sorumluluğuna sahiptir. Sosyal hizmet uzmanlarının sorumlulukları, Covid-19'un yayılmasına karşı mücadele, planlama ve müdahaleye en savunmasız kişilerin dahil edilmesini sağlamaktır (Okafor, 2021).

Yoksulluk alanında faydalanabilecek sosyal hizmet yaklaşımı sistem ve ekolojik sistem yaklaşımıdır. Sosyal hizmet uzmanı yoksul ve yoksul olma adayı olan müracaatçıların durumlarını anlamakta, yoksulluğun sebep sonuç ilişkisine bir bütün olarak bakarak müracaatçı katılımını sağlayarak çözüm önerileri sunabilmektedir. İhtiyaç sahibi bireylere ne tür hizmetlerin verilebileceğini belirlemek için bu yaklaşımlardan faydalanılmaktadır (Duru ve Kalaycı, 2017).

Sosyal hizmet uzmanları, ekolojik bakış açısını kullanarak makro, mezo ve mikro düzeyde müdahale ederek TB'li kişilerin yaşam ihtiyaçlarını ele alır. Makro düzeyde, sosyal, politik, sosyoekonomik ve daha geniş çevresel koşulların tüberkülozlu kişiler üzerindeki etkilerini araştırırlar. Bu koşullar, kolluk kuvvetleri, mahkemeler, kamu yardımı, toplu konut ve ilaç gibi harici sistemleri içerir. Sosyal hizmet uzmanları, TB'li kişilerin ihtiyaçlarını karşılayamadıklarında bu sistemlerde gerekli değişiklikleri savunurlar (Beverly ve Bruce, 1998). Mezo düzeyde, ekolojik perspektifi kullanan sosyal hizmet uzmanları müracaatçıların sosyal destek ağlarına ve müracaatçıların bu destek ağlarıyla olan bağlantısına odaklanabilmektedirler. Ailelerle çalışma konusundaki bilgi ve becerileriyle sosyal hizmet uzmanları, uyumu teşvik etmek için aile ve sosyal desteğin oluşturulmasına veya güçlendirilmesine yardımcı olabilirler (Noble ve Hamilton, 1983). Mikro düzeyde, tüberküloz hastası danışanlarla yapılan sosyal hizmet müdahaleleri danışanların güçlü yanlarına ve onların başa çıkma kapasitelerini artırmaya

odaklanırlar (Beverly ve Bruce, 1998). Bu nedenle, koronavirüs pandemisinin etkilerinden dolayı sosyal hizmet uzmanları üzerinde özel taleplerde bulunduğu görülmüştür. TB hastalarının yetersiz ekonomik desteğe rağmen çoğunun sosyal hizmet danışmanlığı almadığı belirlenmiştir. Hasta bireylerin toplumda var olan sosyal destek ve sosyal yardım kaynaklarına nasıl ulaşabileceği konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları belirlenmiştir (Balbay vd., 2004). Sosyal hizmet profesyonellerinin süreç içerisine katılımının artırılması adına Uluslararası Sosyal Hizmet Çalışanları Federasyonu (IFSW); Sosyal Hizmet profesyonellerinin Covid-19 salgın sürecine yönelik yapılması gereken mesleki çalışmalarda Covid-19 virüsüne, eşitsizliğe ve bunun sonucu ortaya çıkan ekonomik yetersizliklere karşı temel bir koruma biçimi olarak, sağlık ve sosyal hizmet uygulamalarının geliştirilmesini, güçlendirilmesini savunmuştur (IFSW, 2020). Bu bağlamda sosyal hizmet uzmanları, salgın sürecinde sosyal destek kaynaklarına nasıl ulaşabileceği bilgisine sahip olmayan dezavantajlı bireylerin, ailelerin ve grupların oluşmasının önüne geçilebilecek, mesleki müdahalelerde koruyucu önleyici rolünü uygulayabilecektir.

Araştırmanın sonucuna göre COVID-19 sürecince sosyal hizmet desteği “yetersiz” olanların durumluk ve sürekli kaygıları daha yüksek bulunmuştur. Aynı zamanda ekonomik desteği “yetersiz” olanların sürekli kaygıları daha yüksek bulunmuştur.

Sosyal hizmet profesyonellerinin salgın hastalıklara bağlı meydana gelen iş gücü kayıplarında yapılacak olan sosyal destek sürecinin yönetiminde söz sahibi olması; mevcut kaynakların gerçek ihtiyaç sahiplerine öz saygı yitimine sebep olmadan, insan onuruna zarar vermeden ulaştırılması konusunda ve sosyo-ekonomik politikaların oluşturulmasında gerekli mesleki müdahalelerin hayata geçirilmesi bağlamında katkı sağlayacaktır.

Yer verilen sonuçlar doğrultusunda sunulabilecek öneriler şu şekildedir;

- 1) Tüberküloz hakkında bilgi ve tutum konusunda yerel çalışmaların yapılması zorunlu hale gelmektedir.
- 2) Halk sağlığı eğitimi, insanları hastalığın önleyici yönleri hakkında bilinçlendirmek için önemlidir.
- 3) Sosyal hizmet merkezleri ve sağlık bakanlığı bünyesinde görev yapacak ve tüberküloz hastalığına sahip bireylerin Covid-19 pandemi sürecinde düzenli takibinden ve gerekli müdahalelerin sunulmasından sorumlu olacak bir çalışma ekibinin oluşturulması yerinde bir yaklaşım olacaktır.
- 4) Sosyal hizmet uzmanlarının, pandemi sürecinde tüberküloz hastalığına sahip bireyler ve aileleriyle gerçekleştirecekleri mesleki çalışmalarını bu doğrultuda planlanması ve özellikle bireylerin psikososyal iyilik hallerinin korunması ve geliştirilmesi adına gayret gösterilmesi faydalı olacaktır.

5) Danışmanlık ve sağlık eğitiminden oluşan bir sosyal destek müdahalesi yoluyla tüberküloz tedavisine uyumsuzluğunun azalacağı öngörülmektedir.

6) Halk sağlığı sistemini güçlendirmek ve modernize etmek gereklidir.

7) Ekonomik desteğe ihtiyacı olan hastaların sosyal hizmet desteğinin varlığı hakkında bilgilendirilmesi faydalı olacaktır.

## 5. Kaynakça

- Alagna, R., Diaw, M.M., Centis, R., & Cirillo, D.M. (2015). Besozzi G. Universal health coverage and social support in Senegal: a comprehensive approach against tuberculosis. *Eur Respir Journal*, 46(3), 869–871.
- Alley, C., & Sommerfeld, J. (2014). Infectious disease in times of social and ecological change. *Med Anthropol*, 33(2), 85-91.
- Balbay, Ö., Işıkan, V., Annakkaya, A. N., Arbak, P., Bilgin, C., Bulut, İ., & Yıldırım, Y. (2004). Sosyal ve ekonomik boyutuyla Türkiye'deki Tüberküloz hastaları. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 2, 5-14.
- Beverly, B., & Bruce, M. E. (1998). Treating Tuberculosis. *Social Work in Health Care*, 26(3), 51–68.
- Deshmukh, R.D., Dhande, D. J., Sachdeva, K. S., Sreenivas, A. N., Kumar, A. M. V., & Parmar, M. (2018). "Social support a key factor for adherence to multidrug-resistant tuberculosis treatment." *Indian Journal of Tuberculosis*, 65(1), 41–47.
- Duan, L. (2020). Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 7, 300-302.
- Duru, S., & Kalaycı, E. (2017). "Kentleşme ve Yoksulluk Bağlamında Sosyal Hizmet Uzmanının Mesleki Roller". *International Journal of Academic Value Studies*, 3(17), 224-230.
- Guan, W., Ni, Z., Hu, Y., et al. (2020). Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. *N Engl J Med*, 382, 1708-1720.
- Güzel, S., & Yanardağ, M. Z. (2021). Çevresel ve Sosyal Faktörler ile Ruh Sağlığı Üzerine Bir İnceleme: Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Mesleğinin Önemi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 142-150.
- Hargreaves, J. R., Boccia, D., Evans, C. A., Adato, M., Petticrew, M., & Porter, J. D. H. (2011). "The social determinants of tuberculosis: from evidence to action." *The American Journal of Public Health*, 101(4), 654–662.
- Heesterbeek, H., Anderson, R.M., Andreasen, V., Bansal, S., De Angelis, D., Dye, C., et al. (2015). Modeling infectious disease dynamics in the complex landscape of global health. *Science*, 347(6227), 4339–4343.
- Işıkan, V. (2005). Tüberküloz hastalığının sosyal yönü ve sosyal hizmet yaklaşımı. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 16 (1), 7-20.
- IFSW. (2020, 04 26). Updated Information On IFSW and COVID-19. International Federation of Social Workers: <https://www.ifsw.org/updated-information-on-ifsw-and-the-covid-19-virus/>
- İlbaş, A.R. (2014). İzole edilen hastaların izolasyon sonrası anksiyete, depresyon durumları ile izole edilmeyen hastaların anksiyete, depresyon durumlarının değerlendirilmesi ve izole edilen hasta yakınlarının, sağlık personelinin anksiyete durumlarının incelenmesi. *Uzmanlık Tezi*. Uludağ üniversitesi tıp fakültesi. Bursa.
- John, K.R., Daley, P., Kincler, N., & et al. (2009). Costs incurred by patients with pulmonary tuberculosis in rural India. *Int J Tuberc Lung Dis*, 13, 1281–1287.
- Kendler, K.S., Karkowski, L.M., & Prescott, C.A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry*, 156(6), 837–841.
- Keusch, G. T., Fontaine, O., Bhargava, A., et al., (2006). "Diarrheal diseases," in *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Jamison, D. T., Breman, J. G., Measham, A. R., and et al, (Ed.) (2nd edition). World Bank, Washington, DC, USA.

- Khurana, A.K., & Aggarwal, D. (2020). The (in)significance of TB and COVID-19 co-infection. *Eur Respir Journal*, 1-4.
- Marra, C.A., Marra, F., Cox, V.C., Palepu, A., & Fitzgerald, M. (2004). Factors influencing quality of life in patients with active tuberculosis. *Health Qual Life Outcomes*, 2(58),1-11.
- Masters, P.S. (2019). Coronavirus genomic RNA packaging. *Virology*. 537,198–207.
- McNeely, C.L., Schintler, L.A., & Stabile, B. (2020). Social determinants and COVID-19 disparities: differential pandemic effects and dynamics. *World Med Health Policy*. 206-217.
- Murphy, J.M., Tohen, M., & Tsuang, M.T. (1999). Psychiatric epidemiology. In Nicholi AM (ed.) *The Harvard Guide to Psychiatry*, 3rd (ed.).752–777.
- Naidoo, P., Dick, J., & Cooper, D. (2009). Exploring tuberculosis patients' adherence to treatment regimens & prevention programs at a public health site. *Qual Health Res*,1 (1),55-70.
- National STD/AIDS Control Programme (NSACP) (2012). *HIV/ AIDS Surveillance Data in Sri Lanka*, Colombo, Sri Lanka.
- Noble, D. & Hamilton, A. (1983). Coping and complying: A challenge in health care. *Social Work*, 28(6), 462-466.
- Okafor, A. (2021). Role of the social worker in the outbreak of pandemics (A case of COVID-19). *Cogent Psychology Journals*, 8(1),1-8.
- Öner N., Le Compte A. (1983). Durumluk sürekli kaygı envanteri el kitabı: İstanbul: İstanbul Boğaziçi Üniversitesi Yayınları. 1-26.
- Öner, N. & LeCompte, A. (1983). Durumluk-sürekli kaygı envanteri el kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- Öner, N. (1977). Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri'nin Türk toplumunda geçerliği. Yayınlanmamış Doçentlik Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Park, H.J., Lee, B. J. (2016). The role of social work for foreign residents in an epidemic: The MERS crisis in the Republic of Korea. *Social Work in Public Health*, 31(7), 656–664.
- Pizzol, D., Veronese, N., Marotta, C., Di Gennaro, F., Moiane, J., Chhaganlal, K., & et al. (2018). Predictors of therapy failure in newly diagnosed pulmonary tuberculosis cases in Beira, Mozambique. *BMC Res Notes*, 11(1):99.
- Santos, F.L.D., Souza, L.L.L., Burce, A.T.I., Crispim, J.D.A., Arroyo, L.H., Ramos, A.C.V., & et al. (2021). Patients' perceptions regarding multidrug-resistant tuberculosis and barriers to seeking care in a priority city in Brazil during COVID-19 pandemic: A qualitative study, *Plos One*,16(4), e0249822.
- Saúde, S.V., & Saúde, M. (2019). Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença. *Boletim Epidemiológico*, 50(9),1-18.
- Sinshaw, W., Kebede, A., Bitew, A., Tesfaye, E., Tadesse, M., Mehamed, Z., & et al. (2019). Prevalence of tuberculosis, multidrug resistant tuberculosis and associated risk factors among smear negative presumptive pulmonary tuberculosis patients in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Infectious Diseases*, 19(1),1–15.
- Skiles, M.P., Curtis, A.L., Angeles, G., Mullen, S., & Senlik, T. (2018). Evaluating the impact of social support services on tuberculosis treatment default in Ukraine. *PLoS ONE*,13(8), e0199513.
- Spielberger, C. D., Gorsuch R. L., ve Lushene, R. E. (1970). Manuel for State-Trait Anxiety Inventory. California Consulting Psychologists Press.
- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2013). Using Multivariate Statistics. Pearson, Boston.

- Tanimura, T., Jaramillo, E., Weil, D., Raviglione, M., & Lönnroth, K. (2014). Financial burden for tuberculosis patients in low- and middle-income countries: a systematic review. *Eur Respir Journal*, 43(6):1763-75.
- Ünal, D., Baştürk, M., Soyuer, F., Ceyhan, O., & Öztürk, A. (2008). Tüberkülozlu aktif ve inaktif olgularda yaşam kalitesi ve durumluk-sürekli kaygı düzeyleri ile ilişkisi. *Alfa Psikiyatri*, 9: 22-30.
- Van Bortel, T., Basnayake, A., Wurie, F., Jambai, M., Koroma, A.S., Muana, A.T., Hann, K., Eaton, J., Martin, S., & Nellums, L.B. (2016). Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels. *Bull World Health Organ*, 94(3),210–214.
- Walker, I.F., Kanai, S., Baral, S.C., Farragher, T.M., Joshi, D., Else, H., & et al. (2019). Depression and anxiety in patients with multidrug-resistant tuberculosis in Nepal: an observational study. *Public Health Action*, 9(1):42–48.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C.S., & Ho, R.C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 Coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020; 17(5):1729.
- World Health Organization: Global Tuberculosis Report 2020. Geneva (2020). pp 232. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336069/9789240013131-eng.pdf>. Erişim tarihi: 25.09.2021.
- World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak ([https:// www.who.int](https://www.who.int)). Erişim tarihi: 25.09.2021.
- Zhong B.L., Luo, W., Li, H.M., et al. (2020). Knowledge, attitudes, and practices towards COVID-19 among Chinese residents during the rapid rise period of the COVID-19 outbreak: A quick online cross-sectional survey. *Int J Biol Sci*, 16(10), 1745–1752.



SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Hakemli Dergi

**TSHD**

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually

<https://edergi.saglik.gov.tr/>

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>

Yıl/Year: 2022 Haziran/June

Sayı/Issue: 19

## PANDEMİ HASTANESİ ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN HASTALARIN ANALİZİ: BİR RETROSPEKTİF TÜRKİYE ÇALIŞMASI

Hakan AYDIN<sup>1</sup>

Attila BEŞTEMİR<sup>2</sup>

Göksu Bozdereli BERİKOL<sup>3</sup>

Halil DOĞAN<sup>4</sup>

Avşar ASLAN<sup>5</sup>

### Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma  
Geliş Tarihi / Date Received: 20.04.2022  
Revizyon Tarihi/Date Revised: 24.05.2022  
Kabul Tarihi / Date Accepted: 01.06.2022  
Yayın Tarihi / Date Published: 30.06.2022  
DOI: 10.46218/tshd.1106381

**Makale Künyesi/To cite this article:** Aydın, H., Beştemir, A., Bozdereli Berikol, G., veDoğan, H. (2022, Haziran). Pandemi hastanesi acil servisine başvuran hastaların analizi: bir retrospektif Türkiye çalışması, *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 19: 76-85.  
Doi: 10.46218/tshd.1106381

### Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Hakan AYDIN, Türkiye Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği  
[drhakanaydin054@gmail.com](mailto:drhakanaydin054@gmail.com) ORCID: 0000-

### Öz

COVID-19 pandemisi ve bu dönemde uygulanan politikaların sağlık sistemi ve sağlık arama davranışı üzerindeki doğrudan ve dolaylı etkileri tüm dünyada gözlemlenmiştir. Bu çalışmanın amacı bir pandemi hastanesinin acil servisine (AS) başvuran vakaları analiz etmek ve pandemi döneminin sağlık hizmetlerine ve uygunsuz ambulans kullanımına etkisini araştırmaktır. Bu tek merkezli, gözlemsel, retrospektif çalışmaya, Prof. Dr. Murat Dilmener Acil Durum Hastanesinin acil servisine 05 Ocak-05 Nisan 2021 tarihleri arasında başvuran COVID-19 hastaları alındı. Ambulans ile başvuran vakaların demografik özellikleri, yaşamsal belirtileri ve sonuçları incelendi. Sonuçlar kendi imkanlarıyla başvuran vakaların (kontrol grubu) verileriyle karşılaştırıldı. Çalışmaya 2958 vaka dahil edildi. Hastaların ortalama yaşı 45 yıl ve %53'ü kadındı. Hastaların %45.3'ü ambulans ile AS'e başvurdu. Charlson Komorbidite İndeksi açısından kendi imkanıyla ve ambulans ile başvuran hastalar arasında istatistiksel bir ilişki saptanmadı (CKI=0, p=0.238; CKI=1-2, p=0.399; CKI≥ 3, P=0.124). Ambulansla gelen hastalarda nabız hızı 60-90/dk arasında olanların oranı %88.6, SpO2'si %95 ve üzerinde olanların oranı ise %66.1 idi. Ambulans ile başvuranların %62.3'ü kendi imkanlarıyla başvuranların %70.1'i AS'ten taburcu edildi (p<0.001). COVID-19 pandemisi döneminde uygulanan kısıtlama politikaları uygunsuz ambulans kullanımında artışa neden olabilir. Çalışmamız sonuçları itibarıyla, sağlık politikaları ve kısıtlama önlemlerinde tıbbi ve sosyal hizmet alanlarının göz önünde bulundurulmasına katkı sağlayacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Acil Sağlık Hizmetleri, Uygunsuz Ambulans kullanımı, Pandemi hastanesi, Tıbbi sosyal hizmetler

## ANALYSIS OF PATIENTS VISIT TO THE EMERGENCY DEPARTMENT OF A PANDEMIC HOSPITAL: A RETROSPECTIVE STUDY FROM TURKEY.

### Abstract

All over the world, it has been observed that the COVID-19 pandemic and the policies implemented have direct and indirect effects on the health system and health-seeking behaviour. The aim of this study is to analyze the cases visiting the emergency

<sup>1</sup> Uzman Doktor, Türkiye Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, İstanbul/ Türkiye, [drhakanaydin054@gmail.com](mailto:drhakanaydin054@gmail.com), ORCID: 0000-0003-3195-1805

<sup>2</sup> Uzman Doktor, Türkiye Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, , Acil Tıp Kliniği, İstanbul/ Türkiye, ORCID: 0000-0003-0986-9039

<sup>3</sup> Uzman Doktor, Türkiye Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, , Acil Tıp Kliniği, İstanbul/ Türkiye, ORCID: 0000-0002-4529-3578

<sup>4</sup> Doçent Doktor, Türkiye Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi, , Acil Tıp Kliniği, İstanbul/ Türkiye, ORCID: 0000-0003-4751-030X

<sup>5</sup> Dr., T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı, [avsar38aslan@gmail.com](mailto:avsar38aslan@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-3423-2438>.



departments (ED) of a pandemic hospital and to investigate the effect of the pandemic period on health services and inappropriate ambulance use. This single-center, observational, retrospective study included COVID-19 patients who visited the ED of Prof Dr Murat Dilmener Emergency Hospital between 05 January and 05 April 2021. The demographic characteristics, vital signs and outcomes of the ambulance admissions were examined. The results were compared with the data of those who visited with their own means (control group). The median age of the patients was 45 years and 53% were women. The rate of ED visits by ambulance was 45.3%. In terms of Charlson Comorbidity Index, there was no statistical relationship between patients visiting by their own means and by ambulance (CKI=0,  $p=0.238$ ; CKI=1-2,  $p=0.399$ ; CKI $\geq 3$ ,  $P=0.124$ ). In patients visiting by ambulance, patients with a pulse rate of 60-90/min were 88.6%, and the rate of those with a SpO<sub>2</sub> of 95% or more was 66.1%. The rate of discharge from ED was 62.3% for those who visited by ambulance, and 70.1% for those who visited on their own ( $p<0.001$ ). Restriction policies implemented during the COVID-19 pandemic may lead to an increase in inappropriate ambulance use. As a result of our study, it will contribute to the consideration of medical and social work areas in health policies and restriction measures.

**Keywords:** Emergency Medical Services, Ambulance misuse, Pandemic hospital, Medical social services

## Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs 2'nin (SARS-CoV-2) neden olduğu Koronavirüs hastalığı 2019'u (COVID-19) 11 Mart 2020 tarihinde pandemi olarak ilan etmiştir (Dünya Sağlık Örgütü, 2020). Salgının başlangıcından bu yana birçok ülkede, toplumsal tecrit, seyahat ve hareket kısıtlamaları, okulların ve üniversitelerin kapatılması, toplantıların ve halka açık etkinliklerin iptali dahil olmak üzere hastalığın yayılmasını kontrol etmek için çok sayıda önlem uygulandı (Dey vd. 2021; Demirbilek vd. 2020; Ebrahim vd. 2020). Ayrıca hükümetler, virüs ve toplum için oluşturduğu tehdit hakkında kamuoyuna süregelen bilgiler verdi. Türkiye'de günlük yeni vaka, ölüm sayıları ve bulaşmayı azaltmak için alınan önlemler kamuoyu ile paylaşılırken, semptom yönetimi, izolasyon konularında hem filyasyon ekipleri hem de medya aracılığı ile halkın bilgilendirilmesi sağlandı (Canbaz vd. 2021).

COVID-19 pandemisinin ve uygulanan politikaların sağlık sistemi ve sağlık arama davranışı üzerinde doğrudan ve dolaylı etkileri olduğu gözlemlenmiştir (Hartnett vd. 2020; Oseran vd. 2020; Aydın vd. 2022). Pandemi döneminde, COVID-19 ile ilgili olmayan sağlık durumları nedeniyle hastaneye başvuru sayılarında pandemi öncesi dönemlere kıyasla azalma izlenmiştir (Baldi vd. 2020; Hartnett vd. 2020; İlhan vd. 2021). Birçok hasta pandemi döneminde rutin tarama ve yıllık kontroller gibi önleyici sağlık hizmetlerini erteledi veya kaçırdı. Czeisler, Marynak ve Clarke'ye göre (2021, s.1250) ABD'li yetişkinlerin %40.9'u, COVID-19 ile ilgili endişeler nedeniyle acil ve rutin bakım dahil olmak üzere bir çok tıbbi bakımı erteledi veya bunlardan kaçındı. Bununla birlikte, sağlık arama davranışlarındaki değişiklikler nedeniyle tedavi edilebilir veya önlenabilir sağlık koşullarıyla ilişkili morbidite ve mortalite riskinde gerçekleşen artışlar, doğrudan veya dolaylı olarak COVID-19 ile ilişkili bildirilen aşırı ölümlere katkıda bulunabileceği konusunda bildiriler yayınlandı (CDC, 2020; Gormeli Kurt vd. 2020; Baldi vd. 2020; Jakobs vd. 2020).

Pandemi döneminde hastanelere ve acil servislere (AS'ler) yapılan hasta ziyaretlerinin sayısını azaldığı gözlemlense de ambulans kullanımının arttırdığı bildirilmiştir (Al-Wathinani vd. 2020; Dami ve Berthoz, 2020; Thornton vd. 2020). Buna ek olarak pandemi döneminde hastaların davranış kalıpları da değişmiş, ambulans ile hastaneye başvuran hasta profilinin değiştiği saptanmıştır (Laukkanen vd. 2020; Şan vd. 2021).

Yoğun baskı altındaki sağlık sisteminde oluşan aksaklıkları azaltmak, enfekte olmayan bireyleri korumak ve COVID-19 hastalarını yönetmek için İstanbul'da uzman ve deneyimli sağlık profesyonellerinin görev aldığı iki pandemi hastanesi kuruldu. Pandemi döneminde acil sağlık hizmetlerinin (ASH) kullanımıyla ilgili çalışmalar daha önce literatürde bildirilmiştir (Laukkanen vd. 2020; Şan vd. 2021). Ancak ulusal yayınları incelediğimizde pandemi hastanesine başvuran vakaların ambulans kullanımını inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amaçları, pandemi hastanesinin acil servisine başvuran vakaların verileri analiz etmektir. İkinci olarak COVID-19 pandemisi ve bu dönemde uygulanan sağlık politikalarının uygunsuz ambulans kullanımına ve tıbbi hizmetlere etkisini araştırmaktır.

## 1. Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, Bakırköy Dr Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu ve Sağlık Bakanlığı Koronavirüs Araştırmaları Danışma Kurulu tarafından onaylanmış (Tarih:20.09.2021, protokol no: 2021/410). Helsinki Deklarasyonuna uygun olarak yürütülmüştür. Çalışmanın retrospektif olması nedeniyle bilgilendirilmiş onam gerekliliğinden feragat edilmiştir.

### 1.1. Çalışmanın dizaynı ve popülasyonu

Bu tek merkezli, gözlemsel, retrospektif çalışma, İstanbul'da bir pandemi hastanesinin (Prof. Dr. Murat Dilmener Acil Durum Hastanesi) acil servisindeki hastalara ait verilerle gerçekleştirilmiştir. 31 Mayıs 2020'de açılışı yapılan hastanenin, 432'si yoğun bakım ünitesi (YBÜ) olmak üzere 1.008 yatak kapasitesi bulunmaktadır. Çalışma popülasyonu, acil servise ambulans veya kendi imkanlarıyla başvuran COVID-19 tanısı olan hastalardı. Çalışma için 05 Ocak- 05 Nisan 2021 tarihleri arasında acil servise başvuran vakaların dosyaları tarandı. Kamu, özel veya farklı kuruluşlara bağlı ambulanslarla acil servise başvuran tüm hastalar "ambulans ile başvuran" hasta grubuna dahil edildi. Özel araç veya toplu taşıma ile gelen hastalar "kendi imkanıyla başvuran" hasta grubuna (kontrol grubu) dahil edildi. 18 yaş altı olan, verileri eksik olan, acil servisi izinsiz terk eden, başka merkezlerden hastaneye yatış amaçlı sevk edilen veya COVID-19 dışı nedenlerle diğer hastanelere sevk edilen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Ambulans ile başvuran hastaların verileri analiz edildi ve sonuçlar kontrol grubu verileriyle karşılaştırıldı.

### 1.2. Veri toplama

Hastaların demografik verileri (yaş, cinsiyet, ek hastalıklar), hayati parametreleri (sistolik kan basıncı [SKB], diyastolik kan basıncı [DKB], kalp hızı [nabız], periferik kapiller oksijen saturasyonu [SpO<sub>2</sub>]), Charlson Komorbidite İndeksi (CKİ), başvuru zamanları, gerçek zamanlı polimeraz zincir reaksiyonu (rt-PCR) sonuçları, acil servis sonlanımları, hastanede kalış süreleri ve hastane içi mortaliteleri çalışma için kaydedildi.

Veriler hastane bilgi yönetim sisteminden ve doktor notlarından alındı. SARS-CoV-2 enfeksiyonu, bir nazofaringeal sürüntüden alınan SARS-CoV-2 nükleik asit saptama kiti kullanılarak rt-PCR analizi ile doğrulandı. Hastaneye yatış kararı Sağlık Bakanlığı COVID-19 bilim kurulunun hastaneye yatış kararı algoritmasına göre verildi.

### 1.3. İstatistiksel Yöntemler

Tüm veriler IBM SPSS for Windows sürüm 22 kullanılarak analiz edildi. Çalışma verileri değerlendirilirken verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirildi. Sürekli veriler normal dağılım gösterdiğinde Student's t-test kullanılarak analiz edildi ve ortalama  $\pm$  Standart sapma (SD) olarak sunuldu. Sürekli veriler normal dağılım göstermediğinde ise Mann-Whitney U testi kullanılarak analiz edildi, ortanca ve çeyrekler arası (25 ve 75 yüzdilik dilimler (Inter Quantile Range [IQR])) olarak sunuldu. Kategorik değişkenlerin grup içi karşılaştırmaları ki-kare testi kullanılarak yapıldı, sayı (n) ve yüzdelik (%) olarak sunuldu.  $p < 0,05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

### 2. Bulgular

Çalışma süresince acil servise başvuran 2958 yetişkin vaka çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların ortanca yaşı 45 (IQR: 31-59) yıl idi ve hastaların %53'ü (n=1569) kadındı. Hastaların %45.3'ü (n=1340) ambulans ile acil servise başvurdu. Hastaların %57.7'sinin (n=1706) CKI skoru sıfır olarak saptandı. Başvuruların %63.9'u (n=1893) gündüz vardiyasında başvurduğu görüldü (Tablo 1).

**Tablo 1: Acil Servise Başvuran Hastaların Genel Özellikleri**

| Genel Özellikler                                 | N (%)       |
|--------------------------------------------------|-------------|
| <b>Yaş, yıl, median (IQR)</b>                    | 45 (31-59)  |
| <b>Yaş kategorisi, yıl</b>                       |             |
| 18-40                                            | 1257 (42.5) |
| 41-60                                            | 1049 (35.4) |
| 61-80                                            | 561 (19.0)  |
| >80                                              | 91 (3.1)    |
| <b>Cinsiyet</b>                                  |             |
| Kadın                                            | 1569 (53.0) |
| Erkek                                            | 1389 (47.0) |
| <b>Charlson Komorbidite İndeksi</b>              |             |
| 0                                                | 1706 (57.7) |
| 1-2                                              | 763 (25.8)  |
| $\geq 3$                                         | 489 (16.5)  |
| <b>Başvuru zamanı</b>                            |             |
| Gündüz vardiyası (08.00-20.00)                   | 1893 (64.0) |
| Gece vardiyası (20.00-08.00)                     | 1065 (36.0) |
| <b>Başvuru Şekli</b>                             |             |
| Kendi imkanıyla                                  | 1618 (54.7) |
| Ambulans ile                                     | 1340 (45.3) |
| <b>Acil servis sonlanımı</b>                     |             |
| Hastaneye yatış                                  | 934 (31.6)  |
| Taburcu                                          | 2024 (68.4) |
| <b>Yoğun Bakıma Kabul</b>                        | 137 (4.6)   |
| <b>Hastanede kalış süresi, gün, median (IQR)</b> | 9 (6-14)    |
| <b>Hastane içi mortalite</b>                     | 116 (3.9)   |

Hastaların %31.5'inin (n=934) hastaneye yatışı yapılır iken %68.4'ü (n=2024) acil servisten taburcu edildi.

Tüm hastaların %4'ü (n=137) yoğun bakım ünitesine kabul edildi. Hastaneye yatan hastaların ortanca hastanede kalış süresi 9 (6-14) gündü. Hastane içi mortalite oranı ise %3.9 (n=116) idi (Tablo 1).

**Tablo 2. Kendi imkanıyla veya ambulans ile acil servise başvuran hastaların demografik özelliklerinin ve sonuçlarının karşılaştırılması**

| Özellikler                                               | Kendi imkanıyla, n (%) | Ambulans ile, n (%) | P      |
|----------------------------------------------------------|------------------------|---------------------|--------|
| <b>Yaş, yıl, median (IQR)</b>                            | 43 (28-58)             | 46 (34-59)          | <0.001 |
| <b>Yaş kategorisi, yıl</b>                               |                        |                     |        |
| 18 ile 65 arası                                          | 1364 (84.3)            | 1108 (82.7)         | 0.238  |
| ≥65                                                      | 254 (15.7)             | 232 (17.3)          |        |
| <b>Cinsiyet</b>                                          |                        |                     |        |
| Kadın                                                    | 857 (53.0)             | 540 (52.2)          | 0.690  |
| Erkek                                                    | 761 (47.0)             | 495 (47.8)          |        |
| <b>Charlson Komorbidite İndeksi</b>                      |                        |                     |        |
| 0                                                        | 957 (59.1)             | 479 (55.9)          | 0.057  |
| 1-2                                                      | 409 (25.3)             | 354 (26.4)          | 0.399  |
| ≥ 3                                                      | 252 (15.6)             | 237 (17.7)          | 0.124  |
| <b>Başvuru zamanı</b>                                    |                        |                     |        |
| Gündüz vardiyası (08.00-20.00)                           | 1068 (66.0)            | 825 (61.6)          | 0.012  |
| Gece vardiyası (20.00-08.00)                             | 50 (34.0)              | 515 (38.4)          |        |
| <b>Acil servise başvuru anındaki yaşamsal belirtiler</b> |                        |                     |        |
| <b>Nabız, atım/dakika</b>                                |                        |                     |        |
| 60 – 90 arası                                            | 1494 (92.3)            | 1187 (88.6)         | <0.001 |
| 60< veya ≥90                                             | 124 (7.7)              | 153 (11.4)          |        |
| <b>Sistolik Kan Basıncı, mmHg</b>                        |                        |                     |        |
| <90 veya ≥180                                            | 23 (1.4)               | 45 (3.4)            | <0.001 |
| 90 ile 180 arası                                         | 1595 (98.6)            | 1295 (96.6)         |        |
| <b>Oksijen Saturasyonu, %</b>                            |                        |                     |        |
| <90                                                      | 113 (20.3)             | 147 (11.0)          | 0.001  |
| 91-95                                                    | 328 (20.3)             | 307 (22.9)          | 0.082  |
| ≥96                                                      | 1177 (72.7)            | 886 (66.1)          | 0.001  |
| <b>Vücut Isısı, °C</b>                                   |                        |                     |        |
| 36.0 ile 38.0 arası                                      | 1487 (91.9)            | 1191 (88.9)         | 0.005  |
| <36.0 veya ≥38.0                                         | 131 (8.1)              | 149 (11.1)          |        |
| <b>Acil servis sonlanımı</b>                             |                        |                     |        |
| Hastaneye yatış                                          | 451 (27.9)             | 468 (34.9)          | <0.001 |
| Taburcu                                                  | 1135 (70.1)            | 835 (62.3)          | <0.001 |
| <b>Yoğun Bakım Ünitesine Kabul</b>                       | 54 (3.3)               | 83 (6.2)            | <0.001 |
| <b>Hastane içi mortalite</b>                             | 45 (2.8)               | 71 (5.3)            | <0.001 |

Acil servise kendi imkanı ile başvuran hastaların ortalanca yaşı ambulans ile başvuranlardan istatistiksel olarak daha küçüktü (medyan yaş: 43 (IQR:28-58) yıl, 46 (IQR: 34-59) yıl; sırasıyla,  $p<0.001$ ). Başvuru şekilleri açısından 65 yaş üzeri ve altı gruplarda istatistiksel olarak bir ilişki saptanmadı ( $p=0.238$ ). Çalışmamızda Charlson Komorbidite İndeksi (CKİ) yüksek olan hastaların daha fazla oranda ambulans tercih ettikleri görüldü. CKİ skoru sıfır olan hastaların %43.9'u ( $n=749$ ), CKİ 1-2 olanların %46,4'i ( $n=354$ ), CKİ 3 ve üzeri olanların %48.5'i ( $n=237$ ) ambulans ile acil servise başvurdu. CKİ skoru gruplarının hiçbirinde acil servise başvuru şekli açısından istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmedi (CKİ=0,  $p=0.238$ ; CKİ=1-2,  $p=0.399$ ; CKİ≥ 3,  $P=0.124$ ). Başvuru anındaki yaşamsal bulgular açısından değerlendirdiğimizde; ambulans ile başvuran hastaların %88.6'sının ( $n=1187$ ) nabız sayısı 60/dk ile 90/dk arasında, %96.6'sının ( $n=1295$ ) sistolik kan basıncı (SKB) 90 mmHg ile 180 mmHg arasında, %88.9'unun vücut ısı 36°C ile 38.0 °C arasında olduğu

görüldü. Bununla birlikte ambulans ile gelen hastaların %66.1'inin (n=886) oda havasında oksijen saturasyonun %95 ve üzerindeydi (Tablo 2).

Çalışmamızda acil servise ambulans ile başvuranları %34.9'unun (n=468), kendi imkanlarıyla başvuranların %27.9'unun (n=451) COVID-19 nedeniyle hastaneye yatışı yapıldı ( $p<0.001$ ). Çalışmamızda ambulans ile başvuran vakalarda kendi imkanıyla başvuran vakalara kıyasla hem yoğun bakım ünitesine kabul oranı (%2.2 [n=83], %1.5 [24]; sırasıyla,  $p<0.001$ ) hem de hastane içi mortalite oranı (%5.3 [n=7], %2.8 [n=45]; sırasıyla,  $p<0.001$ ) daha fazlaydı. Hastaların başvuru şekillerine göre demografik özellikleri, yaşamsal bulguları, acil servis sonlanımları ve prognozları tablo 2'de karşılaştırılmıştır.

### 3. Tartışma

Çalışmamızda bir pandemi hastanesine ambulans ile başvuran vakaların demografik özellikleri, yaşamsal belirtileri ve sonlanımları inceledik ve bu verileri kendi imkanıyla başvuranlar ile karşılaştırdık. Çalışmamızda ambulans kullanımı açısından cinsiyetler arasında istatistiksel fark izlenmedi. Bununla birlikte ambulansla başvuran hastaların ortanca yaşının daha yüksek olduğu istatistiksel olarak saptandı fakat 65 yaş ve üzeri için ambulans kullanım oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi. Ülkemizde daha önce yapılan bir çalışmada COVID-19 pandemisi döneminde ambulans kullanımında 19-65 yaş arasında %12.9 ve 65 yaş üzeri hastalarda ise %21.5 artış görülmüştü (Şan vd. 2020).

Çalışmamızın dikkat çekici bir noktası da ambulans ile acil servise başvuran ancak hastaneye yatış gerektirmeyen hastalardı. Çalışmamızda, ambulans ile acil servise başvuran hastaların %64'üne evde takip önerilerek taburcu edilmişti.

Dikmen, Kına ve Özkan (2020, s.34) pandemi döneminde bireylerin zorunlu durumlar dışında sağlık kuruluşlarına gitmemelerini, bunun yerine telefon görüşmeleri ile desteklenmeleri önerildi. DSÖ yayınladığı COVID-19 rehberinde hafif veya semptomu olmayan hastaların evde takibini önerirken, yaşamsal belirtilerinde belirli anormallikler saptanan orta ve ağır şiddette hastaların hastaneye yatarak tedavisini önerdi (Dünya Sağlık Örgütü, 2020). Bununla birlikte çalışmamızda ambulans ile başvuran hastaların önemli bir kısmını yaşamsal parametrelerinde anormal veri saptanmayan hastalar oluşturuyordu. Ayrıca yapılan çalışmalarda ek hastalıkları olan COVID-19 vakaları mortalite açısından daha riskli olduğu görülmüştür (Elaz vd. 2020; Yin vd. 2021). Ancak bizim çalışmamızda ambulans ile başvuran hastaların yarısından fazlasının CKI skoru sıfır idi.

Şimşek'e göre (2020, s.97) Türkiye'deki acil servislerin aşırı kalabalıklığının başlıca nedenlerinden biri başvurularının çoğunluğunu oluşturan acil olmayan yeşil alan vakalarıdır. COVID-19 pandemisi sırasında yeşil alan ve daha az acil triyaj düzeyine sahip vaka girişlerinde önemli bir düşüş yaşandığı görüldü (Gormeli Kurt vd. 2020; Sekine vd. 2020). Bununla birlikte verilerimiz acil müdahale ihtiyacı olmayan kişilerin yüksek oranda ambulans hizmeti ile taşındığını göstermektedir. Öncelikle pandemi döneminde uygulanan sokağa

çıkma yasaklarının ve enfekte/şüpheli hastaların alternatif ulaşım araçları kullanamamalarının, yeşil alan vakalarının da ambulans istemeye teşvik etmiş olabileceğini düşünüyoruz (Şan vd. 2020).

Ayrıca pandeminin hem sosyal hem de yazılı medyadaki etkileri ile bireylerin ambulans kullanım alışkanlıklarını etkilemiş olabilir. Öksürük veya ateşi olan herhangi bir hastayı bulaşıcı olarak sınıflandırmaya yönelik yeni kılavuzlar nedeniyle COVID-19 şüphesi olan vakaların toplu ulaşım veya kişisel araçlarda nakletme korkusu, ambulans çağrılarının artmasına neden olmuş olabilir. Yapılan araştırmalar pandeminin ilk haftalarında acil durum çağrılarının ve ambulans gönderilerinin sayısında artış olduğunu bildirdi (Dami vd. 2020, Perlini vd. 2020; Sekine vd. 2020). Ayrıca yoğun ambulans talebinin bir sonucu olarak ambulans müdahale sürelerinde gecikme olduğunu bildirildi (Friedmann vd. 2020). Jakobs, Ali ve Best'e göre (2020) ambulanslar potansiyel olarak bulaşıcı bir hastaya maruz kaldığında dekontamine edilmesi gerekliliği vardır, bu da daha fazla gecikmeye ve sınırlı kaynakların üzerinde strese neden olacaktır.

Acil sağlık hizmetleri organizasyonu benzer dönemlerde toplumun yoğun ambulans talebini yönetmek ve uygunsuz kullanımları engellemek için, sevk merkezleri ile sağlık personeli tarafından kabul edilebilecek ve uygulanabilecek tıbbi sosyal hizmetlerin göz önünde bulundurulduğu net kriterler geliştirmek zorundadır. Bu kriterlerin güvenlik marjlarını içermesi ve aynı zamanda kaynakların uygun kullanımını sağlaması gerekir. Dami ve Barthoz'a göre (2020, s.2-3) bakım veya gözetim gerektirmeyen, şiddeti düşük vakalar için oturarak ulaşımın kullanılması, daha ciddi vakalar için daha fazla ambulans kullanılabilirliği sunar.

#### **Sınırlamalar**

Çalışmamız retrospektif tek merkezli, kesitsel bir çalışma olup, verilerimiz hastanenin elektronik sistemi ile sistemdeki doktor ve hemşire notlarına dayanmaktadır. Hastaların neden ambulans ve kendi imkanıyla acil servise başvurduğunu açıklamak için daha fazla bilgiye ihtiyacımız var. SARS-Cov-2 varyantlarının neden olduğu çeşitli dalgalanmalar ve uygulanan sosyal kısıtlamalar AS'leri farklı şekilde etkileyebileceğinden, COVID-19 dönemi terimi COVID-19 salgını sırasındaki tüm dönemleri temsil etmeyebilir. Yaptığımız çalışma döneminde ülkemizde delta varyantının daha baskın olması nedeni ile ortaya çıkan sonuçların alfa ve omikron dönemleri ile karşılaştırılması daha sonraki çalışmalarda planlanmıştır.

#### **4. Sonuç**

Bulgularımız, COVID-19 pandemisi döneminde stabil hastaların yoğun bir şekilde ambulans kullandığını göstermektedir. Bu uygunsuz ambulans kullanımının, acil müdahale gerektiren hassas grupların hastaneye ulaşımını olumsuz etkileyebileceği düşünülmelidir.

Çalışmamız sonuçları itibarıyla, sağlık politikaları ve kısıtlama önlemlerinde tıbbi sosyal hizmet alanlarının göz önünde bulundurulmasına katkı sağlayacaktır. COVID-19 pandemisi gibi yoğun ambulans kullanımı durumlarında, şüpheli ya da stabil hastaların hastaneye taşınmasında ambulansların kullanımını azaltabilecek farklı yöntem ve araçların kullanılması planlanmalıdır.

**Yazar Katkıları**

Çalışma konsepti ve tasarımı (HA, GBB, HD), verilerin elde edilmesi (HA, AB), verilerin analizi ve yorumlanması (HA, AB, GBB), makalenin taslağının hazırlanması (HA, AB, GBB, HD), önemli entelektüel içerik için makalenin kritik revizyonu (HA, AB, HD).

**Çıkar Uyuşmazlığı**

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Tüm yazarlar son sürümü onayladı.

**Fon/Finans Kaynakları**

Bu araştırma herhangi bir kurum tarafından finanse edilmemiştir.

**Kaynakça**

- Al-Wathinani, A., Hertelendy, A. J., Alhurishi, S., Mobrad, A., & Goniewicz, K. (2020). Increased emergency calls during the COVID-19 pandemic in Saudi Arabia: a national retrospective study. *In Healthcare*, 9(1), 14.
- Aydin, H., & Doğan, H. (2022). COVID-19 outbreak impact on discharge against medical advice from the ED: A retrospective study. *The American Journal of Emergency Medicine*, 57, 21-26.
- Baldi, E., Sechi, G. M., Mare, C., Canevari, ... & Savastano, S. (2020). COVID-19 kills at home: the close relationship between the epidemic and the increase of out-of-hospital cardiac arrests. *European heart journal*, 41(32), 3045-3054.
- Canbaz, H., Beştemir, A., Surel, A. (2021). Türkiye’de COVID-19 ile Enfekte olan Solid Organ Nakilli Hastaların Acil Servis ve Hastane Başvurularının İncelenmesi. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 18, 66-81.
- Cao, Y., Li, Q., Chen, J., Guo, X., Miao, C., Yang, H., ... & Li, L. (2020). Hospital emergency management plan during the COVID-19 epidemic. *Academic Emergency Medicine*, 27(4), 309-311. doi: 10.1111/acem.13951
- CDC, National Center for Health Statistics. Excess deaths associated with COVID-19. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Health Statistics; 2020. Access date: 11 Feb 2022, [https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid19/excess\\_deaths.htm](https://www.cdc.gov/nchs/nvss/vsrr/covid19/excess_deaths.htm)
- Czeisler, M. É., Marynak, K., Clarke, K. E., Salah, Z., & Howard, M. E. (2020). Delay or avoidance of medical care because of COVID-19–related concerns—United States, June 2020. *Morbidity and mortality weekly report*, 69(36), 1250.
- Dami, F., & Berthoz, V. (2020). Lausanne medical dispatch centre’s response to COVID-19. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 28(1), 1-3.
- Dey, A., Majumdar, P., Saha, A., & Sahu, S. (2021). COVID-19 pandemic lockdown-induced altered sleep/wake circadian rhythm, health complaints and stress among traffic police personnel in India. *Chronobiology international*, 38(1), 140-148.
- Demirbilek, Y., Pehlivan Türk, G., Özgüler, Z. Ö., & Meşe, E. A. (2020). COVID-19 outbreak control, example of ministry of health of Turkey. *Turkish journal of medical sciences*, 50(SI-1), 489-494.
- Dikmen, A. U., KINA, M. H., Özkan, S., & İlhan, M. N. (2020). COVID-19 epidemiyolojisi: Pandemiden ne öğrendik. *Journal of biotechnology and strategic health research*, 4, 29-36. doi: 10.34084/bshr.715153
- Ebrahim, S. H., Ahmed, Q. A., Gozzer, E., Schlagenhauf, P., & Memish, Z. A. (2020). Covid-19 and community mitigation strategies in a pandemic. *BMJ*, 368. doi: 10.1136/bmj.m1066
- Ejaz, H., Alsrhani, A., Zafar, A., Javed, H., Junaid, K., Abdalla, A. E., ... & Younas, S. (2020). COVID-19 and comorbidities: Deleterious impact on infected patients. *Journal of infection and public health*, 13(12), 1833-1839.
- Friedman, J., Calderón-Villarreal, A., Bojorquez, I., Hernández, C. V., Schriger, D. L., & Hirashima, E. T. (2020). Excess out-of-hospital mortality and declining oxygen saturation: the sentinel role of emergency medical services data in the COVID-19 crisis in Tijuana, Mexico. *Annals of emergency medicine*, 76(4), 413-426.
- Gormeli Kurt, N., & Gunes, C. (2020). How has Covid-19 pandemic affected crowded emergency services?. *International Journal of Clinical Practice*, 74(12), e13624. doi: 10.1111/ijcp.13624
- Hartnett, K. P., Kite-Powell, A., DeVies, J., Coletta, M. A., Boehmer, T. K., Adjemian, J., & Gundlapalli, A. V. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on emergency department visits—United States, January 1, 2019–May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:699–704
- İlhan, B., Berikol, G. B., & Dogan, H. (2021). Impact of COVID-19 outbreak on emergency visits and emergency consultations: a cross-sectional study. *Cureus*, 13(3). doi: 10.7759/cureus.14052
- Jacobs, A. K., Ali, M., Best, P. J., Bieniarz, M., Cohen, M. G., French, W. J., ... & American Heart Association. (2020). Temporary emergency guidance to STEMI systems of care during the COVID-19 pandemic: AHA’s mission: Lifeline. *Circulation (New York, NY)*, 142(3), 199-202. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.120.048180
- Jaffe, E., Strugo, R., Bin, E., Blustein, O., Rosenblat, I., Alpert, E. A., & Sonkin, R. (2020). The role of emergency medical services in containing COVID-19. *The American Journal of Emergency Medicine*, 38(7), 1526-1527.
- Laukkanen, L., Lahtinen, S., Liisanantti, J., Kaakinen, T., Ehrola, A., & Raatiniemi, L. (2021). Early impact of the COVID-19 pandemic and social restrictions on ambulance missions. *European journal of public health*, 31(5), 1090-1095.



- Perlini, S., Canevari, F., Cortesi, S., Sgromo, V., Brancaglione, A., Contri, E., ... & Palo, A. (2020). Emergency department and out-of-hospital emergency system (112—AREU 118) integrated response to coronavirus disease 2019 in a Northern Italy centre. *Internal and emergency medicine*, 15(5), 825-833.
- Sekine, I., Uojima, H., Koyama, H., Kamio, T., Sato, M., Yamamoto, T., ... & Yamagami, H. (2020). Impact of non-pharmaceutical interventions for the COVID-19 pandemic on emergency department patient trends in Japan: a retrospective analysis. *Acute Medicine & Surgery*, 7(1), e603.
- Şan, İ., Usul, E., Bekgöz, B., & Korkut, S. (2021). Effects of COVID-19 pandemic on emergency medical services. *International Journal of Clinical Practice*, 75(5), e13885. doi: 10.1111/ijcp.13885
- Şimşek, D. Ö. (2018). Triaj sistemlerine genel bakış ve Türkiye’de acil servis başvurularını etkileyen faktörlerin lojistik regresyon ile belirlenmesi. *Sosyal Güvençe*, (13), 84-115. doi: 10.21441/sguz.2018.66
- Oseran, A. S., Nash, D., Kim, C., Moisuk, S., Lai, P. Y., Pyhtila, J., ... & Wasfy, J. H. (2020). Changes in hospital admissions for urgent conditions during COVID-19 pandemic. *Am J Manag Care*, 26(8), 327-328.
- Thornton, J. (2020). Covid-19: A&E visits in England fall by 25% in week after lockdown. *BMJ*, 369, m1401. doi: 10.1136/bmj.m1401
- Thu, T. P. B., Ngoc, P. N. H., & Hai, N. M. (2020). Effect of the social distancing measures on the spread of COVID-19 in 10 highly infected countries. *Science of the Total Environment*, 742, 140430. doi: 10.1016/j.scitotenv.2020.140430
- World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report—51. Access date: 22 Aug 2020, <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
- World Health Organization. Living guidance for clinical management of COVID-19: Living guidance. Access date: 01. Apr 2022, <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-clinical-2021-2>
- Yin, T., Li, Y., Ying, Y., & Luo, Z. (2021). Prevalence of comorbidity in Chinese patients with COVID-19: systematic review and meta-analysis of risk factors. *BMC infectious diseases*, 21(1), 1-13. doi: 10.1186/s12879-021-05915-0



SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Hakemli Dergi

**TSHD**

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually

<https://edergi.saglik.gov.tr/>

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>

Yıl/Year: 2022 Haziran/June

Sayı/Issue: 19:

## SAĞLIK TEDBİRİ KARARI BULUNAN ÇOCUKLARIN KORUYUCU/ÖNLEYİCİ HİZMETLER KAPSAMINDA DEĞERLENDİRİLMESİ

Ferda Karadağ<sup>1</sup>  
Yaşar Çavdar Kolbükten<sup>2</sup>

### Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Araştırma  
Geliş Tarihi / Date Received: 15.02.2022  
Revizyon Tarihi/Date Revised: 20.06.2022  
Kabul Tarihi / Date Accepted: 28.06.2022  
Yayın Tarihi / Date Published: 30.06.2022  
DOI: 10.46218/tshd.1074232

### Makale Künyesi/To cite this article:

Karadağ, F. ve Çavdar Kolbükten, Y. (2022)  
Sağlık tedbiri kararı bulunan çocukların  
koruyucu/önleyici hizmetler kapsamında  
değerlendirilmesi, Tıbbi Sosyal Hizmet  
Dergisi, 19: 86-102. Doi:  
10.46218/tshd.1074232

### Sorumlu Yazar/Corresponding Author:

Ferda KARADAĞ, Bartın Üniversitesi, Sağlık  
Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü,  
[ferdakaradag@yahoo.com](mailto:ferdakaradag@yahoo.com), ORCID:  
0000-0002-3221-8712

### Öz

Bu çalışmanın amacı, sağlık tedbiri kararı nedeniyle çocuk ve ergen psikiyatri polikliniğinde takip ve tedavisi yapılan çocukların ve ailelerinin farklı değişkenlere ilişkin özelliklerini incelemek ve çocuk koruma alanına öneriler sunmaktır. Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Polikliniği'ne 2017-2020 yılları arasında sağlık tedbiri kararı ile gelen 150 çocuk ve ailesi çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma kayıtlarının, dosyalarının incelendiği retrospektif bir çalışmadır. Araştırma bulgularına göre, çocukların % 7.3'ü açık liseye gitmesi, % 15.3'ü okulu bırakması nedeniyle örgün eğitimin dışındadır. Annelerin % 49.3'ü, babaların % 47.2'si ilköğretim mezunudur. Sosyal inceleme raporlarında ailelerin % 67.3'ünün ekonomik durumu kötü olarak belirtilmiştir. Parçalanmış aile oranı % 57.3 olarak bulunmuştur. Sağlık tedbir kararı verilme nedenleri arasında cinsel istismara maruz kalma ilk sıradadır. Çocukların % 61.3'ü hastaneye düzenli olarak takibe gelmiştir. Sağlık tedbir kararlarının yürütülmesinde kurumlar arasında işbirliği ve koordinasyonun olması, çocukların bütüncül ele alınması için önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık tedbiri, Çocuk koruma alanı, Çocuk ruh sağlığı

## EVALUATION OF CHILDREN WITH HEALTH MEASURES DECISION WITHIN THE SCOPE OF PROTECTIVE/ PREVENTIVE SERVICES

### Abstract

The aim of this study is to examine the characteristics of children and their families, who are followed up and treated in the child and adolescent psychiatry clinic due to the health measure decision and to offer suggestions for the field of child protection. 150 children and their families who came to Hacettepe University Child and Adolescent Psychiatry Clinic with a health measure decision between 2017-2020 were included in the study. It is a retrospective study in which research records and files are examined. According to the research findings, % 7.3 of the children are out of formal education because they go to open high school and % 15.3 drop out of school. % 49.3 of mothers and % 47.2 of fathers are primary school graduates. The economic situation of % 67.3 of the families was stated as bad in the social examination reports. The rate of broken families was found to be % 57.3. Sexual abuse ranks first among the reasons for taking a health measure decision. 61.3% of the children were followed up regularly. Cooperation and coordination between institutions in the execution of health measure decisions is important for the holistic approach of children.

**Keywords:** Health Measure, Child Protection Area, Child Mental Health.

<sup>1</sup> Dr. Öğr. Üy. Bartın Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü, [ferdakaradag@yahoo.com](mailto:ferdakaradag@yahoo.com), ORCID: 0000-0002-3221-8712

<sup>2</sup>SHU., Hacettepe Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD., [yasarcavdar@yahoo.com](mailto:yasarcavdar@yahoo.com), ORCID: 0000-0002-5400-4977

## 1.Giriş

Çocukların güvenli ve sağlıklı ortamlarda yaşama, her türlü istismar ve ihmalden korunma ve gelişimsel ihtiyaçlarının karşılanması hakları vardır. Çocukların kendi ebeveyni/ebeveynleri tarafından korunamadığı durumlarda, çocuk koruma sistemi tarafından çocukların temel ihtiyaçları sağlanır ve hakları korunur (Price-Robertson, Bromfield and Lamont, 201). Türk Medeni Kanunu (2002) anne babanın çocuk üzerinde hakları olduğu gibi yükümlülükleri olduğunu da belirtir. Ancak ailelerin bu sorumluluğu üstlenecek yeterli koşulları olmadığına ya da aileler çocuklarının bakımı ve gözetiminde yetersiz kaldıklarında çocuk koruma sistemi bu sorumluluğu üstlenir (Abram, Choe, Washburn, Teplin, King ve Dulcan, 2008).

Çocuk koruma sistemin temel amacı, aileyi destekleyerek, ailenin ve çocuğun gereksinimlerini karşılayarak çocuğun ev içinde korunmasını sağlamaktır. Geçmişte çocuk koruma sistemi, çocukların “korunmaya muhtaç” duruma gelmesinden sonraki süreçte sunulan bakım hizmeti modeline dayanmakta, koruyucu, önleyici hizmetlere yeterince önem verilmemektedir. Günümüzde ise, çocukların aile yanında bakımı ve korunması çoğu ülkede temel politikayı oluşturmakta ve aile odaklı hizmetler geliştirilmektedir (Lang and Hartil, 2014; Price-Robertson, Bromfield and Lamont, 2014, Uğur, 2018; Aldemir, 2011; Balci, 2019). Ülkemizde de 2005 yılında kabul edilen Çocuk Koruma Kanunu ile koruyucu, önleyici ve tedavi edici hizmetlerin sunulmasını amaçlayan tedbirler getirilmiştir. Bu kanuna göre, korunma ihtiyacı olan çocuklar hakkında sağlık, danışmanlık, eğitim ve barınma tedbir kararları verilebilmektedir. Koruyucu ve destekleyici bu tedbirler ile çocuğun öncelikle kendi aile ortamında korunması amaçlanmaktadır (Çocuk Koruma Kanunu, 2005).

Olumsuz yaşantılara maruz kalan çocuklar, koruyucu-önleyici tedbirlere ve/veya uzun süreli izlem gerektiren tedavi ve müdahalelere ihtiyaç duyarlar (Finkelhor, Turner, Shattuck, Hamby, 2015). İhmal ve/veya istismar, uygunsuz ebeveyn tutumları, madde kötüye kullanımı, eğitim ve gelir düzeyinin düşüklüğü, aile işlevinin bozuk olması gibi ruh sağlığını olumsuz etkileyen çoklu risk etkenleri nedeniyle çocukların ruhsal sağlıkları tehlikeye girer (Hussey, Falletta, Eng, 2012). Çocukların tedavisini içeren sağlık tedbir kararları ile, çocuğun fiziksel ve/veya ruhsal sağlığının korunması ve tedavisi için gerekli geçici veya sürekli tıbbî bakım ve rehabilitasyon hizmeti sağlanır (Çocuk Koruma Kanunu, 2005).

Tedbir kararları, çocuğun anası, babası, vasisi, bakım ve gözetiminden sorumlu kimse, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve Cumhuriyet Savcısının istemi üzerine çocuk hâkimince alınır. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve yerel yönetimler bu tedbir kararlarının yerine getirilmesinde sorumludur (Çocuk Koruma Kanunu, 2005). Çocuk hakkında sağlık tedbiri kararı verildiğinde mahkeme, kararı Sağlık Bakanlığına bildirilmekte, Sağlık Bakanlığı bünyesindeki birim tarafından çocuklar tedavileri için hastaneye yönlendirilmektedir. Aileden en az üç ayda bir olmak üzere çocuğun tedavisinin yapıldığı hastaneye gitmesi beklenir. Çocuğun takipleri ya hastanenin tıbbi sosyal hizmet birimi tarafından ya da ilgili poliklinikteki sosyal hizmet uzmanı tarafından yapılır. Bu süreçte, sosyal hizmet uzmanı tedaviyi

yürüten ekip ile iş birliği içinde çalışır, tedavi planını düzenli olarak resmi yazılarla ilgili birimler ile paylaşır. Sosyal hizmet uzmanı tedavinin bir parçası olarak çocuğun ve ailenin psikososyal gereksinimlerini belirler, gerekli yönlendirmeleri yapar, diğer kurumlarla eşgüdümü sağlar.

İlgili kurumlar ve aileler üzerinde yasal olarak bağlayıcı olması nedeniyle bu tedbir kararları önemlidir. En çok verilen tedbir kararı bakım tedbir kararından sonra sağlık tedbiridir ve sağlık tedbiri kararlarının sayısı gün geçtikçe artmaktadır (Erbay, 2015). Sağlık tedbiri kapsamında ruhsal tedavisi gerekenler, çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine yönlendirilir. Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğinde tanı ve tedavi, ekip çalışması içinde gerçekleştirilir. Bu ekibin önemli bir parçası olarak sosyal hizmet uzmanı çocuğun ayrıntılı olarak öyküsünü alır, aile görüşmesi, ev ziyareti yapar, gerekirse geniş aile, okul, komşular gibi farklı kaynaklara ulaşır, çocuk ve aileye ilişkin risk etmenlerini değerlendirir. Sağlık tedbiri kararı bulunan çocukla yapılan değerlendirmeler sonucunda, başka bir tedbir kararına ihtiyaç duyulmasında, ilgili çocuk mahkemesinden çocuk hakkında ek karar verilmesi ya da çocuğun durumunun Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü tarafından da değerlendirilmesi talep edilir. Bu kapsamda sosyal hizmet uzmanı, sağlık tedbiri kararı bulunan çocuğun okulu, danışmanlık hizmetini sunan Aile ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü ya da İl Milli Eğitim Müdürlüğü bünyesinden görevli meslek elemanları ile iletişim kurar, çocuk hakkında yapılan mesleki müdahalelerle ilgili tedavi planının hazırlanması ve süreç içerisinde planın yürütülmesi için de bilgi toplar (Karadağ, 2017).

Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine sağlık tedbir kararları ile gelen çocukların sayılarının arttığı gözlenmekte ve uygulamaya yönelik bazı güçlüklerle karşılaşıldığı görülmektedir. Bu çalışma ile Çocuk Koruma Kanunu kapsamında sağlık tedbiri kararı ile polikliniğe gelen çocukların ve ailelerinin özelliklerini, izlem süreçlerini incelemek, sağlık tedbiri uygulamalarına ve çocuk koruma alanına yönelik katkıda bulunmak amaçlanmıştır.

## 2.Yöntem

Çocuk Koruma Kanunu'nun 5/1-d maddesine tabi "Sağlık Tedbirinin Uygulanmasına İlişkin Karar"ın ardından Ankara İl Sağlık Müdürlüğü tarafından hastaneye yönlendirilen ve 1 Ocak 2017-31 Aralık 2020 yılları arasında poliklinikte tedavileri yürütülen 150 çocuk çalışmaya dahil edilmiştir. Araştırma, belirli bir amaca dönük var olan kayıt ve belgeleri inceleyerek veri toplanan, nicel araştırma yönteminin belge tarama tekniğiyle gerçekleştirilmiştir (Karasar, 2012). Araştırma verileri, çocukların sağlık tedbiri dosyalarında yer alan mahkeme kararı, sosyal inceleme raporu, sağlık tedbiri takip formları ve tedaviye ilişkin bilgilerin yer aldığı hastane dosyaları incelenerek elde edilmiştir. Bu belgelerde, çocuklara ve ebeveynlerine ilişkin sosyodemografik bilgiler (yaş, eğitim, ekonomik durum), ebeveynlere ilişkin özellikler (alkol madde kullanımı, suç kaydı, aile ilişkileri, aile içi şiddet öyküsü), sağlık tedbir kararına ilişkin bilgiler (tedbir türleri, tedbir nedeni) ve poliklinikteki tedavilerine ilişkin bilgiler (psikiyatrik tanı, düzenli takibe gelip gelmediği) incelenmiştir.

Tanımlayıcı istatistikler ortalama ( $\bar{x}$ ), frekans (n) ve yüzde (%) değerleri ile sunulmuştur. Çocukların ve ebeveynlerinin özelliklerine ilişkin kategorik değişkenler arasında fark olup olmadığını anlamak için ki-kare, yaşları arasındaki farkları anlamak için t testi analizi uygulanmıştır. Analizlerde  $p < 0,05$  değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Analizler SPSS 22,0 paket programı ile yapılmıştır.

Çalışmaya başlamadan önce 05.01.2021 tarih ve 16969557-33 sayılı Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul kararı alınmıştır. Araştırma verileri, Haziran 2021-Temmuz 2021 tarihleri arasında belgeler incelenerek toplanmıştır.

### 3.Bulgular

Bu çalışmada, Çocuk Koruma Kanunu kapsamında sağlık tedbiri kararı ile çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine gelen çocukların ve ailelerinin farklı değişkenler açısından özellikleri, sağlık tedbiri kararına ilişkin bilgileri ve tedavi/izlem süreçleri incelenmiştir. Bu bölümde belge tarama yöntemi ile ele edilen bilgilerin dağılımına, ortalamasına, ortalamalar arasındaki farkın anlamlı olup olmadığına ilişkin T-Testi sonuçlarına, kategorik değişkenler arasında anlamlı bir fark olup olmadığına ilişkin Ki-Kare testi sonuçlarına dair bilgiler yer almaktadır.

1 Ocak 2017 ve 31 Aralık 2020 tarihleri arasında polikliniğe 150 yeni sağlık tedbiri kararı gelmiştir. Bu kararların yıllara göre dağılımına bakıldığında; 2017 yılında 15 (% 10), 2018 yılında 29 (% 19.4), 2019 yılında 38 (%2 5.3) ve 2020 yılında 68 (% 45.3) yeni sağlık tedbiri kararının geldiği görülmektedir.

**Tablo 1. Çocukların sosyodemografik özellikleri**

| Çocukların cinsiyeti         | Sayı(n)         | Yüzde(%) | Ki-Kare                   |
|------------------------------|-----------------|----------|---------------------------|
| Kız çocuk                    | 93              | 62       | $\chi^2=8,64$<br>$p=,004$ |
| Erkek çocuk                  | 57              | 38       |                           |
| Çocukların eğitimi           | Sayı(n)         | Yüzde(%) |                           |
| İlkokul öğrencisi            | 24              | 16       |                           |
| Ortaokul öğrencisi           | 53              | 35.3     |                           |
| Lise öğrencisi               | 28              | 18.7     |                           |
| Açık Lise öğrencisi          | 11              | 7.3      |                           |
| Okula devam etmiyor          | 23              | 15.3     |                           |
| Zorunlu eğitim çağında değil | 11              | 7.3      |                           |
| Çocukların yaşı              | (ort. $\pm$ ss) | T –Testi |                           |
| Kız çocuk                    | 13,55 $\pm$ 4,6 |          |                           |

|             |           |                  |
|-------------|-----------|------------------|
| Erkek çocuk | 13,36±4,0 | t=257<br>p= ,798 |
|-------------|-----------|------------------|

p<.05

Araştırmaya dahil edilen 150 çocuğun, 93'ü kız, 57'si erkek çocuktur. Kız çocuklarının oranının (% 62), erkek çocuklarının oranına (% 38) göre fazla olması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=8,64$ ; p<.05). Her iki cinsiyette de çocukların yaş ortalamaları 13 yaş olarak belirlenmiştir. Çocukların % 35.3'ü ortaokula devam etmektedir. Çocukların % 7.3'ünün açık liseye gitmesi, % 15.3'ünün okulu bırakması nedeniyle örgün eğitimin dışında olduğu görülmektedir (Tablo 1.).

**Tablo 2. Ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri**

| Ebeveynlerin yaşı       | (ort. ± ss) | T –Testi          |                           |
|-------------------------|-------------|-------------------|---------------------------|
| Annelerin yaşı          | 39,66±7.2   | t=2,49<br>p= ,000 |                           |
| Babaların yaşı          | 43,42±8.5   |                   |                           |
| Annelerin eğitimi       | Sayı(n)     | Yüzde(%)          |                           |
| İlkokul                 | 74          | 49.3              |                           |
| Ortaokul                | 20          | 13.3              |                           |
| Lise                    | 16          | 10.7              |                           |
| Üniversite              | 9           | 6                 |                           |
| Belirtilmemiş           | 31          | 20.7              |                           |
| Babaların eğitimi       | Sayı(n)     | Yüzde(%)          |                           |
| İlkokul                 | 64          | 47.2              |                           |
| Ortaokul                | 20          | 13.3              |                           |
| Lise                    | 16          | 10.7              |                           |
| Üniversite              | 7           | 4.7               |                           |
| Belirtilmemiş           | 43          | 28.7              |                           |
| Ailenin Ekonomik Durumu | Sayı(n)     | Yüzde(%)          | Ki-Kare                   |
| İyi                     | 3           | 2                 | $\chi^2=165,8$<br>p= ,000 |
| Orta                    | 40          | 26.7              |                           |
| Kötü                    | 101         | 67.3              |                           |

| Aile Yapısı       | Sayı(n) | Yüzde(%) | Ki-Kare                   |
|-------------------|---------|----------|---------------------------|
| Anne-baba beraber | 64      | 42.7     | $\chi^2=66,58$<br>p= ,000 |
| Parçalanmış aile  | 82      | 54.6     |                           |
| Belirtilmemiş     | 4       | 2.7      |                           |

p<.05

Tablo 2.'de çocukların ebeveynlerinin sosyodemoğrafik özelliklerine ilişkin bilgiler yer almaktadır. Babaların yaş ortalaması ( $\bar{x}=43.42$ ) annelerin yaş ortalamasından ( $\bar{x}=39.62$ ) daha yüksektir ve bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (t (60) = 2.49, p<.05). Ebeveynlerin eğitim düzeylerine bakıldığında, ilkokul mezunu olan anne (% 49.3) ve babaların (% 47.2) daha fazla olduğu görülmektedir. Sosyal inceleme raporlarında ailelerin % 67.3'ünün ekonomik durumu kötü olarak belirtilmiştir. Ebeveynlerin % 42.7'si evli ve beraber yaşamakta iken boşanma, vefat yada farklı nedenlerle parçalanmış aile oranının % 57.3 olduğu belirlenmiştir. Tablo 2.'de yer alan Ki-Kare testi sonuçlarına göre, ailenin ekonomik durumunu gösteren değişkenler arasındaki gözlenen fark ( $\chi^2=165,8$ , p<.05) ile, aile yapısı değişkenleri arasındaki gözlenen fark ( $\chi^2=66,58$ , p<.05) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

**Tablo 3: Ailelerin özelliklerine ilişkin bilgiler**

| Ebeveynlerin suç kaydı             | Sayı(n) | Yüzde(%) |
|------------------------------------|---------|----------|
| Var                                | 14      | 9.3      |
| Yok                                | 129     | 89       |
| Aile içi şiddet öyküsü             | Sayı(n) | Yüzde(%) |
| Var                                | 62      | 41.3     |
| Yok                                | 73      | 48.7     |
| Ebeveynler arası ilişki            | Sayı(n) | Yüzde(%) |
| Sorun yok                          | 8       | 5.3      |
| İlişki sorunları var               | 115     | 76.7     |
| Belirtilmemiş                      | 27      | 18       |
| Ebeveynlerde alkol/madde kullanımı | Sayı(n) | Yüzde(%) |
| Var                                | 21      | 14       |
| Yok                                | 126     | 86       |

|                                             |                |                 |
|---------------------------------------------|----------------|-----------------|
| Belirtilmemiş                               | 3              | 2               |
| <b>Çocukta alkol/madde kötüye kullanımı</b> | <b>Sayı(n)</b> | <b>Yüzde(%)</b> |
| Var                                         | 8              | 5.3             |
| Yok                                         | 142            | 94.7            |

Tablo 3.'de ailelerin farklı değişkenlere ilişkin özellikleri yer almaktadır. Suç kaydı olan ebeveynlerin oranı % 9.3, alkol, madde kötüye kullanan ebeveynlerin oranı % 14'dür. Ailelerin % 41'inde aile içi şiddet öyküsü olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin büyük kısmının (% 76.7) evliliklerinde sorunlar yaşadığı tespit edilmiştir.

**Tablo 4. Tedbir kararına ve değerlendirmeye ilişkin bilgiler**

|                                             |                |                 |
|---------------------------------------------|----------------|-----------------|
| <b>Verilen tedbir kararı</b>                | <b>Sayı(n)</b> | <b>Yüzde(%)</b> |
| Sağlık+Danışmanlık                          | 88             | 58.7            |
| Sağlık+Eğitim+Danışmanlık                   | 20             | 13.3            |
| Sağlık+Eğitim                               | 5              | 3.3             |
| Sağlık                                      | 37             | 24.7            |
| <b>Sağlık tedbir kararı verilme nedeni</b>  | <b>Sayı(n)</b> | <b>Yüzde(%)</b> |
| Cinsel İstismar                             | 53             | 35.3            |
| İhmal                                       | 47             | 31.3            |
| Fiziksel İstismar                           | 21             | 14              |
| Davranış sorunları                          | 21             | 14              |
| Ruhsal hastalığın tedavisi                  | 8              | 5.3             |
| <b>Psikiyatrik değerlendirme/tanı</b>       | <b>Sayı(n)</b> | <b>Yüzde(%)</b> |
| Davranım bozukluğu                          | 40             | 26.7            |
| Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu | 21             | 14.0            |
| Anksiyete bozukluğu                         | 20             | 13.3            |
| Depresif bozukluk                           | 14             | 9.3             |
| Travma sonrası stres bozukluğu              | 9              | 6.0             |



|                                                  |                |                 |
|--------------------------------------------------|----------------|-----------------|
| Zeka geriliği/öğrenme güçlüğü                    | 8              | 5.3             |
| Diğer                                            | 20             | 13.3            |
| Genel ruhsal değerlendirme                       | 18             | 12              |
| <b>Takip/tedavi bilgileri</b>                    | <b>Sayı(n)</b> | <b>Yüzde(%)</b> |
| Tedaviye düzenli gelen                           | 92             | 61.3            |
| Tedaviye gelmeyen / düzensiz gelen               | 58             | 38.7            |
| <b>Tedaviye gelmeme/düzensiz gelme nedenleri</b> | <b>Sayı(n)</b> | <b>Yüzde(%)</b> |
| Ailenin ihmali/ilgisizliği                       | 45             | 77.6            |
| Çocuğu tedaviye getirememesi                     | 8              | 13.8            |
| Ulaşım sorunu                                    | 5              | 8.6             |

İncelenen belgelerde, mahkeme tarafından sadece sağlık tedbir kararı verilen çocukların oranı % 24.7'dir. Sağlık tedbir kararı ile birlikte danışmanlık tedbir kararının verilme oranı % 58.7 olarak bulunmuştur. Sağlık tedbir kararı verilme nedenleri arasında cinsel istismar (% 35.3) ve ihmal (% 31.3) ilk sıralarda yer almıştır. Tedavi sürecinde çocukların % 82'si bir psikiyatrik tanı almıştır. Davranım bozukluğu % 26.7 ile en çok saptanan tanı olmuştur. Bunu % 14 ile dikkat eksikliği ve hiper aktivite, % 13.3 ile anksiyete bozukluğu tanıları izlemiştir. Diğer grubunda yer alan tanıları, karşı olma karşı gelme bozukluğu (n:3), yeme bozukluğu (n:3), bağlanma bozukluğu (n:2), cinsel kimlik bozukluğu (n:1), obsesif kompulsif bozukluk (n:1), gelişimsel bozukluk (n:2), selektif mutizm (n:1), tik bozukluğu (n:2), enüresiz (n:1), munchausen by proxy (n:2) tanılarıdır. Çocukların % 61.3'ü düzenli olarak takip ve tedavilerine gelmiştir. Düzenli tedaviye gelmeyen ya da hiç gelmeyenlerin % 77.6'sının ailenin ihmali, ilgisizliği nedeni ile, % 13.8'i çocuğun gelmek istememesi ve ailenin zorla getirememesi yada çocuğun evden kaçması nedeni ile olduğu belirlenmiştir. Çocukların % 8.6'sı köyde/ilçede yaşama ve ulaşım imkanının olmaması nedeni ile gelmemiştir. Tedaviye düzenli olarak gelen çocukların % 10.7'sinin tedbir kararı verilmeden önce de ailesi tarafından hastaneye getirildiği ve tedaviye geldiği sırada sağlık tedbir kararının çıkarıldığı görülmüştür (Tablo 4).

#### 4.Tartışma

Bu çalışma ile sağlık tedbiri kararı olan çocukların ve ailelerinin özelliklerini, tedavi süreçlerini incelemek, çocuk koruma alanına katkıda bulunmak amaçlanmıştır. Bu amaçla poliklinikte sağlık tedbiri kararı ile takip ve tedavi edilen çocukların sağlık tedbirine ve tedavilerine ilişkin belgeleri incelenmiştir.

Araştırma kapsamında yer alan çocukların büyük kısmı kız çocuktur. Sağlık tedbiri ile takip edilen çocuklarda kız/erkek oranı hakkında literatürde farklı sonuçların olduğu görülmektedir. Er Fazlıoğlu (2019) ile Okur ve arkadaşları (2019) tarafından yapılan çalışmalarda, sağlık tedbiri kararı ile takip edilen çocuklarda kız çocuklarının, Nasıroğlu (2017) tarafından yapılan çalışmada, erkek çocuklarının sayısının daha fazla olduğu belirtilmektedir. Araştırmamızda sağlık tedbir kararı verilme nedeninin en fazla cinsel istismar olması cinsiyetler arasındaki bu farklılığın bir nedeni olabilir. Kız çocuklarının daha fazla cinsel istismara uğradığı bilinmektedir (Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2014; Jaffee ve Christian 2014; Aberle vd., 2007). Kız çocuklarının daha fazla istismara uğraması toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bir yansıması olarak da karşımıza çıkmaktadır (Bükecik ve Özkan, 2018; Küçükkaraca ve Albayrak, 2016). Bu nedenle cinsel istismar mağduru olan ve sağlık tedbiri ile izlenen kız çocuklarını toplumsal cinsiyet bakışıyla da ele almak önemli olacaktır.

Araştırmamızda, okul terki ya da açık liseye kayıtlı olma nedeniyle örgün eğitimin dışında kalan çocukların olduğu görülmektedir. Literatürde de sağlık tedbiri ile takip edilen çocukların % 27,6’sının okulu terk ettiği belirlenmiştir (Nasıroğlu, 2017). Özellikle okulla bağı olmayan çocukların daha fazla risklerle karşı karşıya kalacağı bilinmektedir (Cook ve Kang, 2016). Belen ve arkadaşları (2021) tarafından yapılan çalışmada açık liseye geçişte kişisel ve psikolojik nedenlerin, ekonomik yetersizliklerin önemli rol oynadığı gözlenmiştir. Özellikle okulu sevmeme, örgün eğitimi terk etmenin en önemli sebebi olarak gösterilmektedir. Ayrıca 12 yıllık zorunlu eğitim kapsamında çocukların lise öğrenimlerine açık öğretim lisesinden devam etme hakkının verilmesiyle birlikte açık liseye devam eden kız öğrencilerin sayısında büyük bir artış olduğu belirtilmektedir (Çam, Tosun ve Bayram, 2015). Açık lise eğitiminin niteliği ile ilgili sorun olduğu, özellikle fırsat eşitsizliği mağduru olan çocukların örgün eğitime devam edebilmeleri için tedbirlerin alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Örgün eğitim sistemi dışına çıkmış olan çocukların, rehberliğe ve etkileşime daha çok ihtiyaçları olduğu açıktır (Sözer, 2017). Örgün eğitimin, riskleri fark etme ve sosyalleştirici yanı göz önüne alındığında sağlık tedbiri kararı olan çocukların örgün eğitime devam etmesi ayrıca önem kazanmaktadır. Poliklinikte sağlık tedbiri ile izlenen ve açık liseye kayıtlı olan çocuklarla yapılan görüşmelerde, çocukların çocuğun okulla herhangi bir ilişkilerinin olmadığı, ders çalışmadıkları, sınavlara girmedikleri, sadece lise öğrencisi olarak kayıtlı oldukları gözlenmiştir. Bu çocukların tedbir kararları ile çocuk koruma sisteminin içinde olmasına karşın okulla ilişkilerinin zayıf olması, çocuk koruma sisteminin bütüncül ele alınması gerektiğini düşündürmektedir. Sağlık tedbiri olan çocukların örgün eğitimlerine devam edebilmeleri yönünde önlemler alınması çocukların yüksek yararına olacaktır. Bu bağlamda okul sosyal hizmeti uygulamaları, okul, aile ve toplum arasındaki bağları güçlendirerek, okul başarısına etki eden biyopsikososyal faktörlere odaklanarak ve gereksinim duyulan hizmetlere ulaşarak çocukların okula uyumunu sağlayacaktır. Okullarda sosyal hizmet uzmanlarının istihdam edilmesi ve okul sosyal hizmet

uygulamalarının yaygınlaştırılması çocuk koruma sisteminde koruyucu /önleyici hizmetlerin geliştirilmesinde büyük önem taşımaktadır (Özkan ve Selcik, 2016).

Araştırmamızda ebeveynlerin çoğunlukla ilkokul mezunu olduğu ve sosyal inceleme raporlarında ekonomik durumlarının kötü olarak belirtildiği görülmektedir. Çok sayıda araştırmacı tarafından (Clement, Berube, Chamberland, 2016; Jocelyn, Cohen, Johnson and Salzinger, 1998; Sedlak, 1997), düşük sosyoekonomik durum, çocuk istismarının ve ihmalinin nedenleri arasında kabul edilmektedir. Ebeveynlerin eğitim düzeyinin ve ekonomik durumunun yüksek olması çocuk bakımı ve eğitiminde olumlu bir belirleyici olarak görülmektedir (Lee ve Goerge, 1999; Brown, Cohen, Johnson ve Salzinger , 1998; Polat ve ark., 2010; Choi ve Thomas, 2015). Düşük sosyoekonomik düzeydeki ailelere yönelik erken müdahale ve hizmetler çocuk koruma alanında önemlidir. Yoksulluk ve aile bütünlüğü arasında da ilişki kurulmuş, yoksulluğun kendisi bir aile parçalanması nedeni olabileceği gibi, aile parçalanmasının da son derece önemli bir yoksulluk sebebi olduğu belirtilmiştir (Yusufoğlu ve Kızmaz, 2015). Araştırmamızda, çoğu ailede boşanma, ayrı yaşama ya da vefat nedeni ile aile bütünlüğünün bozulduğu ve ebeveynler arasında ilişki sorunlarının olduğu saptanmıştır. Parçalanmış aileden gelen ergenler arasında riskli davranışların daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Şahbaz, 2020; Tanrıverdi ve Özgüç, 2019). Parçalanmış ailedeki sorunlu bir ebeveyn, çocuğuna yakınlık göstermekte ve çocuğunun ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanmaktadır. Bu aile içindeki çocuklar da ebeveynlerini stresli durumlar karşısında yeterli ve güven verici olarak algılamamaktadır. Aile içinde destekleyici ve olumlu bir ilişki çocukların korunmasında tampon etkisi yaratmaktadır (Davies ve Mark, 1994; Macfie, Houts, Pressel ve Cox, 2008; Scannapieco ve Connell-Carrick, 2005). Araştırmamızdan elde edilen bulgular, ailelere yönelik yapılacak destek ve programların çocuk koruma alanında ne kadar önemli ve zorunlu olduğunu göstermektedir.

Polikliniğe gelen çocuklarda sağlık tedbiri kararı ile birlikte en çok danışmanlık tedbir kararının verildiği görülmektedir. Danışmanlık tedbiri, çocuğun bakımından sorumlu olan kimselere çocuk yetiştirme konusunda; çocuklara da eğitim ve gelişimleri ile ilgili sorunlarının çözümünde yol göstermeye yönelik tedbir kararıdır (Çocuk Koruma Kanunu, 2005). Çocuk koruma alanında ebeveyn danışmanlığı ve ebeveynlerle çalışma en önemli bileşenlerdir (Bunting, Webb ve Shannon, 2017). Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmeliğe (2006)'e göre danışmanlık tedbiri ile sağlık tedbirinin birlikte uygulandığı durumlarda danışman, çocuğun tedavisini yürüten uzman kişi, kurum ve kuruluşla iş birliği ve koordinasyon içerisinde çalışır. Buna karşın, poliklinikte çocukların tedavileri sırasında, çoğunlukla danışmanlara ulaşılmakta zorlanıldığı, danışmanların tedavi ekibi ile iş birliğinin olmadığı ya da danışman olarak atanan meslek elemanlarının yeterli donanımda olmadığı izlenimi edinilmiştir. Tedbir kararlarının uygulanmasında kurumlar arası koordinasyon ve iş birliği önemli bir yer tutmaktadır. Bu görev, Çocuk Koruma Kanununa Göre Verilen Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik (2006)'in 19, 20 ve 21'inci maddelerine dayanılarak hazırlanan "Çocuk

Koruma Kanununa Göre Verilen Koruyucu Ve Destekleyici Tedbirlerin Yerine Getirilmesi Amacıyla Kurulan Merkezi, İl ve İlçe Koordinasyonların Çalışma, Usûl ve Esasları Yönergesi” kapsamında Aile ve Sosyal Hizmetler Müdürlüğü’ne tanımlanmıştır. Bu sayede vaka bazında “çocuğun sahiplenerek” tedbir kararlarını uygulayan kurumlarla eşgüdüm sağlanmasına ve kurumların çocuk hakkında “ortak ve birlikte” karar vermesine olanak sağlanmıştır. Ancak bu sürecin uygulamaya yansımadağı görülmektedir. Sağlık tedbiri kararının diğer tedbir kararlarından bağımsız olarak yürütülmesi çocuğun ve ailenin bütüncül olarak ele alınmasını engellemektir. Hızlı toplumsal değişim, çocuk koruma sisteminde bütüncül yaklaşımı ve sistem yaklaşımını daha da önemli hale getirmiştir. Toplumdaki birçok kurum ve süreç çocuk korumayla ilişkilidir. Bütüncül yaklaşım ile daha sorunlar ortaya çıkmadan, riskler tespit edilip önlemler alınacak, kurumlar arası işbirliği ve koordinasyon sağlanacaktır. Çocukların korunmasına ilişkin yükümlülüklerin yerine getirilmesi eğitim, sağlık, aile, adalet, sivil toplum gibi alandaki birçok hizmetin etkili ve verimli koordinasyonu ile mümkündür (Uluslararası Çocuk Merkezi Raporu, 2018; Elmacı, 2018).

Araştırma bulgularımız ile uyumlu olarak literatürde, sağlık tedbiri ile takip edilen çocukların büyük kısmının ergenlik döneminde olduğu, sağlık tedbiri başlatılmasının başlıca nedenlerinin ruhsal hastalıkların tedavisi, cinsel istismar ve ihmal olduğu belirtilmektedir (Nasıroğlu, 2017; Er Fazlıoğlu, 2019; Okur ve ark., 2029). Çocuk koruma sistemindeki çocukların yaklaşık % 25’inde ruhsal sorunlar olduğu belirtilmektedir (Galehouse, Herrick ve Raphel, 2010). İstismara maruz kalan çocuklarda da başta travma sonrası stres bozukluğu, depresyon, anksiyete, davranış bozuklukları olmak üzere çeşitli ruhsal hastalıklar gelişebilmektedir (Herrenkohl, Hong, Klika, Herrenkohl ve Russo, 2013; Taner ve Gökler, 2004; Safyan, Mitchel, Goodman, Eisen ve Quin, 2008) Araştırmamızda, davranım bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, anksiyete bozukluğu tanıları en çok alınan psikiyatrik tanılar olmuştur. Nasıroğlu (2017) tarafından yapılan araştırmada, sağlık tedbir kararı ile gelen çocukların % 26.3’ünde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile davranış bozukluğu, % 17’sinde mental gerilik, % 15’inde ise travma sonrası stres bozukluğu tanıları saptanmıştır. Okur (2019) tarafından yapılan çalışmada ise travma sonrası stres bozukluğu (% 10,6), depresyon (%7,5), davranım bozukluğu (%7,5) tanıları en çok tespit edilen tanılar olmuştur. Sağlık tedbiri ile takip edilen çocukların uzun süreli ve yakından takiplerini gerektiren psikiyatrik tanılar aldıkları görülmektedir. Çocukluk döneminde başlayan ruhsal hastalıklar tedavi edilmediğinde çocukta işlev kaybına neden olmakta ve erişkin dönemde de devam eden sorunlara neden olabilmektedir (Erol, Şimşek, Munir, 2008). Bu nedenle çocuk koruma sisteminde koruyucu ve önleyici hizmetlere, erken müdahale hizmetlerine önem verilmeli, çocukların tedavileri için hastaneye başvuru süreleri uzamamalı ve tedavileri gecikmemelidir.

Araştırmamızda, çocukların % 61.3’ünün tedaviye düzenli olarak geldiği belirlenmiştir. Düzenli gelmeyen ya da hiç gelmeyen ailelerle yapılan telefon görüşmelerinde, ailelerin işbirliğine yatkın olmadıkları, verilen

karara tepkili oldukları gözlenmiştir. Er Fazlıoğlu (2019), çoğu ailenin sağlık tedbiri uygulamasının çocukları ve kendileri için herhangi bir katkı ve gelişim sağladığını düşünmediklerini saptamıştır. Tedaviye dirençli bu aileler ile çalışılması, ev ziyaretlerinin yapılması gereklidir. Bazı hastanelerde ayrı bir sağlık tedbiri biriminin olmadığı, sosyal hizmet uzmanlarının farklı sorumlulukları ve görevleri arasında sağlık tedbiri uygulamalarını yürüttüğü ve bu koşullar altında mesleki çalışmaları yürütmenin zor olduğu görülmektedir. Hastanelerde sadece sağlık tedbiri kararlarını takip eden birimlerin oluşturulması, sekreteryaya işleri için farklı kişilerin görevlendirilmesi mesleki uygulamaların verimliliğini artıracaktır. Araştırmamızda, çocukların yaklaşık % 11'inin sağlık tedbir kararı verilmeden önce de tedaviye düzenli olarak geldiği ve ailelerinin çocukların tedavisi ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Buna karşın bu çocuklar hakkında sağlık tedbir kararının talep edilmiş olması hem mahkemelerin hem de kararı takip eden uzmanların iş yükünü artırmakta, gereksiz yazışmaların yapılmasına neden olmaktadır. Farklı nedenlerle çocuk koruma sistemine girmiş ve tedavi ihtiyacı ailesi tarafından düzenli olarak karşılanan çocuklarda tedavi süreci danışmanlık tedbir kararı ile izlenebilir ve ihtiyaç duyulması halinde sağlık tedbiri talep edilebilir. Çocukları ve aileleri belirli aralıklarla izleyen ve vaka yönetimini etkin olarak kullanan mesleki çalışmalar ile gereksiz sağlık tedbir kararlarının verilmesinin önlenebileceği düşünülmektedir. Ancak, çocuk koruma sisteminde meslek elemanlarının sayıca yetersiz olması ve vaka yoğunluğu izlem çalışmalarının yapılmasını zorlaştırmaktadır.

## 5.Sonuç ve Öneriler

Sağlık tedbiri kararı ile çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniğine tedaviye gelen çocukların sayısının giderek arttığı gözlenmekte, çocukların psikiyatrik tanıları göz önüne alındığında erken ve düzenli tedavinin önemi anlaşılmaktadır. Artan vakalar karşısında etkili müdahale ancak bütüncül bir yaklaşım ile mümkün olacaktır. Uygulamada ise, sağlık, danışmanlık, eğitim tedbir kararlarının farklı kurumlar tarafından bağımsız olarak yürütüldüğü görülmektedir. Farklı hizmetlere ihtiyaç duyan çocuklar ve aileler için ilgili mevzuatın da uygulanarak “vaka yönetimi” uygulamasının getirilmesi ailelerin bütüncül ele alınmasını sağlayacaktır. Vaka yönetimi, müracaatçının çok sayıda hizmete ihtiyaç duyduğu zamanlarda hizmetin koordineli bir biçimde yapılabilmesi için kullanılan bir yöntemdir (Altındağ, 2020). Çocukları korumak, aileleri ve çocukları yaşadıkları sosyal çevre içerisinde değerlendirmeyi gerektiren karmaşık bir sorundur. Çocukların aileleri, okulları, yaşadıkları çevre, ihtiyaç duydukları hizmetler içinde bütüncül bir bakış açısı ile değerlendirilmeleri ancak vaka yönetimi ile mümkün olacaktır.

Sağlık tedbiri kararı ile değerlendiren çocukların ailelerinde ekonomik zorluklar, aile içi şiddet, ebeveyn anlaşmazlıkları, parçalanmış aile gibi psikososyal risk faktörlerinin olduğu görülmektedir. Bu bilgiler ışığında, tedbir kararı olan çocuklarda aileyi odak alan çalışmaların önemi anlaşılmaktadır. Aileyi ekonomik anlamda destekleyen politikaların yanısıra, sağlıklı aile hayatını geliştirmeyi hedefleyen eğitim ve

danışmanlık hizmetleri etkin bir şekilde oluşturulmalıdır. Çocuk koruma alanında, tüm çocuklara yönelik erken müdahale ilkesi temel olmalı, sorunlar oluşmadan çocukların ve ailelerinin içinde bulundukları koşulları iyileştirmeyi hedef alan müdahaleler planlanmalıdır. Toplum temelli, risk temelli ve koruma temelli stratejilerin geliştirilmesi ile çocuk ve aile yararına bir çocuk koruma sistemi olanaklı hale gelecektir. Aile danışmanlığı hizmetleri yaygınlaştırılmalı ve danışmanlık tedbir kararları etkin bir şekilde uygulanmalıdır. Çocuklara ve ailelere ulaşmada ve hizmet sağlamada okullar çok önemli bir konumdadır. Ancak okul sosyal hizmet uygulamaların ülkemizde olmamasının çocuk koruma sisteminde büyük bir eksiklik olduğu düşünülmektedir. Sağlık tedbir kararı olan çocukların okula uyumlarının sağlanmasında ve okulla işbirliği yapılmasında okul sosyal hizmet uygulamalarının katkısı büyük olacaktır.

Araştırmanın yürütüldüğü hastanede yeterli sayıda meslek elamanının olmaması ve artan sağlık tedbiri vakaları mesleki çalışmaların yürütülmesini güçleştirmektedir. Hastanelerde sağlık tedbiri kararlarını takip eden sağlık tedbiri birimlerinin kurulması ve meslek elemanlarının sayısının artırılması çocuk koruma sisteminde önemli bir yere sahip olan sağlık tedbir kararlarının daha etkin yürütülmesine katkı sağlayacaktır.

#### **Çalışmanın Sınırlılıkları**

Araştırmanın geriye dönük belge taraması olması nedeniyle çocuklara ve ailelere ilişkin verilerin kayıtlarla sınırlı olması ve verilerin tek merkezden toplanmış olması bu araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır. İlgili mahkeme ve bakanlıkların sağlık tedbir kararına ilişkin verilerine ulaşamadığından, sağlık tedbirine ilişkin bilgiler hastane başvurusu olan çocuklarla yapılan çalışmalarla sınırlı kalmıştır.

**Kaynakça**

- Abram, K. M., Choe, J. Y., Washburn, J. J., Teplin, L. A., King, D. C., & Dulcan, M. K. (2008). Suicidal ideation and behaviors among youths in juvenile detention. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(3), 291-300.
- Aberle, N., Ratković-Blazević, V., Mitrović-Dittrich, D., Cocha, R., Stoić, A., Bubljić, J., & et al. (2007). Emotional and physical abuse in family: Survey among high school adolescents. *Croatian Medical Journal*, 48(2), 240-248.
- Aldemir, V. (2011). Çocuk Koruma Kanunu'nun Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'nda uygulanmasına ilişkin bir değerlendirme (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara*.
- Altındağ, Ö. (2020). Vaka yönetimi ve sosyal hizmette kullanımı. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 31(2), 618-646.
- Balcı, E. (2019). Türkiye’de Çocuk Hizmetleri ve Sosyal Hizmet. Ed. Abidin Özdemir, *Sosyal Hizmet Dergisi*, Temmuz-Aralık, 6-17.
- Belen, A., Kandak, M., Demir, E., Çekin, B., Demir, M., & Kandak, D. (2021). Açık lise öğrencilerinin görüşleri doğrultusunda açık liseyi tercih nedenlerinin belirlenmesi: ermenek örneği. *Uygulamalı Sosyal Bilimler ve Güzel Sanatlar Dergisi*, 3(6), 99-114.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child abuse & neglect*, 22(11), 1065-1078.
- Bunting, L., Webb, M. A., & Shannon, R. (2017). Looking again at troubled families: parents' perspectives on multiple adversities. *Child & Family Social Work*, 22, 31-40.
- Bükecik, E., & Özkan, B. (2018). Kadına yönelik şiddet: Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın sağlığına etkisi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 33-37.
- Choi, J. B., & Thomas, M. (2015). Perceptual difference of child neglect among Korean parents and children: Implications for child welfare policy. *Children and Youth Services Review*, 55, 56-61.
- Cook, P. J., & Kang, S. (2016). Birthdays, schooling, and crime: Regression-discontinuity analysis of school performance, delinquency, dropout, and crime initiation. *American Economic Journal: Applied Economics*, 8(1), 33-57.
- Çam Tosun, F., & Bayram, A. (2015). Açıköğretim Lisesinde Artış:Kadın Öğrenciler. *Eğitim Bilim Toplum*, 13(49), 84-99.
- Clement ME, Berube A, Chamberland C.(2016).Prevalence and risk factors of child neglect in the general population, *Public Health*, 138: 86-92.

Çocuk Koruma Kanunu (ÇKK). 5395 Sayılı Kanun. 03.07.2005

Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: an emotional security hypothesis. *Psychological bulletin*, 116(3), 387.

Elmacı, D. (2018). Çocuk Korumada Sistem Yaklaşımı. *Prof. Dr. Emine AKYÜZ'e Armağan*, 172.

Er Fazlıoğlu, (2019). Sağlık tedbiri kapsamında tedavisi yürütülen çocukların ve ailelerinin psikososyal özelliklerinin sosyal hizmet perspektifinden değerlendirilmesi. *Journal of International Social Research*, 12(64).

Erbay, E., Güneş, D. K., Ahmet, E. G. E., Baksi, Y., & Civelek, F. (2015). 2010-2012 yılları arası koruyucu ve destekleyici tedbir kararlarının incelenmesi: Ankara 1. Çocuk Mahkemesi Örneği. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 26(2), 31-52.

Erol N, Şimşek Z, Munir KM. (2008). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Epidemiyolojisi. İçinde: Çetin FÇ, Pehlivan Türk B, Ünal F, Uslu R, İşeri E, Türkbay T, Coşkun A, Miral S, Motavallı N (editörler). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 782-800.

Finkelhor, D., Turner, H. A., Shattuck, A., & Hamby, S. L. (2015). Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: Results from the national survey of children's exposure to violence. *JAMA pediatrics*, 169(8), 746-754.

Galehouse, P., Herrick, C., & Raphael, S. (2010). ... on Foster Care International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 23(1), 36-39.

Herrenkohl, T. I., Hong, S., Klika, J. B., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2013). Developmental impacts of child abuse and neglect related to adult mental health, substance use, and physical health. *Journal of family violence*, 28(2), 191-199.

Hussey, D. L., Falletta, L., & Eng, A. (2012). Risk factors for mental health diagnoses among children adopted from the public child welfare system. *Children and Youth Services Review*, 34(10), 2072-2080.

Jaffee, SR., & Christian, CW. (2014). The biological embedding of child abuse and neglect implications for policy and practice. *Social Policy Report*, 28(1), 1-36

Jocelyn B, Cohen P, Johnson JG, Salzinger S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect, *Child Abuse & Neglect*, 22 (11) :1065-1078.

Karadağ, F. (2019). Çocuk ve ergen ruh sağlığı polikliniğinde sosyal hizmet uygulamaları. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12(62), 1426-1430.

Karasar, N. (2012). Bilimsel araştırma yöntemi [Scientific research method]. *Ankara: Nobel Yayıncılık*.

Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik, 24 Aralık 2006 Tarih, 26386 Sayılı Resmi Gazete.



- Küçükkaraca, N., & Albayrak, H. (2016). Çocuğa yönelik cinsel istismar ve hegemonik erkeklik algısı: Neden sonuç ilişkisi üzerine bir tartışma. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(4).
- Lee, B. J., & Goerge, R. M. (1999). Poverty, early childbearing, and child maltreatment: A multinomial analysis. *Children and Youth Services Review*, 21(9-10), 755-780.
- Macfie, J., Houts, R. M., Pressel, A. S., & Cox, M. J. (2008). Pathways from infant exposure to marital conflict to parent-toddler role reversal. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 29(4), 297-319.
- Nasıroğlu, S. (2017). Sağlık tedbiri alınan çocuk ve ergenlerin ruhsal açıdan değerlendirilmesi. *Cukurova Medical Journal*, 42(3), 484-489.
- Okur, O., Aktaş, U., & Kaykısız, E. K. (2019). Evaluation of the children and adolescents taking health care measure in terms of mental health. *Bitlis Eren University Journal of Science and Technology*, 9(1), 41-45.
- Özkan, Y., & Selcik, O. (2016). Okul sosyal hizmeti'nin okul erken terki üzerine potansiyel etkisi. *Journal Of International Social Research*, 9(43).
- Polat, S., Tasar, A., Ozkan, S., Yeltekin, S., Cakir, B. C., Akbaba, S., ... & Beyazova, U. (2010). Perceptions and attitudes of mothers about child neglect in Turkey. *Infants & Young Children*, 23(2), 122-131.
- Sayfan, L., Mitchell, E. B., Goodman, G. S., Eisen, M. L., & Qin, J. (2008). Children's expressed emotions when disclosing maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 32(11), 1026-1036.
- Scannapieco, M., & Connell-Carrick, K. (2005). Focus on the first years: Correlates of substantiation of child maltreatment for families with children 0 to 4. *Children and Youth Services Review*, 27(12), 1307-1323.
- Sedlak AJ. (1997). Risk factors for the occurrence of child abuse and neglect, *J. Aggression, Maltreatment, Trauma*, 1: 149 -187.
- Sözer, Y. (2017). Mesleki açık öğretim lisesi öğrencilerinin örgün eğitim dışında olma nedenlerine ilişkin görüşlerinin değerlendirilmesi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, (30), 493-507.
- Şahbaz, M. (2020). Parçalanmış ve Parçalanmamış Ailelerden Gelen Ergenlerin Riskli Davranışlarının Bazı Demografik Değişkenlere Göre İncelenmesi. Thesis (M.Ed.), Eastern Mediterranean University, Institute of Graduate Studies and Research, Dept. of Educational Sciences, Famagusta: North Cyprus.

- Tanrıverdi, D.ve Özgüç, S. (2019). Parçalanmış ve tam aileye sahip çocukların/ergenlerin şiddete yönelik tutumları ve saldırganlık davranışlarının karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 10(3), 165-172.
- Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk istismar ve ihmali; Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi* 35, 82-86.
- Türk Medeni Kanunu, 22 Kasım 2001 tarih, 4721 sayılı yasa.
- Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. (2014). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (ISBN:978-605-4628-75). Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık.
- Uğur, Ç.,S. (2018). Türkiye’ de çocuk koruma politikaları: Sosyal ve ekonomik destek hizmetinin rolü. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Uzmanlık Tezi, Ankara
- Uluslararası Çocuk Merkezi Raporu (2018). Türkiye’de Çocuk Koruma Sistemi: Sorunlar ve Savunu Alanları.
- Yusufoğlu, Ö. Ş. ve Kızmaz, Z. (2015). Parçalanmış Yoksul Ailelerin Geçinme Stratejileri: Elazığ Örneği. *Fırat Üniversitesi Harput Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 1-18.



SAĞLIK BAKANLIĞI  
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü  
Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı  
Bakanlık Yayın No:963

ULAKBİM TR Dizinde Taranmaktadır



Hakemli Dergi

**TSHD**

Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi

ISSN: 2149-309X-Biannually

<https://edergi.saglik.gov.tr/>

<https://dergipark.org.tr/tr/pub/tshd>

Yıl/Year: 2022 Haziran/June

Sayı/Issue: 19

## SEMPATOM YÖNETİMİNDE TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI

Mustafa KARATAŞ<sup>1</sup>  
Mehmet BAŞÇILLAR<sup>2</sup>  
Merve Deniz PAK GÜRE<sup>3</sup>

### Makale Bilgileri/ Article info

Makalenin Türü/Article Type: Derleme  
Geliş Tarihi / Date Received: 10.01.2022  
Revizyon Tarihi/Date Revised: 15.03.2022  
Kabul Tarihi / Date Accepted: 18.05.2022  
Yayın Tarihi / Date Published: 30.06.2022  
DOI: 10.46218/tshd.1055610

**Makale Künyesi/To cite this article:** Karataş, M., Başçillar, M. ve Pak Güre, M.D. (2022). Semptom Yönetiminde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 19: 103-119. Doi: 10.46218/tshd.1055610

**Sorumlu Yazar/Corresponding Author:** Mustafa Karataş, Dr.Öğr.Üyesi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü. [mustafakaratas83@gmail.com](mailto:mustafakaratas83@gmail.com)

### Öz

Semptom yönetimi özellikle kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmek için verilen bakımın bütünüdür. Fiziksel ve psikososyal bakımın sağlanmasında multidisipliner ekiplere ihtiyaç duyulmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları tıbbi sosyal hizmet kapsamında yaptıkları mesleki çalışmalarda semptom yönetiminin gerçekleştirildiği çok disiplinli ekiplerin bir üyesidir. Hastaların ve ailelerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi, problem çözme becerilerinin artırılması, gereksinim duyulan kaynaklara erişim sağlanması, tedavi ve bakım süreçlerinin hastalar, aile üyeleri, bakım verenler ve sağlık profesyonellerinin etkileşimiyle belirlenmesi ve nihai olarak tam iyilik halinin sağlanması gibi alanlarda sosyal hizmet uzmanlarının müdahaleleri gerekli olmaktadır. Bu çalışmanın amacı sosyal hizmet uzmanlarının semptom yönetimi sürecinde rollerinin, işlevlerinin ve tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının ortaya konulmasıdır. Bu çerçevede sosyal hizmet uzmanlarının danışman, eğitmen, savunucu ve politika geliştirici rolleri ön plana çıkmaktadır. Semptom yönetimi kapsamındaki tıbbi sosyal hizmet uygulamasında ise müracaatçı sistemiyle terapötik ilişkilerin kurulması, mevcut semptomların müracaatçı tarafından kabullenilmesi, tedavi ve bakım süreçlerine müracaatçı sisteminin yön vermesinin sağlanması amaçlanmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** *Semptom, semptom yönetimi, kronik hastalıklar, tıbbi sosyal hizmet*

## MEDICAL SOCIAL WORK PRACTICES IN SYMPTOM MANAGEMENT

### Abstract

Symptom management is the whole of care given to improve the quality of life of individuals with chronic diseases. Multidisciplinary teams are required to provide physical and psychosocial care. Social workers are members of multidisciplinary teams where symptom management is carried out within the scope of medical social work. Interventions are necessary for areas such as improving the quality of life of patients and families, increasing problem-solving skills, providing access to needed resources, determining treatment and care processes with the interaction of patients, family members, caregivers, and healthcare professionals, and ultimately ensuring well-being. This study aims to reveal the roles, functions, and medical social work practices in symptom management. The role of the social worker as consultant, trainer, advocator, and policy developer comes to the fore. Medical social work practice in symptom management aimed to establish therapeutic relationships with the client system, to ensure the current symptoms are accepted by them, and to guide the treatment and care processes of the intervention.

**Keywords:** *Symptom, symptom management, chronic diseases, medical social work*

<sup>1</sup> Dr.Öğr.Üyesi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü, [mustafakaratas83@gmail.com](mailto:mustafakaratas83@gmail.com), ORCID: 0000-0002-0998-2552

<sup>2</sup> Dr.Öğr.Üyesi, Turgut Özal Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü, [mehmetbasccillar@gmail.com](mailto:mehmetbasccillar@gmail.com), ORCID: 0000-0002-0223-8050

<sup>3</sup> Öğr.Gör.Dr., Başkent Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü, [mdpak@baskent.edu.tr](mailto:mdpak@baskent.edu.tr), ORCID: 0000-0001-7060-3729

## Giriş

Sosyal hizmet uzmanları, tıbbi alandaki sorunların çözülmesi ve gereksinimlerin karşılanması amacıyla mesleki çalışmalarını yürütmektedir. Sosyal hizmet uzmanları bu alandaki uygulamalarda multidisipliner ekibin bir parçası olarak faaliyet göstermektedir. Bu ekipte bulunan meslek elemanları, hastaları ve ailelerini desteklemek amacıyla hastanelerde, toplum sağlığı merkezlerinde ve diğer çeşitli sağlık kuruluşlarında yer almaktadır. Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının yürütülmesinde, müracaatçı sisteminin gereksinimlerinin belirlenmesinde ve bunlara yönelik müdahalelerin gerçekleştirilmesinde bireyin mevcut sağlık durumuyla ilgili özellikler son derece önemli bir yerde bulunmaktadır. Sağlık durumuyla ilişkili göstergelerin başında ise hastalıklarla ilgili semptomlar (belirtiler) gelmektedir.

Semptom, bireyin biyo-psiko-sosyal işleyişindeki, duyularındaki veya bilişindeki değişiklikleri yansıtan öznel bir deneyim olarak tanımlanmaktadır (Barsevick ve ark., 2006). Bireyin bütüncül refahını olumsuz etkileme potansiyeli taşıyan ağrı, yorgunluk, kırgınlık, mide bulantısı, kusma, ateş ve diyare gibi çok geniş yelpazede bulunan semptomlar, tıbbi süreçlerde yönetilmesi gereken önemli bir sorun alanını meydana getirmektedir (Kim ve ark., 2005). Semptomlar onkoloji, palyatif ve yaşam sonu bakımı, HIV/AIDS, nefrolojik hastalıklar ile multipl skleroz (MS) gibi hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen kronik hastalıklarda yaygın görülmektedir (Brant ve ark., 2010). Semptom yönetimi ise hastalıkla ilişkili belirtilerin önlenmesi, ortadan kaldırılması, azaltılması veya bütünüyle tedavi edilmesi ve nihai olarak tam iyilik halinin yeniden sağlanması için gerçekleştirilen uygulamaların tümünü içermektedir. Bu doğrultuda semptom yönetiminin en önemli amaçları arasında gerek fiziksel gerekse psikososyal yönden çok boyutlu değerlendirmenin yapılması, uygun tedavi planlarının oluşturulması, hastaların, ailelerin ve bakım verenlerin yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve gereksinim duyulan kaynaklara erişimin sağlanması bulunmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları semptom yönetimi sürecinde multidisipliner bir ekibin üyesi olarak bireylerin, ailelerin ve bakım verenlerin problem çözme kapasitelerinin geliştirilmesi, kaynakların harekete geçirilmesi, karar verme süreçlerine hastaların, ailelerin ve sağlık profesyonellerinin katılımının sağlanması gibi alanlarda güçlendirme odaklı ve halk temelli çalışmalar sürdürmektedir (MacDonald, 2000).

Semptom yönetiminde sosyal hizmet uzmanlarının önemli rollerinin olduğu özellikle uluslararası literatürdeki çalışmalarda ortaya konulmaktadır (Mendenhall, 2003; Altilio, 2007; Otis-Green ve ark., 2008). Buna karşılık ulusal literatüre bakıldığında semptom yönetimindeki uygulamaların detaylı olarak ele alındığı çalışmaların kısıtlı olduğu görülmektedir. Buradan hareketle, bu çalışmanın amacı özellikle kronik tipte, morbidite ve mortalite oranları yüksek olan hastalıkların bakımında kullanılan semptom yönetimi modelinde sosyal hizmet uzmanlarının rol ve işlevlerinin neler olduğunun ve tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının kapsamının ortaya konulmasıdır.

### 1. Semptom Yönetiminin Tanımı ve Kavramsal Çerçevesi

Semptom, bir başka deyişle belirti, en geniş tanımı ile bireyde bir hastalık/bozukluk durumunu işaret ettiği düşünülen fiziksel veya ruhsal özelliklerdir (Lenz ve Pugh, 2003). Semptom, vücut ısısındaki ve kan basıncındaki normal dışı yüksekliği veya düşüklüğü ya da tıbbi taramalarda ortaya çıkan bir anormalliği içerebilir. Bununla beraber semptom, ateş, baş ağrısı veya vücuttaki diğer ağrılar, yorgunluk, baş dönmesi, kaşıntı, kramp, kilo kaybı ve mide bulantısı gibi geniş bir yelpazede meydana gelebilir. Bazı semptomlar kronik, tekrarlayan veya remisyon ile seyreden biçimde ortaya çıkabilir. Bazıları ise bireyin hastalık etkeninin taşıyıcısı olduğu yada hastalıkla ilgili belirti göstermediği durumları ifade eden asemptomatik koşullarda da oluşabilir (Miaskowski ve ark., 2017).

Semptom genellikle öznel olarak değerlendirilebilecek bir kavram olup hasta tarafından ifade edilebilirken; doğrudan ölçülmesi oldukça güçtür. Böylelikle kimi semptomlar doğrudan görülememekte ve çeşitli tıbbi testler ile ortaya çıkarılamamaktadır (Brant ve ark., 2010). Semptomların değerlendirilmesinde bunların ne olduğu, günlük aktiviteleri nasıl etkilediği ve hastanın semptomları nasıl algıladığı ile ilgili yaklaşımlar bulunmaktadır. Bu değerlendirmelerde sağlık profesyonellerinin klinik gözlemleri kadar hastanın semptomu nasıl yorumladığı da önemlidir. Semptomların değerlendirilmesinde hastalardan semptomun şiddeti ile ilgili bir ölçekte 0 ile 10 arasında derecelendirme yapması istenebilmektedir. Bununla beraber bazı semptomların tanımlanması veya değerlendirilmesi zor olabilmektedir. Bu nedenle hastaların semptomları ifade edebilmesini kolaylaştırmak için bazı yardımcı kelimeler de (huzursuz, yorgun, azalmış enerji, uyku hali, yanma, karıncalanma vb.) kullanılabilmektedir.

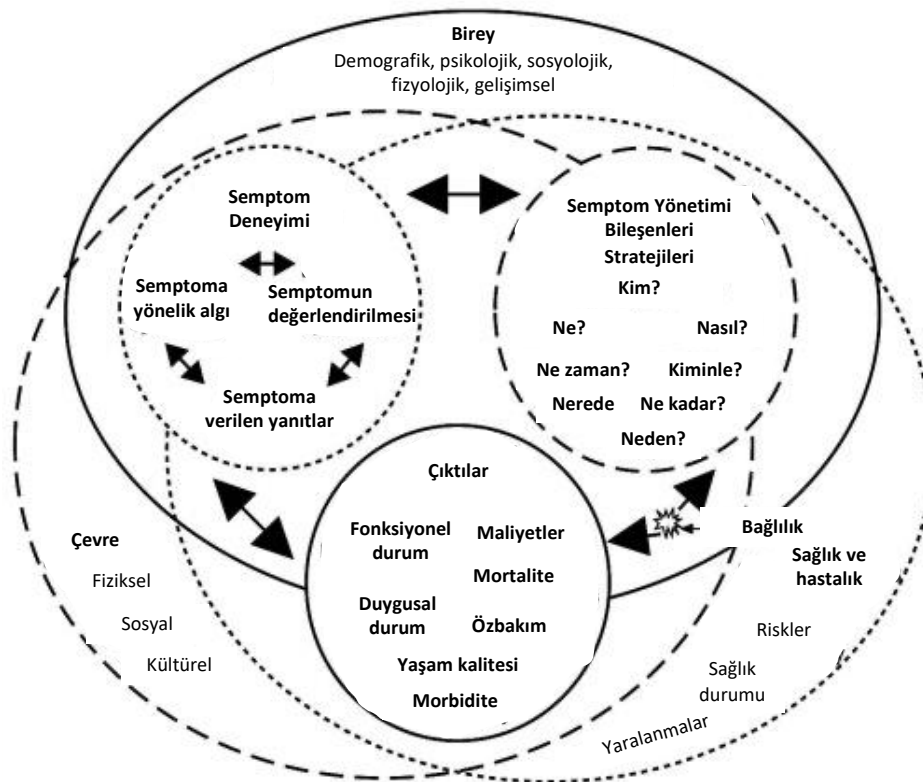
Semptom deneyimi her yıl milyonlarca hastayı sağlık kuruluşlarından hizmet almaya yönlendirmektedir. Bu yönü ile semptomlar sadece tıbbi açıdan sorun yaratmakla kalmamakta, aynı zamanda sosyal işleyişi de bozmaktadır (Lyons ve Lee, 2018). Buradan hareketle, semptomların belirlenmesinde ve kontrol altına alınmasında hastaların, aile üyelerinin, bakım verenlerin ve sağlık profesyonellerinin çeşitli rolleri bulunmaktadır (Rosenberg ve ark., 2015; Mosher ve ark., 2017). Bu rollerin başında ise semptom yönetiminin gerçekleştirilmesi yer almaktadır. Semptom yönetimi, çoğunlukla yaşamı tehdit eden ciddi bir hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmek için sağlanan bakımın bütününe ifade etmektedir. Bununla beraber semptom yönetimi krizleri önlemeye yönelik yaklaşımlar sunmaktadır. Çünkü semptomlar genellikle hastaların ve ailelerinin acil servise başvurmaları veya hastaneye yatışları ile sonuçlanan krizlere yol açabilmektedir. Bu doğrultuda semptom yönetiminin amacı, bir hastalığın semptomlarını, tedavinin neden olduğu yan etkileri ve semptomla ilgili psikososyal sorunları olabildiğince erken dönemde önlemek veya tedavi etmektir. Bu amaç kapsamında semptom yönetimi literatürde 'konfor bakımı' ve 'destekleyici bakım' olarak da adlandırılmaktadır (Dodd ve ark., 2001). Ortaya konulan semptom yönetimi modelleri pek çok araştırmacı tarafından geliştirilip güncellenerek 'kapsamlı semptom yönetimi modeli' kavramıyla beraber kullanılmaya başlamıştır (Dodd ve ark., 2001; Brant ve ark., 2010).

### 1.1. Kapsamlı Semptom Yönetimi Modelinin Bileşenleri ve Amaçları

Geçmişten günümüze dek semptom yönetimi ile ilgili yapılan çalışmaların çoğunluğu ağrı, yorgunluk, depresyon ve uyku bozukluğu gibi semptomları değerlendirmeye yöneliktir (Kim ve ark., 2005; So ve ark., 2009). Ancak sosyal modelin tıbbi alanda kullanılmasıyla beraber pek çok disiplinden meslek elemanının katkılarıyla geniş tabanlı semptom yönetimi modeli geliştirilmiştir. Böylelikle semptomlar daha geniş bir perspektiften ele alınmaya başlanmıştır. Bu model, semptom yönetiminde klinik müdahalelerin seçilmesi, çeşitli hastalık durumlarıyla ilişkili bir dizi semptom arasında köprü kurulması ve hasta ve bakım verenlerin bilgilendirilmesi gibi amaçlar taşımaktadır (Humphreys ve ark., 2014).

Kapsamlı semptom yönetimi modeli üç temel bileşeni içermektedir. Bunlar bireysel, sağlık ve hastalık koşulları ve çevresel faktörlerle ilgili alanlardır. Bireysel alan, demografik (yaş, cinsiyet vb.), psikolojik, sosyolojik ve fizyolojik özelliklerle ilişkili olarak bireyin semptom deneyimine bakış açısını ve tepki verme biçimini ifade etmektedir. Bireyin sağlık durumuna ilişkin risk faktörleri (yaralanmalar, iş kazaları ve meslek hastalıkları, tedavi ile ilgili yan etkiler vb.) sağlık ve hastalık koşullarıyla ilgili alanı oluşturmaktadır. Çevre ile ilgili alan, bir semptomun meydana geldiği koşullarla ilişkili olarak fiziksel (ev, iş ve hastane vb.), sosyal (sosyal destek ağı ve kişilerarası ilişkiler vb.) ve kültürel (kişinin tanımladığı etnik, ırksal veya dini gruba özgü inançlar, değerler ve uygulamalar vb.) değişkenleri içermektedir (Silva ve ark., 2021). Bu modelde çift yönlü oklarla gösterilen ve birbirleriyle ilişkisi olan bileşenler yer almaktadır (Şekil 1):

**Şekil 1. Kapsamlı Semptom Yönetimi Modeli**



Kaynak: Dodd ve ark., 2001

Kapsamlı semptom yönetim modelini oluşturan bileşenlerin uygulamada kullanıldığı alanlar bulunmaktadır. Bunlar semptom deneyimi, semptom yönetimi ile ilgili stratejiler ve çıktılar olarak sınıflandırılabilir:

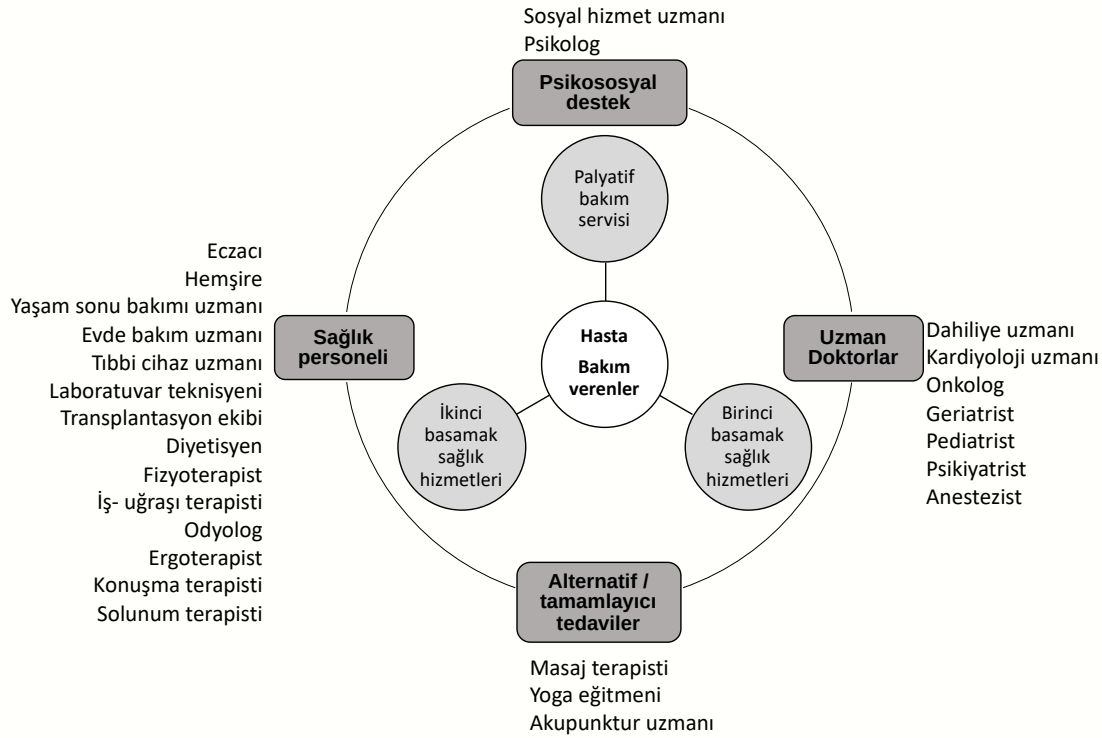
- Semptom deneyimi, bireyin bir semptomu algılamasını, anlamını değerlendirmesini ve tepkisini içermektedir (Armstrong, 2003). Bireyler semptomların şiddeti, nedeni, tedavi edilebilirliği ve yaşamları üzerindeki etkileri ile ilgili değerlendirme yapmaktadır. Bu değerlendirmede fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel ve davranışsal alanlar göz önünde bulundurulmaktadır (Linder, 2010). Semptomların etkili bir şekilde yönetilebilmesi için semptom deneyimini oluşturan bu bileşenlerin kendi arasındaki etkileşimini de anlamak çok önemlidir (Conchon ve ark., 2015).
- Semptom yönetimi ile ilgili stratejiler biyomedikal, profesyonel ve kişisel bakım stratejileri yoluyla olası bir olumsuz sonucu önlemeyi veya tedavi etmeyi amaçlamaktadır. Semptom deneyiminin değerlendirilmesiyle başlayan süreç, müdahale stratejilerinin odak noktasının belirlenmesini izlemektedir (Barsevick ve ark., 2006). Bu da semptom yönetimi ile ilgili alanların neyin, ne zaman, nerede, nasıl, neden, ne kadar ve kime yönelik olacağına ilişkin özellikleri içermektedir.
- Çıktılar açısından bakıldığında ise semptom yönetiminde ulaşılan hedeflerin değerlendirilmesi öne çıkmaktadır. Bu alan bireyin sağlık hizmetlerinden yararlanma boyutlarını, mortalite ve morbidite oranlarını, hastanın yeniden semptom yönetimi sürecine dahil olmasıyla ilişkili istatistikleri, maliyetleri, hastanın özbakım becerilerini, yaşam kalitesini, fonksiyonel ve duygusal durumunu değerlendirmeyi içermektedir (Burch ve ark., 2021; Thida ve ark., 2021).

Kapsamlı semptom yönetim modeli çeşitli varsayımlara dayanmaktadır. Bu varsayımlar arasında şunlar bulunmaktadır (Dodd ve ark., 2001):

- Semptomların değerlendirilmesinde bireyin algısı ve beyanı esas alınmalıdır.
- Bu modeli uygulamak için semptomun mutlaka birey tarafından deneyimlenmiş olması gerekmemektedir. Çünkü bireyin yaşamında sahip olduğu çeşitli özellikler (iş koşulları, genetik ve çevresel faktörler gibi) semptom gelişimi için risk yaratabilir. Bu nedenle birey semptomu yaşamadan önce müdahale stratejileri başlatılabilir.
- Kendisini sözel olarak ifade etmekte güçlük yaşayan kişilerin (örneğin bebekler, felç nedeniyle konuşamayan bireyler vb.) de semptom yaşayabileceği göz önüne alınmalıdır. Bu bireyler semptomlarını ifade edemeyeceklerinden dolayı semptom değerlendirmesi çoğunlukla bakım verenler tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu nedenle bireyin kendini ifade edebilmesini destekleyen bir yaklaşım kullanılmalıdır.
- Bu modelin kullanımında birey, aile, iş ve okul çevresi gibi çok boyutlu sistemler hedef grup olabilir.
- Semptom yönetiminin dinamik bir süreç olduğu ve semptomların birey-hastalık koşulları-çevre arasındaki ilişkiden etkilenebileceği göz ardı edilmemelidir.

Semptom yönetiminde kapsamlı bakış açısının uygulamaya geçirilmesinde disiplinler arası çalışmalara gereksinim duyulmaktadır. Bu amaçla kurulan ekibin üyeleri arasında uzman doktorlar, sağlık personeli, psikososyal destek sunan profesyoneller ile alternatif/ tamamlayıcı tedavi sağlayan profesyoneller bulunmaktadır (Şekil 2):

**Şekil 2. Kapsamlı Semptom Yönetimi Modelinde Multidisipliner Ekibin Üyeleri**



Kaynak: Morlion ve ark., 2011

Semptom yönetimi için farklı alanlardan sağlık profesyonellerinin bir araya geldiği çok disiplinli ekipler biyo-psiko-sosyal değerlendirmeyi, tedavi verimliliğini, bakımın iyileştirilmesini ve destekleyici müdahalelerin yapılmasını amaçlamaktadır (Taberna ve ark., 2020). Aynı zamanda multidisipliner ekipler erken ve doğru tanıyı kolaylaştırmakta, tedavinin hızlı bir şekilde başlatılmasına yardımcı olmakta, kişisel tedavi planlarının oluşturulmasını desteklemekte, bakımın programlı, sürdürülebilir ve koordineli bir şekilde verilmesini sağlamaktadır. Bu ekipler vasıtasıyla hastalar ve bakım verenler tedavi seçeneklerini tartışma ve bakımlarıyla ilgilenen farklı uzmanlara soru sorma fırsatına sahip olmaktadır (Pituskin ve ark., 2010).

### 1.2. Semptom Yönetiminin Kullanıldığı Alanlar

Semptom yönetimi, hastalık sürecinde semptom deneyimi yaşama ihtimali veya riski bulunan durumlarda sıklıkla ihtiyaç duyulan bir mekanizmadır. Genel olarak hastalıkların yönetiminde üç olası sonuç bulunmaktadır. Birincisi, hastalık zamanında müdahale ile önlenabilir. İkincisi, hastalık olmasına rağmen doğru tedaviler ile iyileştirilebilir. Üçüncüsü, hastalık zamanla kaybolabilir. Ancak her ne olursa olsun, tüm



olasılıklarda semptom yönetimi prognozun gidişatını etkileyen en önemli faktörlerden biridir (Schapiro, 1994).

Semptom yönetiminin yetişkinlerde ve çocuklarda görülen pek çok hastalıkla ilişkili olarak kullanıldığı literatürdeki çalışmalarda görülmektedir. Bunlar arasında kanser, multipl skleroz (MS), palyatif bakım, kronik kalp yetmezliği, Parkinson, böbrekle ilişkili hastalıklar, HIV/AIDS, menopoz ve kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) bulunmaktadır (Webber ve ark., 2021; Tarolli ve ark., 2020; Flythe ve ark., 2019; Koshy ve ark., 2020; Crabtree-Hartman, 2018; Noble, 2018). Çalışmanın bu bölümünde semptom yönetiminin sık kullanıldığı alanlar ile ilgili örnekler verilecektir:

- **Onkoloji Alanında Semptom Yönetimi:** Kanser hastaları özellikle kemoterapi sırasında yaşam kalitesini olumsuz etkileyen birçok semptom ile yaşamaktadır. Semptomun şiddeti ya da büyüklüğü, kanserin vücutta bulunduğu bölge, kanserin hangi evrede olduğu, tedavilerdeki uygulamaların zorluğu ve hastaların hassasiyeti semptom yönetiminde önemlidir (Sikorskii, 2007). Erken teşhis ve etkili tedavilerin gelişmesine rağmen kanser, sadece ölüm değil aynı zamanda yaşam kalitesinin azalması ile ilgili korkuları da beraberinde getirmektedir. Kanser en yaygın semptomları arasında tedavi öncesinde ve sonrasında ağrı, depresyon ve yorgunluk bulunmakla beraber; bu semptomların etkisi genellikle tedavinin sonlanmasıyla da devam etmektedir (National Institutes of Health State of the Science Panel, 2003). Birçok kanser hastası kanserin kendisinden kaynaklanan zorluklar veya uzun süreli kemoterapi, radyoterapi ve/veya cerrahi müdahaleler sebebiyle psikososyal sorunlara neden olabilecek semptomlar da yaşamaktadır. Bu nedenle kanser hastaları semptomları yönetmek için sıklıkla tamamlayıcı ve alternatif tedavilere yönelmektedir (Van Vu ve ark., 2017). Prognozun kötü seyretmesi durumunda özellikle semptom ve ağrı yönetimi kapsamında destek mekanizmaları öne çıkabilmektedir. Semptomların şiddetinin ve süresinin uzamasına bağlı olarak kanser hastalarının bakım açısından hassas dönemler geçirebileceği düşünülebilir. Bu nedenle onkolojik alandaki semptom yönetiminde fiziksel ve psikososyal faktörlerin ele alınması gereklidir. Bu kapsamda özellikle hasta bakımı açısından psikososyal koşullar, değişen sosyal roller, başa çıkma mekanizmaları, kayıp ve yas süreci, moral bozukluğu, suçlama ve öfke gibi faktörler de dikkate alınmalıdır. Hastanın azalan fiziksel kabiliyetine uyum sağlaması, ailesini, arkadaşlarını ve yakınlarını kaybetme kaygısıyla beraber yas sürecine girmesi ve ailenin bu süreçte desteklenmesi önemli bir gereksinim alanı yaratmaktadır (Wilcock, 2001). Bu koşullarla ilgili olarak hasta bakımını ve semptom yönetimini optimize etmek için sosyal hizmet uzmanlarının sürecin bir parçası olması gereklidir (Hagmann ve ark., 2018).
- **Palyatif ve Yaşam Sonu Bakımda Semptom Yönetimi:** Palyatif ve yaşam sonu bakım kapsamında semptom ve ağrı yönetimi en temel bileşen olarak kabul edilmektedir. Ayrıca palyatif bakımda hastaların yaşam sürelerinin uzatılması açısından semptom yönetimi büyük önem taşımaktadır

(Wilkie ve Ezenwa, 2012). Özellikle yaşam sonu bakımında olan hastalar yaşadıkları semptomlardan kaynaklı olarak önemli zorluklarla karşı karşıya kalabilmektedir. Ağrı, nefes darlığı, huzursuzluk, bilinç bulanıklığı, anksiyete ve mide bulantısı hastanın yaşam kalitesini ve iyilik halini olumsuz etkilemektedir (Bookbinder ve McHugh, 2010). Bu dönemde gerçekleştirilen semptom yönetimiyle ilişkili uygulamalar hem hastaların hem de ailelerinin desteklenmesi açısından fayda sağlamaktadır.

- **HIV+ Bireylerde Semptom Yönetimi:** Dünya genelinde HIV enfeksiyonu uzun yıllar boyunca önemli sağlık problemlerinin başında gelmektedir. Uygulamalarda ve klinik araştırmalarda, HIV+ bireylerin semptom deneyimlerinin önemli olduğu ifade edilmektedir (Spirig ve ark., 2005). Ağrı, ishal, ateş, yorgunluk, depresyon ve kafa karışıklığı gibi birçok fizyolojik, psikolojik ve bilişsel semptomun bireylerin günlük yaşamını önemli ölçüde kısıtladığı ortaya konulmaktadır (Wantland ve ark., 2008). Bireylerin tedaviye uyumu ve özbakım becerilerinin kazandırılması, semptomların yönetiminde önemli bir işleve sahiptir (Chou ve ark., 2004). Çünkü HIV+ bireyler açısından kontrol edilmeyen semptomlar yaşam kalitesini düşürmektedir (Sukati ve ark., 2005). Bununla beraber HIV+ bireylerin yaşadığı semptomlar ilaç yan etkileri ile ilişkilendirilebilir. Bu nedenle semptomların uygun şekilde yönetilmemesi ve gerekli psikososyal desteğin verilmemesi hem yaşam kalitesini hem de tedavinin seyrini olumsuz yönde etkilemektedir (Chiou ve ark., 2006).
- **Kalp Hastalıklarında Semptom Yönetimi:** Kalp ile ilişkili sağlık sorunları olan hastalar, nefes darlığı ve ödem gibi kalp yetmezliğinin tipik belirtilerinin dışında başka semptomlardan da şikayetçi olabilmektedir. Bununla beraber hastalar, semptomları günlük yaşamın bir parçası olarak görüp bu durumu normalleştirebilmektedir. Bundan dolayı kalp rahatsızlıklarına neden olan semptomlar hafife alınabilmekte ve bilgi eksikliği oluşabilmektedir (Alpert ve ark., 2017). Kalp yetmezliği olan hastalar, tedavi süreçlerine ilişkin semptomlar da yaşayabilmektedir. Kullanılan ilaç tedavisinden dolayı sürekli idrar boşaltma ihtiyacı, uyku düzensizliğinin olması, erken uyanma gibi durumlardan kaynaklı olarak sosyal izolasyon da yaşanabilmektedir. Bu nedenle kalp ile ilişkili sağlık sorunları olan hastalar genellikle fiziksel aktivitelerini azaltarak semptomlarını yönetmektedir (Koshy ve ark., 2020). Bununla beraber gerek tıbbi gerekse psikososyal açıdan uygun müdahalelerin gerçekleştirilmesi hastaların yaşam kalitesinin artmasında önemli bir işleve sahiptir.
- **Böbrek Hastalıklarında Semptom Yönetimi:** Semptom yönetiminin uygulandığı bir diğer alan ise özellikle diyaliz süreçlerini de içinde barındıran böbrek yetmezliğidir. Özellikle kronik böbrek yetmezliğinde yorgunluk, kaşıntı, yeme bozuklukları, ağrı ve depresyon gibi semptomlar görülebilmektedir. Hastalık ile ilgili semptom yönetiminin doğru bir şekilde yapılmasıyla semptomların minimize edilmesi, psikososyal desteğin sürdürülmesi, ailelerin sürece dahil edilmesi ve desteklenmesi, özellikle terminal dönemde bulunan hastaların semptomlarının düzenli olarak kontrol edilmesi mümkündür (Murtagh ve ark., 2006). Özellikle yaşam sonu dönemlerde görülen

böbrek yetmezliği ile ilişkili hastalıklar semptom yükünün en çok bulunduğu dönem olarak görülebilmektedir. Ağrı bu dönemde görülen en yaygın semptom olabilmekle birlikte ağrı yönetimi hastanın diyaliz durumuna göre şekillenebilmektedir (O'Connor ve Corcoran, 2012). Böbrek yetmezliği hastalarında semptomların değerlendirmesinin rutin olarak yapılması ve bu semptomların ciddiyetine göre hastanın rutin bakımının sağlanması önemlidir (Cabrera ve ark., 2017).

- **Multipl Skleroz'da (MS) Semptom Yönetimi:** MS dünya çapında 2,3 milyondan fazla insanı etkileyen, merkezi sinir sisteminin en yaygın görülen hastalığıdır (Rogers ve MacDonald, 2015). MS hastalarında çok sayıda semptom görülebilse de yaygın olarak yorgunluk, duygu durum bozuklukları, hafıza kaybı, duysal değişiklikler (uyuşma, ağrı, titremeler vb.), motor hareketlerde değişiklikler (denge kaybı, koordinasyon eksikliği ve kas zayıflığı vb.), görme bozuklukları (çift görme, bulanık görme, görme kaybı vb.), mesane veya bağırsak problemleri ile karşılaşmaktadır. Bu semptomların etkilerinin asgari düzeye indirilmesine yardımcı olabilecek tedaviler kullanılabilmektedir. Bu açıdan başarılı semptom yönetimi hasta için yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olup fiziksel ve psikolojik işlevi iyileştirmenin temelidir (Ziemssen, 2011).

## 2. Semptom Yönetiminde Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve İşlevleri

Çok disiplinli bir alan olan semptom yönetimde yalnızca bedensel değil aynı zamanda ruhsal ve sosyal alana odaklanılmaktadır (Parker Oliver ve ark., 2009). Örneğin, ağrı ile karakterize olan semptomlara kaygı, depresyon, umutsuzluk, uyku ve iştah bozukluğu da eşlik edebilmektedir. Nitekim bu olumsuz sonuçlar müracaatçının ailesinin de yaşamını etkileyebilmektedir (Altilio, 2007). Sosyal hizmet uzmanları semptom yönetiminde multidisipliner ekibin önemli bir parçası olup hak temelli yaklaşım çerçevesinde mesleki müdahalelerini gerçekleştirmektedir. Bu çalışmalarda sosyal hizmet uzmanlarının müdahaleleri problem çözme, bireyleri, grupları ve aileleri güçlendirme, eğitim, danışmanlık, savunuculuk, kaynak bulma veya geliştirme, ağ oluşturma ve politikaları etkileme gibi rolleri içermektedir. Bu bağlamda, bu bölümde sosyal hizmet uzmanlarının semptom yönetimi süreçlerinde rol ve işlevlerinin neler olduğuna ve bu alandaki tıbbi sosyal hizmet uygulamalarına yer verilecektir.

Sosyal hizmet uzmanları, semptom yönetimi kapsamında sunulan hizmetlerin şekillendirilmesine, müracaatçının hakları çerçevesinde yaşanan güçlüklerle dikkat çekilmesine ve müracaatçının tedavinin etkin bir öznesi haline gelmesine katkı sağlamaktadır (MacDonald, 2000). Bu açıdan bakıldığında semptom yönetimi kapsamında sosyal hizmet mesleğinin danışman, eğitici, savunucu ve politika geliştirici rolleri ön plana çıkmaktadır:

- **Danışmanlık ve Eğitim:** Semptom yönetiminde kırılgan gruplara yönelen adil olmayan uygulamalara rastlanabilmektedir. Örneğin, bebeklerin veya çocukların ağrısı hissetmediğine, yaşlı bireylerin ağrı duyarlılığının daha düşük düzeyde olduğuna yönelik kalıp yargılara

rastlanabilmektedir. Bunun yanında kadınların veya azınlık grupların ağrıya ilişkin beyanları kültürel farklılıklar nedeniyle göz ardı edilebilmektedir. Tam da bu noktada ruhsal, sosyal veya kültürel olarak inşa edilen engellerin ortadan kaldırılmasında sosyal hizmetin eğitici ve danışman rolü önem kazanmaktadır (Mendenhall, 2003). Bununla beraber semptom yönetiminde kullanılan ilaçların bağımlılık yaratacağına ilişkin gerçeklikten uzak endişeler, bu sürecin sağlıklı biçimde ilerlemesinin önündeki engeller arasında sayılmaktadır (Jacox ve ark., 1994). Sosyal hizmet uzmanları birey, grup ve topluluk düzeyinde yaptıkları çalışmalar ile semptomların önlenmesine, ortadan kaldırılmasına ve sağlık koşullarının iyileştirilmesine yönelik bilgilendirici çalışmalar yapmaktadır.

- **Savunuculuk:** Sağlık sorunları nedeniyle toplumsal yaşama katılım sınırlanabilmekte ve dolayısıyla bireyler sosyal dışlanmaya maruz kalabilmektedir (MacDonald, 2000). Semptom yönetimi kapsamında müracaatçıların karşılaştıkları engelleri ve adil olmayan uygulamaları sonlandırmak adına sosyal hizmet uzmanları savunuculuk faaliyetleri yürütmektedir. Savunuculuk faaliyetleriyle kurumsal yapılarda ve mevzuatta ihtiyaç duyulan değişiklikler gerçekleştirilebilmektedir (Mendenhall, 2003). Hastalıkla ilişkili olarak çeşitli semptomları deneyimleyen müracaatçı sistemleri için üretilen kalıp yargıların ortadan kaldırılmasında yapılan bilinç yükseltme faaliyetleri savunuculuk çalışmalarının odağında yer almaktadır. Benzer semptomlara sahip müracaatçıların bir araya getirilmesi, savunuculuk faaliyetlerinin bizzat ilgili grup tarafından yürütülmesi arzulan değişimin daha hızlı gerçekleşmesine de katkı sağlamaktadır (MacDonald, 2000).
- **Politika Geliştirici:** Semptom yönetiminin önündeki engeller bilgi eksikliği, güçleştirici tutumlar, tutarsız liderlik, çalışanlar arasındaki olumsuz ilişkiler, kültürel, etnik veya dini önyargılar, profesyonellerin yasal yaptırımlardan çekinmeleri ve kaynak eksikliği olarak belirtilmektedir (Brockopp ve ark., 1998). Sosyal hizmet mesleği bu engellerin kaldırılmasını sağlayan politikaların geliştirilmesine katkı sunabilmektedir (Jacox ve ark., 1994). Etkili semptom yönetimi için fiziksel sorunların yanı sıra müracaatçı sisteminin korkularının, umutsuzluğunun ve maruz kalınan sosyal dışlanmanın da göz önüne alındığı geniş kapsamlı politikaların geliştirilmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda sosyal hizmet uzmanları psikolojik, sosyal ve kültürel engellerle baş edilmesine ve etkili politikaların geliştirilmesine katkı sunma rollerini üstlenmektedir (Mendenhall, 2003). Bu süreçte semptomlar nedeniyle yaşantıları ağır bir şekilde etkilenen ‘müracaatçıların sesi olunması’ amaçlanmaktadır. Sosyal hizmet uzmanları çok boyutlu değerlendirmeler sayesinde klinik düzeyden politika geliştirmeye uzanan bir yelpazede müdahale imkânına sahip olmaktadır (Altilio, 2007).

### 3. Semptom Yönetiminde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları

Semptom yönetimi kapsamındaki sosyal hizmet uygulamalarında müracaatçı sisteminin bedensel, ruhsal, sosyal ve spiritüel iyilik hallerinin artırılması amaçlanmaktadır. Bu amaca ulaşmak için hem bireylerin sahip

olduğu güçlerden yararlanılmakta hem de sağlık hizmetlerinin daha etkin bir şekilde yürütülmesi için çaba sarf edilmektedir (Otis-Green ve ark., 2008). Sosyal hizmet semptom yönetimi alanında önemli kazanımlar ortaya koymaktadır. Nitekim sosyal hizmetin semptom yönetimi sürecine dâhil olmasının tedavi masraflarını azalttığı; multidisipliner ekibin işlevselliğini ve müracaatçıların memnuniyetini artırdığı belirtilmektedir (Reese ve Sontag, 2001).

Semptom yönetimi süreçlerinin tıbbi sosyal hizmet uygulamaları bağlamında ele alındığı çalışmalarda yoğunlukla ağrı yönetimine odaklanıldığı görülmektedir. Bu çalışmalarda yer alan yaklaşımlara göre sağlık sorunları semptomlardan bağımsız olarak çok boyutlu psikososyal sonuçlar doğurabilmektedir (Tomita ve ark., 2016). Semptomlar arasında önemli bir yer tutan ağrı, fiziksel ve duygusal sonuçları olan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ağrı, yalnızca tıbbi tedaviyi içermemektedir. Bireyin gündelik yaşantısını ve iş yaşamını da etkilemesi nedeniyle ağrının toplum üzerinde derin etkileri bulunmaktadır. Nüfusun yaşlanması ve kronik rahatsızlıklarla birlikte önemli bir gündem halini alan ağrı yönetimi, bireylerin acılarının azaltılmasını ve yaşam kalitelerinin artırılmasını amaçlamaktadır (Altilio, 2007). Ağrının fiziksel, ruhsal, duygusal ve spiritüel yönlerini keşfetmek; bireyin geçmiş yaşantısının, değerlerinin ve inançlarının ağrı deneyimi üzerindeki etkisine yönelik kavrayış geliştirmek sosyal hizmetin üstlendiği roller arasında sayılmaktadır (Parker Oliver ve ark., 2009).

Amerikan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği (NASW) semptom yönetimi kapsamındaki etkili sosyal hizmet uygulamasını damgalanma, eğitim, sağlık hizmetlerine erişim, sosyal güvenlik ve iş gücü odağında incelemektedir. *Damgalanma* bölümünde, tedavi gören bireylerin damgalanmaya maruz kalmasının önlenmesi için sosyal hizmet uzmanları tarafından ilave çaba sarf edilmesi; *eğitim* bölümünde biyo-psiko-sosyal faktörler kapsamında semptomlara ilişkin eğitimler verilmesi; *sağlık hizmetlerine erişim* bölümünde sınırlı sayıdaki sağlık merkezinin ve profesyonellerin sayılarının ve sağlık hizmetleri sunucularıyla ilişkisinin artırılması; *sosyal güvenlik* bölümünde sağlık hizmetlerinin sosyal güvenlik şemsiyesine alınması vurgulanmaktadır. *İş gücü* bölümünde ise semptom yönetiminin içerisinde sosyal hizmet uzmanlarının da olduğu multidisipliner ekipler tarafından gerçekleştirilmesi gerektiği belirtilmektedir (NASW, 2019).

Semptom yönetiminde etkili sosyal hizmet uygulamalarının gerçekleştirilebilmesi için profesyoneller tarafından sahip olunması gereken bazı yetkinlikler bulunmaktadır. Bu yetkinlikler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Otis-Green ve ark., 2008):

- 1) Semptom yönetimi alanında sosyal hizmetin rollerinin önemini kavramak,
- 2) Bedensel, ruhsal, sosyal ve spiritüel alanlar arasındaki bağı sosyal hizmet uygulamasıyla bütünleştirebilmek,
- 3) Biyo-psiko-sosyal-spiritüel değerlendirmede sosyal hizmetin rollerinin önemini kavramak,
- 4) Semptom yönetimi bağlamında uygun müdahale stratejisini belirlemek,
- 5) Vakaya uygun savunuculuk stratejisine karar vermek.

Sosyal hizmet uzmanları etkili semptom yönetimi stratejilerini müdahale süreçlerinde kullanmaktadır. Bu süreçlerde değerlendirme, müdahale ve multidisipliner yaklaşım öne çıkmaktadır:

- **Çok Boyutlu Değerlendirme:** Değerlendirme evresi tedavi sürecine önemli katkılar sunmaktadır. Semptom yönetiminde sosyal hizmet uzmanları iletişim becerilerinden yararlanarak müracaatçı sisteminin gereksinimlerini çok boyutlu bir şekilde değerlendirebilir. Böylece müracaatçı sisteminin kaynaklarla etkin bir şekilde buluşması mümkün hale gelmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarının değerlendirmeleri, informal bakım verenlere ilişkin gözlemleri, multidisipliner ekip üyelerinin tedavi sürecinde izleyeceği müdahale stratejilerini şekillendirmektedir (Parker Oliver ve ark., 2009). Değerlendirme aşamasında müracaatçı sisteminde bulunan bireyler etkin bir şekilde dinlenmeli, müracaatçı sisteminin paylaşımları doğrultusunda sosyal hizmet uygulamasına yön verilmelidir. Çünkü öznel bir deneyim olan semptomun değerlendirilmesinde uzman statüsü müracaatçıya ait olmalıdır. Değerlendirme aşamasında baş etme stratejilerinin, sahip olunan formal ve informal kaynakların ve sosyal destek unsurlarının tanımlanması, çevresel stresörlerin etkisinin azaltılmasında ve sosyal hizmet uzmanı-müracaatçı iş birliğinin güçlendirilmesinde işlevseldir (MacDonald, 2000).
- **Müdahale:** Sosyal hizmet uygulamasında ‘çevresi içerisinde birey yaklaşımı’ ve ‘müracaatçının bulunduğu yerden başlama’ ilkelerinden hareketle semptomun çok boyutlu bir deneyim olduğu göz önüne alınmaktadır (Altilio, 2007). Müracaatçının kendi yaşantısı üzerinde yeniden kontrol sahibi olması için öncelikle sosyal hizmet uzmanına güvenmesi ve sağlık durumuyla ilgili mevcut koşulları kabullenmesi gerekmektedir (MacDonald, 2000). Sosyal hizmet uygulamasında tıbbi müdahalenin ötesine geçilmekte; müracaatçının semptoma ilişkin deneyimleri ruhsal, sosyal, ekonomik, kültürel ve spiritüel yönleriyle ele alınmaktadır. Semptom yönetimi kapsamındaki sosyal hizmet müdahalesini Altilio (2007) bilişsel davranışçı terapi, birey, aile ve grupla çalışma, eğitim ve savunuculuk, kaynak bulma ve geliştirme, taburculuk planlaması ve sosyal politika bileşenleriyle açıklamaktadır. MacDonald (2000) ise semptom yönetimi kapsamındaki sosyal hizmet müdahalesini biyo-psiko-sosyal değerlendirme, baş etme kapasitesinin geliştirilmesi, aile terapisi ve bilişsel davranışçı terapi boyutlarıyla ele almaktadır.
- **Multidisipliner Yaklaşım:** Semptom yönetimi kapsamında oluşturulan multidisipliner ekiplerin içerisine her geçen gün daha fazla sosyal hizmet uzmanı dâhil olmaktadır. Çünkü semptomlar ve psikososyal faktörler karşılıklı etkileşim halindedir (Sieppert, 1996). Gorin ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan araştırmada psikososyal müdahalenin özellikle ağrının şiddetini azalttığı bulunmuştur. Söz konusu bulgular ağrı yönetimi özelinde izlenecek multidisipliner yaklaşımın önemine işaret etmektedir. Sosyal hizmet uzmanlarıyla yapılan diğer bir araştırmada, katılımcıların çoğunluğu ağrı yönetiminde multidisipliner ekibin üyelerinin destekleyici bir role sahip olduğunu

belirtmiştir (Parker Oliver ve ark., 2009). Buna karşılık rollerin belirsizleşmesi, multidisipliner ekipteki diğer profesyonellerle veya idareyle çatışmalar yaşanmasına yol açabilmektedir. Ekibin diğer üyeleriyle olası çatışmaları önlemek için her bir profesyonelin semptom yönetimi sürecindeki rollerinin açık bir şekilde tanımlanması gerekmektedir.

Sosyal hizmetin kırılgan gruplara, toplumsal olarak inşa edilen engellere ve sosyal içermeye ilişkin bilgi birikiminden semptom yönetiminde yararlanılabilir. Nitekim güçlendirme yaklaşımı semptom yönetiminde rol alan sosyal hizmet uzmanlarına ve multidisipliner ekibin diğer üyelerine yararlı bir çerçeve sunmaktadır (Mendenhall, 2003). Hiç şüphesiz, semptom yönetimi alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının bu kapsamda özelleştirilmiş bilgi temeline sahip olması gerekmektedir. Buna karşılık tıbbi sosyal hizmet uzmanlarıyla yapılan bir araştırmada katılımcıların alana ilişkin bilgi birikimlerinin arzulanan düzeyde olmadığı ortaya konulmuştur (Sieppert, 1996). Semptom yönetimi kapsamında edinilmesi gereken bilgi temelinde beden algısı, semptom ile birlikte bedende meydana gelen değişim (ağrı, tansiyon ve kaslarda gerilme gibi), depresyon, kültürel farklılıklar, semptom yönetimi sürecinde kullanılan cihazlar, ölçüm araçları ve aile terapisi gibi konular yer almaktadır. Bu nedenle semptom yönetimi konusuna lisans eğitiminde ve hizmet içi eğitimlerde ağırlık verilmesi gerektiği belirtilmektedir. Buna paralel olarak sosyal hizmet uzmanları da semptom yönetimine ilişkin daha fazla eğitim almak istediklerini vurgulamaktadır (Sieppert, 1996).

### **Sonuç**

Tıbbi sosyal hizmet alanında çalışmalar yapan sosyal hizmet uzmanları, çeşitli hastalıklardan kaynaklanan belirtilerin müracaatçı sistemine etkileri ile mücadele edilmesinde aktif olarak rol almaktadır. Bu noktada bireylerin biyo-psiko-sosyal durumlarına ilişkin değişimlerini içeren ve öznel bir deneyim olan semptomların yönetimi sosyal hizmet uzmanlarının faaliyet gösterdiği alanların başında gelmektedir. Bireylerin, ailelerin ve bakım verenlerin iyilik halini ciddi düzeyde azaltma potansiyeline sahip olan semptomlar karşısında müracaatçı sisteminin güçlendirilmesinde hem tıbbi hem de psikososyal müdahalelere gereksinim duyulmaktadır. Semptom yönetimi olarak kavramsallaştırılan bu uygulamalar hastalıkla ilişkili belirtilerin önlenmesi, ortadan kaldırılması, azaltılması veya bütünüyle tedavi edilmesi amacıyla multidisipliner bir ekip ile gerçekleştirilmektedir. Sosyal hizmet uzmanları özellikle psikososyal desteğin sağlanması ile ilişkili olarak bu ekibin önemli bir parçasıdır. Bu çalışmada sosyal hizmet uzmanlarının semptom yönetimi sürecinde rollerinin, işlevlerinin ve tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının ortaya konulması amaçlanmıştır.

Tıbbi müdahaleler her ne kadar fiziksel iyilik halini önemli ölçüde etkilese de semptomların psikososyal etkileri de tam iyilik halinin sağlanmasında önemli bileşenlerdendir. Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde yürütülmesinde ve sağlığın çok boyutlu yapısına uygun müdahalelerin gerçekleştirilmesinde sosyal hizmet mesleği önemli roller üstlenmektedir. Bu çerçevede sosyal hizmet uzmanının danışman, eğitici, savunucu, vaka yöneticisi ve politika geliştirici gibi rolleri ön plana çıkmaktadır. Semptom yönetimi kapsamındaki

sosyal hizmet müdahalesinde sosyal hizmet uzmanı ile müracaatçı sistemi arasındaki güvenin sağlanması, mevcut semptomların müracaatçı tarafından kabullenilmesi ve müdahaleye müracaatçının yön vermesinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Semptom yönetiminde sosyal hizmet uzmanları multidisipliner ekibin önemli bir üyesi konumundadır. Semptom yönetimi alanında sosyal hizmet uzmanlarının çok boyutlu değerlendirmeleri sayesinde tedavinin etkinliğinin, müracaatçının yaşam kalitesinin ve problem çözme becerisinin artış göstermesi beklenmektedir. Bununla beraber ekipteki iş birliğinin ortaya koyduğu kazanımları azami düzeye çıkarmak için multidisipliner ekibin her bir üyesinin rolleri açık bir şekilde tanımlanmalıdır. Böylece semptom yönetimi sürecinde profesyoneller arasındaki olası çatışmalar önlenabilir.

Semptom yönetimi alanında yer alan sosyal hizmet uzmanlarının sayısı tüm dünyada her geçen gün artmaktadır. Ancak sosyal hizmet bağlamında ulusal literatürde bu alana yeterince odaklanılmadığı fark edilmektedir. Uluslararası literatürde ise sosyal hizmet bağlamında semptom yönetimi konusu irdelendiğinde yoğunlukla ağrı yönetimine odaklanıldığı görülmektedir. Ağrının bireyin iyilik halini derinden etkileyen bir olgu olması ve semptomlar açısından sıklıkla karşılaşılmaması bu yönelimin ardındaki gerekçe olarak değerlendirilebilir. Bununla beraber, semptom yönetimi alanında uygulamalar yapan profesyonellerin ileri düzeyde bilgi, beceri ve değer temeline sahip olması gerekmektedir. Bu yönüyle bu çalışmanın özellikle ulusal sosyal hizmet literatüründeki söz konusu boşluğun doldurulmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.



**Kaynakça**

- Alpert, C. M., Smith, M. A., Hummel, S. L., & Hummel, E. K. (2017). Symptom burden in heart failure: assessment, impact on outcomes, and management. *Heart failure reviews*, 22(1), 25-39.
- Altilio, T. (2007). *Pain Management-Speaking to Social Work*. Social Work Today. <https://www.socialworktoday.com/archive/novdec2007p44.shtml>
- Armstrong, T. S. (2003). Symptoms experience: a concept analysis. In *Oncology nursing forum*, 30(4), 601-606.
- Barsevick, A. M., Whitmer, K., Nail, L. M., Beck, S. L., & Dudley, W. N. (2006). Symptom cluster research: conceptual, design, measurement, and analysis issues. *Journal of pain and symptom management*, 31(1), 85-95.
- Bookbinder, M., & McHugh, M. E. (2010). Symptom management in palliative care and end of life care. *Nursing Clinics*, 45(3), 271-327.
- Brant, J. M., Beck, S., & Miaskowski, C. (2010). Building dynamic models and theories to advance the science of symptom management research. *Journal of Advanced Nursing*, 66(1), 228-240.
- Brockopp, D. Y., Brockopp, G., Warden, S., Wilson, J., Carpenter, J. S., & Vandever, B. (1998). Barriers to change: a pain management project. *International journal of nursing studies*, 35(4), 226-232.
- Burch, J., Taylor, C., Wilson, A., & Norton, C. (2021). Symptoms affecting quality of life after sphincter-saving rectal cancer surgery: A systematic review. *European Journal of Oncology Nursing*, 101934.
- Cabrera, V. J., Hansson, J., Kliger, A. S., & Finkelstein, F. O. (2017). Symptom management of the patient with CKD: the role of dialysis. *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 12(4), 687-693.
- Chiou, P. Y., Kuo, B. I. T., Lee, M. B., Chen, Y. M., Chuang, P., & Lin, L. C. (2006). A programme of symptom management for improving quality of life and drug adherence in AIDS/HIV patients. *Journal of advanced nursing*, 55(2), 169-179.
- Chou, F. Y., Holzemer, W. L., Portillo, C. J., & Slaughter, R. (2004). Self-care strategies and sources of information for HIV/AIDS symptom management. *Nursing research*, 53(5), 332-339.
- Conchon, M. F., Nascimento, L. A. D., Fonseca, L. F., & Aroni, P. (2015). Sede perioperatória: uma análise sob a perspectiva da Teoria de Manejo de Sintomas. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49, 122-128.
- Crabtree-Hartman, E. (2018). Advanced symptom management in multiple sclerosis. *Neurologic clinics*, 36(1), 197-218.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... & Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of advanced nursing*, 33(5), 668-676.
- Flythe, J. E., Hilliard, T., Lumby, E., Castillo, G., Orazi, J., Abdel-Rahman, E. M., ... & Mehrotra, R. (2019). Fostering innovation in symptom management among hemodialysis patients: paths forward for insomnia, muscle cramps, and fatigue. *Clinical journal of the American Society of Nephrology*, 14(1), 150-160.
- Gorin, S. S., Krebs, P., Badr, H., Janke, E. A., Jim, H. S., Spring, B., Mohr, D. C., Berendsen, M. A., & Jacobsen, P. B. (2012). Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 30(5), 539.
- Hagmann, C., Cramer, A., Kestenbaum, A., Durazo, C., Downey, A., Russell, M., ... & Roeland, E. J. (2018). Evidence-based palliative care approaches to non-pain physical symptom management in cancer patients. In *Seminars in oncology nursing* (Vol. 34, No. 3, pp. 227-240). WB Saunders.
- Humphreys, J., Janson, S., Donesky, D. A., Dracup, K., Lee, K. A., Puntillo, K., Faucett, J. A., Aouizerat, B., Miaskowski, C., Baggott, C., Carrieri-Kohlman, V., Barger, M., Franck, L., Kennedy, C., & University of California, San Francisco, School of Nursing, Symptom Management Faculty Group. (2014). Theory of symptom management. In M. J. Smith & P. R. Liehr (Eds.), *Middle range theory for nursing* (pp. 141-164). Springer Publishing Company.
- Jacox, A., Carr, D., Payne, R., & Berde, C. (1994). *Management of cancer pain* (Vol. 9). AHCPR publication.
- Kim, H. J., McGuire, D. B., Tulman, L., & Barsevick, A. M. (2005). Symptom clusters: concept analysis and clinical implications for cancer nursing. *Cancer nursing*, 28(4), 270-282.
- Koshy, A. O., Gallivan, E. R., McGinlay, M., Straw, S., Drozd, M., Toms, A. G., ... & Witte, K. K. (2020). Prioritizing symptom management in the treatment of chronic heart failure. *ESC Heart Failure*, 7(5), 2193-2207.
- Lenz, E. R., & Pugh, L. C. (2003). The theory of unpleasant symptoms. *Middle range theory for nursing*, 69-90.

- Linder, L. (2010). Analysis of the UCSF Symptom Management Theory: implications for pediatric oncology nursing. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 27(6), 316-324.
- Lyons, K. S., & Lee, C. S. (2018). The theory of dyadic illness management. *Journal of Family Nursing*, 24(1), 8-28.
- MacDonald, J. E. (2000). A deconstructive turn in chronic pain treatment: A redefined role for social work. *Health & social work*, 25(1), 51-58.
- Mendenhall, M. (2003). Psychosocial aspects of pain management: A conceptual framework for social workers on pain management teams. *Social work in health care*, 36(4), 35-51.
- Miaskowski, C., Barsevick, A., Berger, A., Casagrande, R., Grady, P. A., Jacobsen, P., ... & Marden, S. (2017). Advancing symptom science through symptom cluster research: Expert panel proceedings and recommendations. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 109(4), 1-9.
- Morlion, B., Pergolizzi, J. & Huygen, F. (2011). The Core Multidisciplinary Team. Towards a Multidisciplinary Approach in Chronic Pain Management. <https://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2013/12/Multidisciplinary-approach-in-chronic-pain-management.pdf>
- Mosher, C. E., Ott, M. A., Hanna, N., Jalal, S. I., & Champion, V. L. (2017). Development of a symptom management intervention: qualitative feedback from advanced lung cancer patients and their family caregivers. *Cancer nursing*, 40(1), 66-75.
- Murtagh, F. E. M., Addington-Hall, J. M., Donohoe, P., & Higginson, I. J. (2006). Symptom management in patients with established renal failure managed without dialysis. *EDTNA-ERCA Journal*, 32(2), 93-98.
- NASW. (2019). *Pain Management Best Practices Inter-Agency Task Force Draft Report on Pain Management Best Practices*. Retrieved 03 Ocak from <https://www.socialworkers.org/LinkClick.aspx?fileticket=F1A-lt2Boio%3D&portalid=0>
- National Institutes of Health State-of-the-Science Panel. (2003). National Institutes of Health State-of-the-Science Conference Statement: symptom management in cancer: pain, depression, and fatigue, July 15–17, 2002. *Journal of the National Cancer Institute*, 95(15), 1110-1117.
- Noble, N. (2018). Symptom management in women undergoing the menopause. *Nursing Standard*, 32(22), 53-64.
- O'Connor, N. R., & Corcoran, A. M. (2012). End-stage renal disease: symptom management and advance care planning. *American family physician*, 85(7), 705-710.
- Otis-Green, S., Lucas, S., Spolum, M., Ferrell, B., & Grant, M. (2008). Promoting excellence in pain management and palliative care for social workers. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 4(2), 120-134.
- Parker Oliver, D., Wittenberg-Lyles, E., Washington, K. T., & Sehwat, S. (2009). Social work role in hospice pain management: A national survey. *Journal of social work in end-of-life & palliative care*, 5(1-2), 61-74.
- Pituskin, E., Fairchild, A., Dutka, J., Gagnon, L., Driga, A., Tachynski, P., ... & Ghosh, S. (2010). Multidisciplinary team contributions within a dedicated outpatient palliative radiotherapy clinic: a prospective descriptive study. *International Journal of Radiation Oncology*, 78(2), 527-532.
- Reese, D. J., & Sontag, M.-A. (2001). Successful interprofessional collaboration on the hospice team. *Health & social work*, 26(3), 167-175.
- Rogers, K. A., & MacDonald, M. (2015). Therapeutic yoga: symptom management for multiple sclerosis. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 21(11), 655-659.
- Rosenberg, J. P., Bullen, T., & Maher, K. (2015). Supporting family caregivers with palliative symptom management: a qualitative analysis of the provision of an emergency medication kit in the home setting. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 32(5), 484-489.
- Schapiro, R. T. (1994). Symptom management in multiple sclerosis. *Annals of Neurology*, 36(1), S123-S129.
- Sieppert, J. D. (1996). Attitudes toward and knowledge of chronic pain: A survey of medical social workers. *Health & social work*, 21(2), 122-130.
- Sikorskii, A., Given, C. W., Given, B., Jeon, S., Decker, V., Decker, D., & McCorkle, R. (2007). Symptom management for cancer patients: a trial comparing two multimodal interventions. *Journal of pain and symptom management*, 34(3), 253-264.
- Silva, L. A. G. P. D., Lopes, V. J., & Mercês, N. N. A. D. (2021). Symptom management theory applied to nursing care: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(1), 1-9.

- So, W. K., Marsh, G., Ling, W. M., Leung, F. Y., Lo, J. C., Yeung, M., & Li, G. K. (2009). The symptom cluster of fatigue, pain, anxiety, and depression and the effect on the quality of life of women receiving treatment for breast cancer: a multicenter study. In *Oncology nursing forum*, 36(4), 205-214.
- Spirig, R., Moody, K., Battegay, M., & De Geest, S. (2005). Symptom management in HIV/AIDS: advancing the conceptualization. *Advances in Nursing Science*, 28(4), 333-344.
- Sukati, N. A., Mndebele, S. C., Makoa, E. T. S., Ramukumba, T. S., Makoe, L. N., Seboni, N. M., ... & Holzemer, W. L. (2005). HIV/AIDS symptom management in Southern Africa. *Journal of Pain and Symptom Management*, 29(2), 185-192.
- Taberna, M., Gil Moncayo, F., Jané-Salas, E., Antonio, M., Arribas, L., Vilajosana, E., ... & Mesía, R. (2020). The multidisciplinary team (MDT) approach and quality of care. *Frontiers in oncology*, 10, 85-91.
- Tarolli, C. G., Zimmerman, G. A., Auinger, P., McIntosh, S., Horowitz, R. K., Kluger, B. M., ... & Holloway, R. G. (2020). Symptom burden among individuals with Parkinson disease: A national survey. *Neurology: Clinical Practice*, 10(1), 65-72.
- Thida, M., Asdornwised, U., Thosingha, O., Dumavibhat, C., & Chansatitporn, N. (2021). Symptom Experience, Symptom Management Strategies, and Health Related Quality of Life among People with Heart Failure. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 25(3), 359-374.
- Tomita, A., Burns, J. K., King, H., Baumgartner, J. N., Davis, G. P., Mtshemla, S., Nene, S., & Susser, E. (2016). Beyond symptom management: Family relations, unmet needs of persons living with severe mental illnesses, and potential implications for social work in South Africa. *Social work in health care*, 55(1), 12-27.
- Van Vu, D., Molassiotis, A., Ching, S. S. Y., & Le, T. T. (2017). Effects of Qigong on symptom management in cancer patients: a systematic review. *Complementary therapies in clinical practice*, 29, 111-121.
- Wantland, D. J., Holzemer, W. L., Moezzi, S., Willard, S. S., Arudo, J., Kirksey, K. M., ... & Huang, E. (2008). A randomized controlled trial testing the efficacy of an HIV/AIDS symptom management manual. *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(3), 235-246.
- Webber, K., Davies, A. N., Leach, C., & Waghorn, M. (2021). Symptom prevalence and severity in palliative cancer medicine. *BMJ Supportive & Palliative Care*.1,1-3.
- Wilcock, A. (2001). *Symptom management in advanced cancer*. Radcliffe Publishing.
- Wilkie, D. J., & Ezenwa, M. O. (2012). Pain and symptom management in palliative care and at end of life. *Nursing outlook*, 60(6), 357-364.
- Ziemssen, T. (2011). Symptom management in patients with multiple sclerosis. *Journal of the neurological sciences*, 311, S48-S52.



**SAĞLIK BAKANLIĞI**

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Hasta Hakları ve Tıbbi Sosyal Hizmetler Dairesi Başkanlığı

Bilkent Yerleşkesi, Üniversiteler Mah. Dumlupınar Bulvarı 6001. Cad. No:9 Çankaya/Ankara

Tel:+90 (312) 458 50 44 E-Posta: [murat.derin@saglik.gov.tr](mailto:murat.derin@saglik.gov.tr)



BAKANLIK YAYIN NO:

**963**