



KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi
Journal of Health Sciences of Kocaeli University
Ocak, Mayıs ve Eylül aylarında olmak üzere yılda 3 sayı çıkar
Three issues annually: January, May, September
Yayın dili: Türkçe ve İngilizcedir
Publishing Language: Turkish and English

Sahibi (Owner)

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü
The Directory of Institute of Health Sciences of Kocaeli University

Yayın yönetmeni (Editor in Chief)

Prof. Dr. Sema Aşkın Keçeli (Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli)

Yayın Yönetmen Yardımcıları (Associate Editors)

Prof. Dr. Mustafa Yıldız, Kocaeli Üniversitesi
Prof. Dr. Deniz Şahin, Kocaeli Üniversitesi
Arş. Gör. Dr. Tuğçe Demirtaş Şahin, Kocaeli Üniversitesi
Arş. Gör. Esra Acar, Kocaeli Üniversitesi
Arş. Gör. Fazilet Dede, Kocaeli Üniversitesi
Arş. Gör. Doğanhan Kadir Er, Kocaeli Üniversitesi
Arş. Gör. Fatih Hunç, Kocaeli Üniversitesi

Yazı İşleri Müdürü (Publishing Manager)

Arş. Gör. Doğanhan Kadir Er

Bu Sayının Danışma Kurulu (Advisory Board for This Issue)

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Atli, İnönü Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Nuri Dicle, Sinop Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ayda Kebapçı, Koç Üniversitesi
Prof. Dr. Aylin Türel Ermertcan, Celal Bayar Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Karakoç, Marmara Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Aytül Hadımlı, Ege Üniversitesi
Doç. Dr. Çiğdem Çağlayan, Kocaeli Üniversitesi
Prof. Dr. Deniz Şahin, Kocaeli Üniversitesi
Doç. Dr. Dilek Öztaş, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Emel Çalışkan, Düzce Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Eylem Özten, Üsküdar Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Halil İbrahim Taş, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Doç. Dr. Hatice Uce Özkol, Van Yüzüncü Yıl Üni.
Prof. Dr. Kafiye Eroğlu, Koç Üniversitesi
Prof. Dr. Mürtüvvet Başer, Erciyes Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Nermin Gündüz, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Doç. Dr. Nevin Hatipoğlu, Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi
Doç. Dr. Özden Türel, Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi
Doç. Dr. Salime Mucuk, Erciyes Üniversitesi
Öğr. Gör. Dr. Selda Mert Boğa, Kocaeli Üniversitesi
Prof. Dr. Sema Aşkın Keçeli, Kocaeli Üniversitesi
Prof. Dr. Sibel Erkal İlhan, Ankara Üniversitesi
Doç. Dr. Songül Aktaş, Karadeniz Teknik Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Şahika Gülen Şişmanlar, Kocaeli Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Şenay Topuz, Ankara Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Turgay Şimşek, Kocaeli Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Yeşim Beşli, Acıbadem Üniversitesi

Yazışma Adresi (Corresponding Address)

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Tıp Fakültesi 3.Kat, Umuttepe, 41380, Kocaeli
Dergi Yazı Gönderimi Sayfası: <http://dergipark.gov.tr/kusbed>
E-posta: yy.kosbildergi@gmail.com
Tel: 0262 303 73 50

Dergi Dizin Bilgisi

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; “Türkiye Atf Dizini”, “Türk Medline”, “ResearchBib Academic Resource Index”, “Google Scholar”, “Scientific Indexing Services”, “International Scientific Indexing”, “ASOS Index”, “Eurasian Scientific Journal Index”, “Directory of Research Journals Indexing (DRJI)”, “OpenAIRE”, “Arastirmax”, “CrossRef”, “Sobiad” ve “Rootindexing” ulusal ve uluslararası dizinlerde taranmaktadır.

Kocaeli Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesi Grafik Tasarımı Bölümü Öğretim Üyelerinden
M. Murat Alpay'a Dergimiz Dış Kapak Tasarımını gerçekleştirdiği için teşekkür ederiz.

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi <i>Journal of Health Sciences of Kocaeli University</i>		
KAPAK SAYFASI / COVER PAGE		
İÇİNDEKİLER / TABLE OF CONTENTS		
ÖZGÜN ARAŞTIRMA / ORIGINAL ARTICLES		
Deniz Batman	Gebe Kadınların Gebelikleriyle İlgili Araştırdığı Konular Ve Bilgi Kaynakları; Nitel Bir Çalışma <i>Topics And Information Resources Researched For Pregnancy Of Pregnancy Women; A Qualitative Study</i>	63-69
Handan Özen, Cem Cerit	Savaş Nedeniyle Türkiye'ye Göç Ederek İnsani Yardım Kuruluşunda Çalışan Suriyeli Mültecilerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ve İlişkili Etmenler <i>Post-Traumatic Stress Disorder And Related Factors In Syrian Refugees Who Migrated To Turkey Post-War And Worked In Humanitarian Aid Organizations</i>	70-73
Leyla Soydu, Aslıhan Polat	Kadın Sığınacağı Modellerinin Kadınların Ruh Sağlığına Etkileri Üzerine Nitel Bir İnceleme <i>A Qualitative Study About The Effects Of Women's Shelter Models On Women's Mental Health</i>	74-80
Özge Çelebi, Aslıhan Polat	"Yarının Kadınları" Suriyeli Kadınlarla Özgün Bir Kendine Yardım Grup Çalışması <i>"The Women Of Future" An Authentic Self-Help Group Study With Syrian Women</i>	81-87
Özcan Gündoğdu, Rukiye Şanlı	Dijital Mamografi Cihazı Kalite Kontrol Ölçümleri ve Görüntü Kalitesinin Değerlendirilmesi <i>Evaluation Of Digital Mammography Device Quality Control Measurements And Image Quality</i>	88-94
Serpil Özden, Zeliha Gölbaşı	Sağlık Çalışanlarının Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi <i>Determination Of Health Workers' Attitudes Towards Gender Roles</i>	95-100
OLGU SUNUMU / CASE REPORT		
Aysun Şıkar Aktürk, Songül Bulca, Nilgün Sayman, Selin Çorak Alponat, Rebiay Kıran	Three Different Types Of Skin Neoplasms On The Face <i>Yüzde Üç Farklı Tipte Deri Kanseri</i>	101-102
DERLEME / REVIEW		
Selim Öncel	Türkiye'de Lyme Hastalığı <i>Lyme Disease In Turkey</i>	103-106
YAZARLARA BİLGİ / INSTRUCTIONS TO THE AUTHORS		

ÖZGÜN ARAŞTIRMA

GEBE KADINLARIN GEBELİKLERİYLE İLGİLİ ARAŞTIRDIĞI KONULAR VE BİLGİ KAYNAKLARI; NİTEL BİR ÇALIŞMA

TOPICS AND INFORMATION RESOURCES RESEARCHED FOR PREGNANCY OF PREGNANT WOMEN; A QUALITATIVE STUDY

 Deniz BATMAN

ÖZ

Amaç: Kadınların gebeliklerinde araştırdığı konular ve başvurdukları bilgi kaynaklarını belirlemektir.

Yöntem: Nitel araştırma tekniklerinden görüşme tekniği ve örnek olay çalışmasıdır. Örneklemi; maksimum çeşitlilik örnekleme tekniğiyle belirlenen Aydın'da bir hastanede doğum yapan 10 kadın oluşturmuştur. Veriler yarı yapılandırılmış form ile bireysel görüşme ve ses kaydı alınarak toplanmış, içerik analizi yoluyla çözümlenmiştir.

Bulgular: Kadınların daha çok fiziksel rahatsızlıklar ve doğum korkusu yaşadığı, çoğunlukla beslenme, doğum korkusu ve doğum eylemi konularını araştırdıkları, egzersiz yapmak, doğum videosu izlemek için internete, doğum korkusu hakkında konuşmak için tanıdık-akrabaya, fiziksel şikayetler için sağlık personeline başvurdukları, akraba, TV ve internetten alınan bilgiyle sağlık personelinin alınan bilgi arasında çelişki yaşandığı, internetten doğum videosu izlemek, sağlık personelinin fiziksel şikayetlerle ilgili tavsiyeler almak, akraba-tanıdıkla korkular hakkında konuşmak yararlı olarak bildirilmiştir. Katılımcıların sağlık çalışanlarından aldıkları bilgiye güvendikleri, internetten bilgi alanların ise sağlık personelinin alınan bilgi ile aynı olması durumunda güvendikleri sonuçlarına varılmıştır.

Sonuç: Gebelikte kadınların farklı problemler için çoklu kaynaktan yararlandığı belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının antenatal bakım hizmetlerinin planlanması ve sunumunda gebelerin bilgi gereksinimlerini dikkate almaları ve doğru bilgi kaynaklarını sunmaları önerilebilir.

Anahtar sözcükler: Gebelik, ebelik, sağlık bilgisi, gebelikte sağlık problemleri

ABSTRACT

Objective: This study was conducted in order to determine the topics that women are investigating during their pregnancies and the resources they refer to.

Methods: It is interview technique and case study from qualitative research techniques. Sampling; 10 women who gave birth in a hospital in Aydın were determined by maximum diversity sampling technique. The data were collected by semi-structured form with individual interview and voice recording, and analyzed by content analysis.

Results: It is important to note that women are more likely to experience physical anxiety and fear of childbirth, often seeking nutrition, fear of childbirth and labor, exercising, doing internships to watch birth videos, familiar-relatives to talk about birth fear, healthcare personnel for physical complaints. It has been reported to be useful to have a contradiction between the information received from the internet and the information received from the health personnel, to watch the birth videos on the internet, to get advice about the physical complaints from the health personnel and to talk about the fears with relatives. Participants have come to the conclusion that they are safe when they are informed by the health workers and if the information fields on the internet are the same as the information from the health personnel.

Conclusion: It has been determined that women benefit from multiple sources for different problems during pregnancy. It may be advisable for health professionals to consider the information needs of geologists in the planning and presentation of antenatal care services and to provide accurate sources of information.

Keywords: Pregnancy, midwife, health resources, pregnancy complaint

Giriş

Gebelik süreci, kadınlara anne olmayı öğrenme, planlama ve hazırlık yapma fırsatı tanıyan, kadın yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlere uyumu gerektiren önemli bir dönemdir^{1,2}. Gebeler bu süreçle fiziksel ve ruhsal durumlarında meydana gelen değişiklikleri ve nedenlerini araştırma, sağlık sorunlarına ve fiziksel şikâyetlerine çözüm bulma ve güvenli doğum tecrübe etme çabasıyla bilgi arayışı içinde olurlar³⁻⁵. Bu amaçla sağlık profesyoneline başvurdukları gibi gazete, kütüphane ve internet gibi çoklu kaynaktan ve tanıdık, akraba gibi kaynaklardan da bilgi alabilmektedirler^{6,7}.

Gebelerin ve bebeklerin, sağlık hizmetlerinden öncelikli ve özellikli hizmet almaları gerekmektedir. "Barselona Anne Hakları Bildirgesi"ne göre, her kadının üreme sağlığı, gebelik, doğum ve yeni doğan bakımı konusunda yeterli eğitim ve bilgi alma hakkı vardır^{8,9}. Gebelikte doğru zamanda ve doğru kaynaktan bilgi almak hem kadının hem de doğmamış bebeğinin sağlık durumunu etkileyeceği için önemli bir konudur⁷. Gebelik süresince kadınların

bilgi gereksinim ve kaynaklarını öğrenmek ve gerekli müdahale ile anne ve fetüsün sağlığını korumak oldukça önemlidir. Ayrıca farklı konulardaki bilgi gereksinimlerinde tercih edilen kaynak da farklılık gösterebilmektedir. Kadınların gebeliklerinde geleneksel bilgi kaynaklarını sorgulayan fazla sayıda çalışma olmasına rağmen kadınların çoklu kaynaktan bilgi arayışına yönelik yapılan çalışmalar sınırlıdır¹⁰⁻¹³. Ayrıca gebelikte gereksinimine göre tercih edilen bilgi kaynağı ve kaynakların yararına dair yeterli bilgi yoktur. Bu çalışma, kadınların gebeliklerinde araştırdığı konular ve başvurdukları bilgi kaynaklarını belirlemek amacıyla yürütülmüştür. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki araştırma sorularına yanıt aranmıştır;

- Kadınların gebeliklerinde sık yaşadıkları sağlık sorunları nelerdir?
- Kadınların gebeliklerinde araştırdığı konular nelerdir?
- Duydukları bilgi gereksinimine göre hangi kaynakları tercih etmektedirler?

Kahramanmaraş Sütçü İmam
Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ebelik Bölümü,
Dulkadiroğlu/Kahramanmaraş,
Türkiye

Geliş Tarihi
28.05.2018

Kabul Tarihi
28.08.2018

Sorumlu Yazar
Deniz BATMAN

Kahramanmaraş Sütçü İmam
Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ebelik Bölümü,
Dulkadiroğlu/Kahramanmaraş,
Türkiye

E-posta
denizbtm@gmail.com

- Ulaştıkları farklı bilgi kaynaklarından edindikleri bilgiler arasında tutarlılık var mıdır?
- Başvurulan kaynaklardan elde ettikleri bilgilerden yarar ya da zarar görme durumları nelerdir?
- Kadınların bilgi kaynaklarına güvenme durumu ve nedenleri nelerdir?

Yöntem

Araştırma Tipi

Bu çalışma, niteliksel olarak örnek olay deseninde yapılmıştır. Örnek olay, güncel bir olguyu kendi gerçek yaşam çevresi içinde çalışan, olgu ve içinde bulunduğu çevre arasındaki sınırların kesin hatlarıyla belirgin olmadığı ve birden fazla kanıt veya veri kaynağının mevcut olduğu durumlarda kullanılan, bir araştırma yöntemidir¹⁵.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma 11 Kasım-10 Aralık 2015 tarihlerinde Aydın ilindeki bir kamu hastanesinde toplanmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın örnekleme maksimum çeşitlilik örnekleme tekniği ile çalışmaya katılmayı kabul eden 10 kadın alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri kadınlara ait demografik verileri sorgulayan anket (8 soru) ve yarı yapılandırılmış görüşme formu (10 soru) ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında, yarı yapılandırılmış görüşme formuyla bireysel görüşme tekniği uygulanmıştır. Yapılan görüşmede kadınların bildirdikleri veriler görüşme formuna ayrıntılı not alınmış ve ses kayıt cihazı ile kayıt edilmiştir. Her bir görüşme yaklaşık 30-45 dk sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Görüşme verilerinin çözümlenmesinde içerik analizi uygulanmıştır. Verilerin çözümlenmesinde kadınların ses kayıtları Microsoft Word ortamında bir metin haline getirilmiş ve 51 sayfalık bir ham veri dokümanı oluşturulmuştur. Verilerin kodlanmasına başlamadan önce her bir görüşme metni satır satır okunmuş kadınların görüşlerine dair bütüncül bir bakış açısı ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Bu kâğıtlarda yazan metinler belirlenen kategorilere göre kelime bazında kodlanmıştır. Dış geçerliliği sağlamak için araştırma süreci ayrıntılı bir şekilde anlatılmıştır. Çalışmada kadınların yanıtlarına ait doğrudan alıntılar hiçbir değişiklik yapılmadan sunulmuştur. Elde edilen bulgular, sistematik ve açık bir şekilde betimlenmiş, betimlemeler düzenlenmiş ve yorumlanmıştır. Güvenirlilik için kodlayıcılar (2 kişi) arası katsayı hesaplanmış ve 0,75 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya, çalışmanın yapılacağı kurumdan etik kurul izni ve kurum izni alındıktan sonra başlanmıştır (Proje no: 25305691-605). Ayrıca görüşmenin başlangıcında katılımcılarla ön görüşme yapılarak araştırma hakkında bilgi verilmiş ve aydınlatılmış onam formlarına imza alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan kadınların yaş aralığı 17-37'dir. Bir kadın okuma-yazma bilmiyor iken, sekiz kadın lise, bir kadın ise ilkokul mezundur. Kadınların çoğunun (n=7) sosyal güvencesi bulunmaktadır ve gelir düzeylerini düşük ve orta

(n=8) olarak tanımlamaktadırlar. Yedisinin geniş ailede yaşadığı belirlenmiştir. Gebelik sayıları ve gebeliği isteme durumları incelendiğinde, altısının ilk gebeliği olduğu ve yedisinin isteyerek gebe kaldığı görülmüştür. Görüşmelerden elde edilen veriler altı ana tema altında toplanmıştır;

1. Sağlık sorunları
2. Gebelerin araştırdığı konular
3. Bilgi kaynakları ve bilgi gereksinimine göre kaynak seçimi
4. Bilgi kaynakları arasındaki tutarlılık
5. Başvurulan kaynaklardan yarar ya da zarar görme
6. Bilgi kaynaklarına güvenme durumu ve nedenleri

Tema 1. Sağlık Sorunları

Çizelge 1'de gebelerin bildirdikleri sağlık sorunları verilmiştir. Gebeler en çok mide bulantısı, kusma, iştahsızlık ve doğum korkusunu yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Çizelge 1. Gebelikte yaşanan sağlık sorunları (n=10)

Tema	Kodlar	n
Gebelikte yaşanan sağlık sorunları	Bulantı	7
	Kusma	5
	İştahsızlık	5
	Halsizlik	4
	Baş dönmesi	4
	İstenmeyen gebeliğe bağlı şikayetler	1
	Evlilik dışı gebeliğe bağlı sıkıntılar	1
	Kayı	4
	Doğum korkusu	6
	Bebeğin sağlığıyla ilgili kaygı	5
	Korku	4
	İdrar yolu enfeksiyonu	3
	Bel ağrısı	3
	Bacakta ağrı	2
	Bacakta uyuşma	2
	Hipertansiyon	1
	Düşük tehdidi	1
	Anemi	3
	İlk aylar kanama	2
	Gestasyonel diabet	1
	Baş ağrısı	3
	Kasık ağrısı	4
	Ödem	3
	Kabızlık	4
	Kramp	3
	El ve ayakta uyuşma	2
	Yüzde lekelenme	2

Gebelerin bu konuda yaptıkları açıklamalardan bazıları şunlardır:

Katılımcı 1: "Bulantı. Yemek yemedim hiç 3-4 ay boyunca. 6 aylıkken anca yemeye başladım, o zamana kadar yiyemedim. Doğum korkusu oldu bi de."

Katılımcı 2: "3 ayda midem bulandı bi de başım dönüyodu çok. Doğum yapmasından son aya kadar korkum yoktu. Yakınlaştıkça biraz içimde korku olmaya başladı."

Katılımcı 5: "Mide bulantısı yaşadım, zaten ben yaşıyom bütün hamileliklerde. İlk ayda başladı, 1.5 ayda başladı 3 aya kadar sürdü....Çok doğum korkum var çok. Hatta yani belden aşağı iğne yaptırıyolarya, onu düşünüyodum ben..."

Katılımcı 6: "Çok midem bulandı 1 hafta sonra başladı hamilelik testinden 1 hafta sonra. Baya bi sürdü 4 hafta kadar sürdü. Doğumdan çok korkuyodum."

Katılımcı 7: "Bi de gebe kaldım doğum yapana kadar hep midem bulandı, hep kustum. Hiç bişey yiyemedim. Ne yesem kustum. Doğum nasıl olucak korkusu var bi de."

Katılımcı 8: “Mide bulantım çok oldu ama kusma falan hiç olmadı. Doğumum ilk olduğu için pek bilmiyorum yani biraz zorlandım. Ne biliyim biraz korku vardı.”

Tema 2. Gebelerin Araştırdığı Konular

Gebelerin en çok araştırdığı konular gebelikte beslenme, doğum korkusu, bebek gelişimi, gebelikte egzersiz, doğum eylemi ve mide bulantısı ile baş etmedir (Çizelge 2).

Çizelge 2. Gebelikte en çok araştırılan konular (n=10)

Tema	Kodlar	n
Gebelikte en çok araştırılan konular	Gebelikte beslenme	5
	Kilo kontrolü	2
	Doğum korkusu	6
	Bebek gelişimi	5
	Gebelikte egzersiz	2
	Bel ağrısı	2
	Aile planlaması yöntemleri	3
	Sık idrara çıkma	3
	Tansiyon	1
	Mide bulantısıyla baş etme	4
	Normal doğum ve sezaryen	2
	Normal doğum eylemi	6
	Bebek çantası hazırlama	2
	Doğum videosu	4
	İntrauterin fetüs gelişimi	2
	İlaçlar	2
	Ödem	2
	Kabızlık	2
	Hemoroid	1
	Kramp	1

Kadınların konuya ilişkin ifadelerinden örnekler aşağıda verilmiştir:

Katılımcı 1: “İnternette spor felan yapıyodu işte ona baktım... En çok doğum izledim. İlk hamile olduğumu öğrendiğim andan itibaren doğum videoları izledim. Zaten kolay doğumlara bakıyodum ben. Sezaryen felan bakmıyodum...”

Katılımcı 4: “...Doğum sancısına baktım. Hakkaten söylediği gibidir. Böyle pis sıvı gibi bişey geliyo diyodu...”

Katılımcı 5: “...Mide bulantım niye olur diye soruyodum, tansiyonum düşük diye soruyodum bi de.. bebeğimin gelişmesini sordum bi de...”

Katılımcı 6: “Doğumları izledim video olarak. Önceleri korkarım diye izlemedim. Daha yeni izledim 2 hafta önce... sezaryen izledim, hem normal doğum izledim.”

Tema 3. Bilgi Kaynakları ve Bilgi Gereksinimine Göre Kaynak Seçimi

Kadınların gebeliklerinde yaşadıkları sorunlarda bilgi kaynağı olarak daha çok sağlık çalışanları ve internete başvurdukları, ayrıca arkadaş, akraba, komşu ve TV programından da bilgi aldıkları görülmektedir. Ayrıca çalışmaya katılan kadınların en çok gebeliklerinde egzersiz yapmak, doğum videosu izlemek, bebek gelişimini takip etmek, bebek çantası hazırlama ve cilt lekeleri için internette, doğum korkusu hakkında konuşmak için tanıdık, akrabadan, fiziksel şikayetler ve aile planlaması için sağlık personelinin, emzirme anne sütü için kitaptan, gebelikte beslenme için internet ve sağlık personelinin, gebelikte gelişen bazı hastalıklar ve bebek bakımı hakkında sağlık personeli, TV programı ve tanıdık akrabadan bilgi aldıkları görülmüştür (Çizelge 3).

Çizelge 3. Gebelikteki bilgi kaynakları ve bilgi gereksinimine göre kaynak seçimi (n=10)

Tema	Kodlar	n
Gebelikteki bilgi kaynakları	Sağlık Ocağı	4
	Ebe	6
	Doktor	7
	Aile Hekimi	4
	Hemşire	2
	İnternet	5
	TV Programı	2
	Broşür	2
	Arkadaş	3
	Akraba	3
Gebelikte bilgi gereksinimine göre kaynak seçimi	Kayınvalide	2
	Anne	3
	Abla	1
	Komşu	2
	İnternet;	
	Egzersiz	2
	Beslenme	3
	Doğum eylemi	3
	Doğum videosu	3
	Bebek çantası	1
Cilt lekeleri	1	
Bebek gelişimi	2	
Sağlık personeli;		
Fiziksel şikayetler	5	
Aile planlaması	1	
Beslenme	1	
Gebelikte şeker	2	
Bebek gelişimi	2	
Bebek bakımı	1	
Akraba/arkadaş;		
Doğum korkusu	2	
Kaygı	2	
Doğum eylemi	2	
Gebelikte şeker ve tansiyon	2	
Bebek bakımı	2	
Kitap;		
Emzirme-anne sütü	1	
Tv programı;		
Gebelikte şeker	1	
Bebek bakımı	1	

Bu ifadelerin bazıları;

Katılımcı 1: “Sağlık ocağına kaydımı yaptırdım. Sağlık ocağına ebeye sordum midem bulanıyo diye. Telefon numaramı vermiştim, aşı günleri çağırın beni diye. Ebemde arıyordu zaten beni. Bi de internette baktım. Tabletten yazıyodum... İnternette spor felan yapıyodu işte ona baktım... hamile beslenmesi diye yazıyodum okuyodum. Google'dan yazıyodum çıkıyodu.”

Katılımcı 2: “Aile hekimliğindeki ebeye takip oluyodum. Ebeye sadece kontrole gidiyodum kilom nasıl bebeğim gelişiyomudur diye soruyodum... Son aylar doğumdan korktukça akraba olsun arkadaş olsun doğum yapanlara sordum. Anlattılar normal doğumun nasıl olduğunu sezaryenin nasıl olduğunu. Kendi yaşlarıma, amca kızdır o tür akrabalara sordum.. Son aylar doğumdan korktukça akraba olsun arkadaş olsun doğum yapanlara sordum. Anlattılar normal doğumun nasıl olduğunu sezaryenin nasıl olduğunu...”

Katılımcı 3: “Ebeye sordum spiral tak diyoda, ben korkuyom... Belim ağrıyo, kopuyo gibiydi. İşte aile doktoruna sordum...”

Katılımcı 4: “İnternette doğum vidyosu izledim... Doğumla ilgili ablalarımınla konuştum... midem bulanıyor diye doktorlara gittim. Kitaplardan da öğrendim. Emzirme sırasında napıcaksın, nasıl yapıcaksın... Okudum yani bilgi edindim.”

Katılımcı 5: “Sağlık ocağına gidiyordum bi de hemşirelere doktorlara soruyordum... Korku vardı. O acılardan, ağrılardan korkuyorum. Ağrım var diye hep konuştum eltilerimle, görünümümle... İnternetim başta yoktu, şimdi var. Doğum sancısına diye baktım...”

Katılımcı 6: “İnternette gebelik beslenmesi nasıl olur, bebek çantası nasıl hazırlanır, doğum vidyosu yazdım izledim.. Ebeye de doktora da bişikayetim varsa biyerim ağrıyosa anlatıyodum, ne yemeliyim diye merak ediyordum ebe anlatıyordu...”

Katılımcı 8: “Telefondan internette baktım. Mesela anne karnında çocuk gelişimi yazdım baktım, ne yesem yarar diye baktım. Bi de doğum nasıl olur diye baktım...”

Katılımcı 10: “Doktora sordum, yakın arkadaşlarıma sordum. İnternette baktım. Karşı komşum ebe bide ona sordum.. İnternette lekeler için ne yapılır diye baktım, internette bakarak spor yaptım baya bi süre.”

Tema 4. Bilgi Kaynakları Arasındaki Tutarlılık Durumu

Gebeliklerinde kadınlar anne karnında bebek gelişimi, bebek bakımı, tanı ve testler, gebelikte kilo konularında akrabadan aldığı bilgilerle sağlık personelinin aldığı bilgiler arasında çelişki yaşadığını, yine bazı kadınlar TV programından tanı ve testler hakkında edindiği bilgilerle sağlık personelinin aldığı bilgi arasında, bir kadında gebelikte egzersiz konusunda internette aldığı bilgi ile sağlık personelinin aldığı bilgi arasında çelişki yaşadığını bildirmişlerdir (Çizelge 4).

Çizelge 4. Bilgi kaynakları arasında tutarsızlık durumu (n=10)

Tema	Kodlar	n
Bilgi kaynakları arasında tutarsızlık	Sağlık personeli-akraba;	
	Anne karnında bebek gelişimi	1
	Bebek bakımı	1
	Tanı ve testler	1
	Gebelikte kilo	1
	Sağlık personeli-TV programı;	
	Tanı ve testler	1
	Sağlık personeli-internet;	
	Gebelikte egzersiz	1

Aşağıda bu konuyla ilgili katılımcı görüşleri verilmiştir;

Katılımcı 2: “Yakınlarım hep bebek son ayda hareket eder diyolardı ben de aile hekimine sordum. O da 5. ayda hissedersin dedi. Bende o zamanlar hissettim hareketini.”

Katılımcı 4: “Kaynanam diyo hani bebeğin elbisesini giydir. Kundağa bağla üşümesin. Ebe dedi eli ayağı hareket etsin bebeğinin kundak yapma. Ona inandım tabi. Kundak yapmadım.”

Katılımcı 5: “Sağlık ocağından çağırıldılar şeker testi yapılacak diye. Gittiğimde biraz yüksek çıktı. Bana doktora gitmemi istediler. Kardeşimin hanımına sordum o da gitme dedi.”

Katılımcı 6: “Akrabalar diyodu çok ye. Kilo iyidir bebek gelişmez kilo almazsan diyolardı. Canın ne çekerse ye bebeğin beyni gelişmez diyolardı bi de. Ama doktorla ebe hızlı gidiyosun çok kilo aldın biraz yavaş git dediler.”

Katılımcı 8: “Mesela bazıları diyodu şeker yüklemesi yaptırmayın iyi değil. Ha Canan Karatay'dı heralde. Biraz inandım birazda inanmadım. Ben de doktora sordum o da yaptır deyince sağlık ocağındaki yaptırdım.”

Katılımcı 10: “İnternette bakarak spor yaptım baya bi süre.”

Karnımda ve kasıklarımnda çok ağrı oldu birazda kanamam oldu. Hemen doktoruma gittim baya zorlamışın dedi sporu yasakladı...”

Tema 5. Başvurulan Kaynaklardan Yarar ya da Zarar Görme

Çizelge 5’de kadınların gebelikte aldıkları bilgilerden yarar-zarar görme durumuna ilişkin ifadeler yer verilmiştir. İnternette doğum videosu izlemek ve bebek gelişimini takip etmek yararlı olarak ifade edilirken egzersiz yapmak ve beslenme tavsiyelerine uymak farklı katılımcılar tarafından yararlı ve zararlı olarak belirtilmiştir. Kadınlar tarafından sağlık personelinin alınan bilgilerden fiziksel şikayet, gebelikte şeker ve beslenme tavsiyeleri, ayrıca bebek gelişimi takibi yararlı olarak ifade edilirken sağlık personelinin aldığı bilgilerle ilgili hiçbir katılımcı zararlı ifadesini kullanmamıştır. Yine akraba-tanıdıklardan bilgi alanlar korkular hakkında konuşmanın yararlı, tanı-tetkikler hakkında konuşmanın zararlı olduğunu bildirmişlerdir.

Çizelge 5. Kaynaklardan alınan bilgilerden yarar ya da zarar görme durumu (n=10)

Tema	Kodlar	n
Bilgi kaynaklarından yarar görme	İnternet;	
	Egzersiz yararlı	1
	Doğum videosu izlemek yararlı	3
	Beslenme faydalı	2
	Bebek gelişimi yararlı	2
	Akraba-tanıdık;	
	Korkular hakkında konuşmak rahatlatıcı	3
	Doğum hakkında konuşmak yararlı	1
	Sağlık personeli;	
	Fiziksel şikâyet tavsiyeleri yararlı	4
Beslenme tavsiyeleri yararlı	1	
Gebelikte şeker tavsiyeleri yararlı	2	
Bebek gelişimi yararlı	2	
Bilgi kaynaklarından zarar görme	İnternet;	
	Egzersiz zararlı	1
	Beslenme zararlı	1
	Akraba-tanıdık;	
	Tanı-tetkik hakkında alınan bilgi zararlı	1
Doğum hakkında konuşmak zararlı	1	

Aşağıda kadınların yaptıkları açıklamalardan örnekler yer almaktadır;

Katılımcı 1: “İnternette spor felan yapıyodu işte ona baktım. O hareketleri yaptım bak şimdi doğumum kolay oluyo. Santimim hemen açıldı. İnternette yaptığım hareketler şimdi benim işime yarıyo şu an... Acarlar deyince biliyorsunuz artık siz, hiç bişey bilmiyo oranın insanı. Bazen strese giriyordum, ama destek çıkardı aldırma bebeği dedi. Günahına girme, bunu öbür dünyada yediricekler bu aldırığın bebeği insana derdi... Onla konuşunca rahatlıyordum.”

Katılımcı 2: “Mesela doğru fikir almadığın kişiyle, bu hamilelik konuları sadece bi kişiyle 2 kişiyle konuşulmuyo genelde kaç hamile bi araya geliyosun benim şu benim şu konuşuyosun daha fazla fikir sahibi oluyosun. Akrabalarımınla doğumla ilgili konuşunca rahatlıyordum...”

Katılımcı 4: “İnternette doğum vidyosu izleyince doğumum daha rahat geçmedi de. Bilgilendim. İkinacam, sancılar geldi mi boş gitmedi... Ablalarımınla konuşmak psikolojikmen rahatlatıcı beni... ilk aylar midem çok bulanıyodu internette yazanları içtim iyice kusmalarım arttı, sonra vazgeçtim bıraktım doktora gittim.”

Katılımcı 5: “Sağlık ocağından çağırıldılar şeker testi yapılacak diye. Gittiğimde biraz yüksek çıktı. Bana doktora

gitmemi istediler. Kardeşimin hanımına sordum o da gitme dedi... ben de gitmedim... şekerim iyice yükselmiş...”

Katılımcı 6: “Ebemin söylediklerine uydum ben de. Benim için, bebek için baya bi faydalı oldu. Balık, süt, yumurta, bal, ceviz. Bu tür şeyleri yememi önerdi. Gebelikte 13 kilo aldım.”

Katılımcı 10: “İnternette bakarak spor yaptım baya bi süre. karnımda ve kasıklarımnda çok ağır oldu birazda kanamam oldu. hemen doktoruma gittim baya zorlamışın dedi sporu yasakladı, düşük tehditi yaşadım.... psikolojim bozuldu zarar verdim deydi.”

Tema 6: Bilgi Kaynaklarına Güvenme Durumu ve Nedenleri

Çalışma kapsamında gerçekleştirilen görüşmelerde kadınlardan gebelikte "ulaştıkları bilgilere güvenip güvenmedikleri" ve "güvenmelerini ya da güvenmemelerini nelerin belirlediğine" ilişkin değerlendirme yapılmaları istenmiştir. Bu değerlendirmeler incelendiğinde sağlık çalışanlarından bilgi alan kadınların, arkadaş gibi olması, iyi bir insan olması, aldığı eğitim, yakın ilişki kurması, tecrübe, tavsiyelerinin faydasını görme ve tecrübesine güvenme gibi nedenlerden güvendikleri saptanmıştır. İnternette bilgi alanların ise interneti kullanışlı buldukları, alınan bilginin akla uygun olması ve sağlık personelinin alınan bilgi ile aynı olması durumunda güvenildiği ve alınan bilgiden zarar görme sonucunda internete güvenmedikleri belirlenmiştir (Çizelge 6).

Çizelge 6. Bilgi kaynaklarına güvenme durumu ve nedenleri (n=10)

Tema	Kodlar	n
Bilgi kaynaklarına güvenme durumu ve nedenleri	Sağlık personeli;	
	Arkadaş gibi olma	4
	İyi bir insan olması	2
	Aldığı eğitim	2
	Yakın ilişki kurma	4
	Telefonla konuşma	3
	Tecrübe	2
	Yarar görme	3
	İnternet;	
	Akla uyma	1
	Kullanışlı bulma	3
	Sağlık personelinin söylediğiyle aynı olması	3
	Zarar görme	2
	Akraba-tanıdık;	
	Yarar görme	2

Aşağıda kadınların yaptıkları açıklamalardan örnekler yer almaktadır:

Katılımcı 1: “Ebemle internette yazıyıyoduk. Şunu ye şunu yeme. Yarın gel yanına oturalım konuşalım diyodu. Ebeyle arkadaş gibiydik yani.”

Katılımcı 2: “Mesela internette ceviz yeyin diyodu zaten bizde biliyoruz besinin faydalı olduğunu. Herhangi evimizde yetiştirdiğimiz sebzemiz aklıma uydu. Ondan başkasına sormadım yedim.”

Katılımcı 3: “Çevremdekiler çok karıştıyo bana. Doktorlar varken niye onları dinleyim. Kaç yıl okumuş. Ebeyle de arkadaş gibiyiz. Güvendim. Çünkü ebem çok iyi biri. Bizim köyün ebisi var çok iyi bir insan.”

Katılımcı 4: “Sağlık çalışanları başka bizim için. En önemli onlar. Ablalarım. Nerden bilsinler. O kadar. Çalışanlar kadar. Sizin kadar. Siz okuyarak geldiniz bugüne, onlar değil. Onların tecrübe. Doğurarak.”

Katılımcı 5: “İnternette baktıklarım ebenin söyledikleriyle aynı. Ben de güvendim.”

Katılımcı 6: “Tanıdıkların söylediklerini bide doktora soruyodum. Eğer o da aynı cevap veriyosa tamam sorun yok diyodum. Ebeyle zaten numaralarımız var birbirimizde. Ebe beni arıyo nasıl oldun falan diye. Çok yakınız arkadaşım gibi. Ben bi şikâyetim varsa anlatıyorum.”

Katılımcı 8: “İnternette diyodu şeker yüklemesi yaptırmayın iyi değil. Ben de doktora sordum o da yaptır deyince sağlık ocağındaki yaptırdım.”

Katılımcı 9: “Ebeye doktora güvendim. Hergün kaç hasta geliyo sonuçta. Kaç kişi geçiyo ellerinden. Tabi güveniyo insan. Hep düzenli gittim sağlık ocağına.”

Katılımcı 10: “İnternette bakarak spor yaptım baya bi süre... düşük tehditi yaşadım. Bidaha kafama göre doktora sormadan internette bişey yapmam. Psikolojim bozuldu zarar verdim deydi. İnternette bakıp bidaha bişey yapmam...”

Tartışma

Kadınların gebelikleri süresince araştırdığı konuları ve başvurdukları kaynakları belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmada başlıca; kadınların daha çok fiziksel rahatsızlıklar ve doğum korkusu yaşadığı, gebeliklerinde çoğunlukla beslenme, doğum korkusu ve doğum eylemi konularını araştırdıkları, bilgi kaynağı olarak çoğunlukla sağlık çalışanları ve internete başvurdukları, gebelikte egzersiz yapmak, doğum videosu izlemek için internette, doğum korkusu hakkında konuşmak için tanıdık-akrabadan, fiziksel şikâyetler için sağlık personelinin bilgi aldıkları, akraba, TV programı ve internette alınan bilgiyle sağlık personelinin alınan bilgi arasında çelişki yaşandığı, internette doğum videosu izlemek, sağlık personelinin fiziksel şikâyetlerle ilgili tavsiyeler almak, akraba-tanıdık korkular hakkında konuşmak yararlı olarak bildirilmiştir. Katılımcılar sağlık çalışanlarından aldıkları bilgiye güvendikleri, internette bilgi alanların ise sağlık personelinin alınan bilgi ile aynı olması durumunda güvendikleri sonuçlarına varılmıştır. Bu sonuçlar kadınların gebelikte bilgi gereksinimi duyduğu konuları ve bilgi kaynaklarını ortaya koymuştur. Bu sonuç, ülkemizde birinci basamakta gebe izlemi hizmetleri, danışmanlık ve eğitim konularında bulgular içeren, ilk niteliksel olarak yürütülmüş çalışma olması bakımından önemlidir.

Araştırmaya katılan kadınlar gebeliklerinde mide bulantısı, kusma, iştahsızlık ve doğum korkusu yaşadıklarını bildirmişlerdir. Yapılan araştırmalarda da benzer şekilde kadınların gebeliklerinde sık idrara çıkma, iştahta azalma, kusma, bulantı, bel ağrısı, yorgunluk ve doğum korkusu yaşadıkları bildirilmiştir¹⁶⁻¹⁹. Bu sonuçlara göre gebelerin doğum korkusuna ilave olarak çok fazla sayıda fiziksel sorun yaşadıkları söylenebilir.

Araştırmada gebeliklerinde kadınların en çok araştırdığı konuların beslenme, doğum korkusu, bebek gelişimi, doğum eylemi ve mide bulantısı ile baş etme olduğu görülmüştür.

Benzer şekilde Gürel ve diğ.’nin 2006 yılında Bolu’da yaptıkları gebelerin, gebelik doğum ve sonrasında döneme ilişkin bilgi edinme durumlarını inceledikleri 420 gebeyi içeren kesitsel çalışmalarında, gebelikte kadınların bilgi gereksinimlerinin beslenme, egzersiz, fetal sağlık, gebelikte sık yaşanan rahatsızlıklar ve doğum olduğunu bildirmişlerdir³. Yine internet üzerinden yürütülen çalışmalarda da kadınların gebeliklerinde benzer konuları araştırdıkları görülmektedir. Ülkemizde Yenil ve diğ.’nin web tabanlı yürüttükleri çalışmalarında ve Larsson’ın İsveç’de kadınların gebelikleriyle ilgili internet üzerinden araştırdığı konuların gebelik komplikasyonları, minör rahatsızlıklar, tehlike işaretleri, doğum,

fetal sağlık, tanı testleri, bebeğin büyüme gelişmesi ve ilaç kullanımını olduğunu bildirmişlerdir^{4,5}. Bu sonuçlar gebelerin sorun olarak bildirdiği konuları araştırdığını göstermektedir.

Kadınların gebeliklerinde bilgi edinmek için daha çok sağlık çalışanları ve internete başvurdukları bunun yanında arkadaş, akraba, komşu ve TV programından da yararlandıkları belirlenmiştir. Bu bulgular literatürle benzerlik göstermektedir²⁰⁻²³. Sayakhov ve Carolan-Olah'ın yedi çalışmanın dahil edildiği 1347 gebeyi içeren sistematik derlemelerinde ve De Santis ve diğ.'nin 2010 yılında İtalya'da yaptıkları tanımlayıcı çalışmalarında kadınların gebelikleriyle ilgili bilgi araştırmasında internetin yaygın kullanıldığını bildirmişlerdir^{20,22}. Ülkemizde Kahraman ve diğ. tarafından yapılan Şanlıurfa'daki gebelerin bebek bakımına ilişkin bilgi düzeylerini inceleyen bir çalışmada, gebelerin çoğunlukla doktor, ebe, hemşire, anne ve komşusundan bilgi aldığı görülmektedir²¹. Yine Sakarya ilinde yürütölen başka bir çalışmada gebelikte kadınların bilgi edinmek için çoğunlukla sağlık personeli, kitap, ansiklopedi, aile büyükleri ve arkadaşlarına başvurdukları bildirilmiştir²³. Bu sonuçlar kadınların gebeliklerinde güvenilir bilgi kaynaklarının yanında güvenilir olmayan bilgi kaynaklarına da başvurduklarını göstermesi bakımından önemlidir.

Çalışmaya katılan kadınların internete en çok egzersiz yapmak, doğum videosu izlemek, bebek gelişimini takip etmek, beslenme, bebek çantası ve cilt lekeleri konularında bilgi almak için başvurdukları belirlenmiştir. Benzer şekilde Gao ve diğ. Çinli hamile kadınların gebelikte ilgili bilgileri almak için interneti kullanıp kullanmadıklarını araştırmak için yürüttükleri çalışmalarında, gebelikte internetin sıklıkla fetal gelişim ve beslenme konularını araştırmak için kullanıldığını bildirmişlerdir²⁴. Ülkemizde Kavlak ve diğ. tarafından İzmir'deki gebe kadınların interneti kullanım durumlarını araştıran başka bir çalışmada da en çok araştırılan konuların fetal gelişim, gebelikte beslenme ve doğum aşamaları olduğu görülmektedir²⁵. Bu sonuçlar kadınların gebeliklerinde benzer bilgi ihtiyacı için internetten yararlandıklarını göstermektedir. Çalışmada kadınların bilgi edindikleri kaynakların probleme göre değişiklik gösterdiği görölmüştür. Benzer şekilde gebelikte diabetle ilgili bilgi kaynaklarının incelendiği çalışmalarda da kadınların sağlık personeli, kitap, haber ve internet gibi çoklu kaynaktan yararlandığı bildirilmiştir^{26,27}. Bu sonuçlara göre kadınların gebeliklerinde bilgi gereksinimi duyduğu konuya göre çoklu kaynak tercih ettiği söylenebilir.

Çalışmaya katılan kadınların internet, akraba-tanıdık ve TV programından aldıkları bilgi ile sağlık personelinin aldıkları bilgi arasında çelişki yaşadıkları görölmüştür. Bu sonuçlar sağlık personelinin alınan bilgiler ile diğer kaynaklardan alınan bilgiler arasında farklılık bulunduğu ve bu durum güvenli olmayan kaynakların kullanıldığını göstermektedir.

Kadınlar tarafından internetten doğum videosu izlemek ve bebek gelişimini takip etmek yararlı olarak ifade edilirken egzersiz yapmak ve beslenme tavsiyelerine uymak bazı katılımcılar tarafından yararlı, bazı katılımcılar tarafından ise zararlı olarak belirtilmiştir. Sağlık personelinin alınan bilgilerle ilgili hiçbir katılımcı zararlı ifadesini kullanmamıştır ve doğum korkusu hakkında akraba-tanıdıkla konuşmanın yararlı olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde Melender'in Finlandiya'da gebelik ve doğumla ilgili korku ve baş etme yöntemlerini incelediği yarı yapılandırılmış görüşme yöntemiyle 20 gebeyle görüştüğü nitel çalışmasında da konuşmanın doğum korkusuyla baş etmede etkin yöntem olduğu görölmektedir²⁸. Bu sonuçlara göre internetten egzersiz yapmak ve beslenme planlamasının sağlık personelinin kontrolü dışında yapılmaması gerektiği

söylenebilir. Ayrıca, sağlık personelinin etkin bilgi kaynağı olduğu ve sosyal çevre ile etkileşimin kaygı ve korku üzerinde pozitif etki sağladığı söylenebilir.

Araştırmada kadınların sağlık çalışanlarından aldıkları bilgiye olumlu iletişim becerileri ve mesleki tecrübelerinden dolayı güvendiklerini bildirmişlerdir. Benzer şekilde Sheppard ve diğ.'in çalışmasında da gebelerin sağlık çalışanlarından aldıkları bilgilere güvendikleri ve sağlık personelinin etkili iletişimi, iletişimin sürekliliği ve yakın ilişki kurmasının güvenlerini olumlu etkilediğini belirtmişlerdir²⁹. Bu sonuçlar sağlık personelinin iletişim becerilerinin bilgiye güvenmeyi olumlu etkilediğini göstermektedir.

Çalışmaya katılan kadınlar interneti kullanışlı bulduklarını ve aldıkları bilgilerin akla uygun olması, sağlık personelinin alınan bilgiyle örtüşmesi ve zarar görmedikleri durumda güvendiklerini bildirmişlerdir. Benzer şekilde Bert ve diğ.'nin gebelikte internet kullanımını inceledikleri kesitsel çalışmalarında, internetten bilgi alanların büyük kısmının internetten aldıkları bilgiyle sağlık çalışanından aldığı bilgiyi karşılaştırdıkları bildirmişlerdir³⁰. Lagan ve diğ. internetten alınan bilgilerin güvenilirliğini ölçmenin en önemli iki kriterinin diğer kaynaklardan alınan bilgiyle uyumlu olması ve referansların verilmesi olduğunu bildirmişlerdir³¹. Bu sonuçlara göre internetten alınan bilgilerin bir sağlık personelinin teyit edilerek kullanılması gerektiği söylenebilir.

Bu çalışmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. İlki kadınlarla hastanede bir kez görüşme yapılmış olmasıdır. Bu durum bulguların diğer ortamlara genellenebilirliği konusunda yeterli olmayabilir. Araştırma verileri yüz yüze görüşme tekniği ile ses kayıt cihazı ve yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak elde edilmiştir. Bu uygulama sırasında kadın ile yalnız kalınarak mahremiyetin sağlanması özen gösterilmiştir. Ancak ses kayıt cihazı kullanılması ve görüşme kapsamındaki olası istismara maruz kalma ile ilgili soruların yer alması kadınların endişelenmesine neden olabilir. Bu duruma bağlı olarak kadınlar mevcut durumu yansıtmayan cevaplar vermiş olabilirler.

Sonuç olarak, kadınların gebelikleri süresince araştırdığı konuları ve başvurdukları kaynakları belirlemek amacı ile yapılan bu çalışmada başlıca; (1) kadınların daha çok fiziksel rahatsızlıklar ve doğum korkusu yaşadığı, (2) gebeliklerinde çoğunlukla beslenme, doğum korkusu ve doğum eylemi konularını araştırdıkları, (3) bilgi kaynağı olarak çoğunlukla sağlık çalışanları ve internete başvurdukları, (4) gebelikte egzersiz yapmak, doğum videosu izlemek için internetten, doğum korkusu hakkında konuşmak için tanıdık-akrabadan, fiziksel şikayetler için sağlık personelinin bilgi aldıkları, (5) akraba, tv programı ve internetten alınan bilgiyle sağlık personelinin alınan bilgi arasında çelişki yaşandığı, (6) internetten doğum videosu izlemek, sağlık personelinin fiziksel şikayetlerle ilgili tavsiyeler almak, akraba-tanıdıkla korkular hakkında konuşmak yararlı olarak ifade edildiği, (7) katılımcılar sağlık çalışanlarından aldıkları bilgiye güvendikleri, internetten bilgi alanların ise sağlık personelinin alınan bilgi ile aynı olması durumunda güvendikleri sonuçlarına varılmıştır.

Bu sonuçlara dayalı olarak; (1) sağlık çalışanlarının antenatal bakım hizmetlerinin planlanması ve sunumunda kadınların yaygın olarak yaşadığı problemleri ve bilgi gereksinimlerini dikkate almaları, doğru kaynaktan bilgi almalarını sağlamaları ve kadınların kaynak tercihine göre alternatif eğitim yöntemleri geliştirmeleri, (2) örgün ve hizmet içi eğitimlerde kadınların gebelikte kaynak seçimlerine uygun alternatif eğitim yöntemlerine yer verilmesi, (3) sağlık çalışanlarının ve

yöneticilerin kadınların bilgi gereksinimini azaltabilecek ve çözüm girişimlerini geliştirebilecek düzenlemeler yapmaları, (4) sağlık kurumlarının antenatal eğitim için güvenilir web sitelerini oluşturmaları ve bu sitelerde güncel bilgilere yer vermeleri ve (5) gebelikte bilgi gereksinimine göre farklı eğitim tekniklerinin test edilmesini kapsayan deneysel çalışmaların yapılması önerilebilir.

Açıklamalar

Bu araştırmanın tasarlama aşamasında yardımlarını esirgemeyen Adnan Menderes Üniversitesi Eğitim Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Ruken AKAR VURAL'a ve yazma aşamasında yardımcı olan değerli hocam Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi Prof. Dr. Zekiye KARAÇAM'a teşekkür ederim.

Bu çalışma 4-6 Mayıs 2016 tarihleri arasında gerçekleşen 'II. Ege G/Ebelik ve Doğum Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.



Kaynaklar

- Herman DR, Taylor BM, Adams E, et al. Life course perspective: evidence for the role of nutrition. *Matern Child Health J.* 2014; 18:450-461.
- Diñç H, Yılmaz T, Günaydın S. Gebe Eğitimi. *HSP.* 2014; 1(1):68-76.
- Gürel SA, Gürel H, Balcan E. Doğum öncesi bakım esnasında gebelik, doğum ve doğum sonrası döneme ilişkin bilgi edinme durumu. *Perinatoloji Dergisi.* 2006; 14(2):90-95.
- Yenal K, Okumuş H, Sevil Ü. Web ortamında interaktif-antenatal danışmanlık ile gebeliğe ilişkin bilgi gereksinimlerinin incelenmesi. *DEUHFED.* 2010; 3(1):9-14.
- Larsson M. A descriptive study of the use of the internet by women seeking pregnancy-related information. *Midwifery.* 2009; 37(2):14-20.
- Onuoha UD, Amuda AA. Information seeking behaviour of pregnant women in selected hospitals of Ibadan Metropolis. *Information Impact: Journal of Information and Knowledge Management. IJIKM.* 2013; 4(1):76-91.
- Wilson TD. Human information behavior. *Inf Sci.* 2000; 3(2):49-55.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı. Gebe bilgilendirme sınıfı eğitimci kitabı. Ankara, 2013.
- Atasay B, Arslan S. Anne ve yenidoğan hakları Barselona deklarasyonu. *Sted Dergisi.* 2001; 10(12):458-59.
- Shieh C, McDaniel A. Information-seeking and its predictors in low-income pregnant women. *J Midwifery Womens Health.* 2009; 54(5):364-372.
- Çelik AS, Çapık A, Engin R. Erzurum'da gebelik ve doğum sonu dönemde yapılan geleneksel uygulamaların belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2012; 15(4):262-267.
- Hwang JH, Kim YR, Ahmed M, et al. Use of complementary and alternative medicine in pregnancy: a cross-sectional survey on Iraqi women. *BMC Complement Altern Med.* 2016; 16(1):191.
- Işık T, Akçınar M, Kadioğlu S. Mersin ilinde gebelik, doğum ve loğusalık dönemlerinde anneye ve yenidoğana yönelik geleneksel uygulamalar. *IBD.* 2010; 7(1):71-84.
- Yağın H, Koçak N. Anne adaylarına verilen eğitimin gebelik, doğum ve lohusalığa ilişkin geleneksel uygulamalara etkisi. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.* 2013; 23(1):1-4.
- İslamoğlu AH, Alınçık Ü. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri, Beta Basım A.Ş., İstanbul, 2016.
- Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG.* 2012; 119:1238-1246.
- Hall WA, Hauck YL, Carty EM, et al. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2009; 38(5):567-576.
- Hildingsson I, Nilsson C, Karlström A, et al. A longitudinal survey of childbirth-related fear and associated factors. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2011; 40(5):532-543.
- Yanikkerem E, Altıparmak S, Karadeniz G. Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi.* 2006; 10(10):35-42.
- De Santis M, De Luca C, Quattrocchi T, et al. Use of the internet by women seeking information about potentially teratogenic agents. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2010; 151(2):154-157.
- Kahraman S, Kabalcıoğlu F, Ersin F. Şanlıurfa'daki gebelerin bebek bakımına ilişkin bilgi düzeyleri. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi.* 2016; 36:79-97.
- Sayakhot P, Carolan-Olah M. Internet use by pregnant women seeking pregnancy-related information: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2016; 16(1):1.
- Sözeri C, Cevahir R, Şahin S. Gebelerin gebelik süreci ile ilgili bilgi ve davranışları. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi.* 2006; 1(2):92-104.
- Gao LL, Larsson M, Luo SY. Internet use by Chinese women seeking pregnancy-related information. *Midwifery.* 2013; 29(7):730-735.
- Kavlak O, Atan SU, Güleç D, et al. Pregnant women's use of the internet in relation to their pregnancy in Izmir, Turkey. *Inform Health Soc Ca.* 2012; 37(4):253-263.
- Declercq ER, Sakala C, Corry MP, et al. Listening to mothers II: report of the second national U.S. survey of women's childbearing experiences: conducted January-February 2006 for childbirth connection by harris interactive(r) in partnership with lamaze international. *J Perinat Educ.* 2007; 16(4):15-17.
- Song FW, West JE, Lundy L, et al. Women, pregnancy, and health information online: the making of informed patients and ideal mothers. *Gender Society.* 2012; 26(5):773-798.
- Melender HL. Fears and coping strategies associated with pregnancy and childbirth in Finland. *J Midwifery Womens Health.* 2002; 47(4):256-263.
- Sheppard VB, Zambrana RE, O'Malley AS. Providing health care to low-income women: a matter of trust. *Family Practice.* 2004; 21(5):484-491.
- Bert F, Gualano MR, Brusaferrro S, et al. Pregnancy e-health: a multicenter Italian cross-sectional study on internet use and decision making among pregnant women. *J Epidemiol Community Health.* 2013; 67(12):1013-1018.
- Lagan BM, Sinclair M, George Kernohan W. Internet use in pregnancy informs women's decision making: a web-based survey. *Birth.* 2010; 37(2):106-115.

ÖZGÜN ARAŞTIRMA

SAVAŞ NEDENİYLE TÜRKİYE'YE GÖÇ EDEREK İNSANİ YARDIM KURULUŞUNDA ÇALIŞAN SURIYELİ MÜLTECİLERDE TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE İLİŞKİLİ ETMENLER

POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND RELATED FACTORS IN POST-WAR SYRIAN REFUGEES WHO MIGRATED TO TURKEY AND WORKED IN HUMANITARIAN AID ORGANIZATIONS

1*  Handan Özen, 2  Cem Cerit

ÖZ

Amaç: Çözülmemiş ve tekrarlayan çatışmaların neden olduğu şiddet nedeniyle dünya genelinde göç eden mülteci sayısının büyük oranda artış göstermesinden savaşlar sorumludur. Suriye'de 2011 Mart ayında başlayan savaş tarihin en büyük mülteci krizlerinden biri olarak 5,6 milyon insanın ülkesini terk etmesine neden olmuştur. Bu çalışmayla ülkesinde yaşanan savaş nedeniyle can güvenliği tehlikede olduğu için kaçarak Türkiye'ye göç eden, insani yardım kuruluşunda kendileri gibi göç ederek gelen Suriyelilere yardım sağlamak amacıyla çalışan Suriyelilerin yaşadığı travmatik olayların incelenmesi ve bununla ilişkili olabilecek travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve depresyon düzeylerini araştırmak amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmanın örneklemini savaş sonrası Türkiye'ye gelerek insani yardım kuruluşlarında çalışan 18 yaş üstü Suriyeliler oluşturmaktadır. Araştırmaya 49 gönüllü katılmış olup, veri toplama araçları olarak, Sosyodemografik Bilgi Formu, Harvard Travma Envanteri (HTE) ve Beck Depresyon Envanteri (BDE II) Arapça olarak kullanılmıştır. Veriler SPSS 21,0 programıyla istatistiksel olarak değerlendirilerek analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamızda katılımcıların %8,6'sı TSSB tanı kriterini karşılarken, %69,3'ü ise hafif, orta ve ağır düzeyde depresif belirti göstermektedir. Travmatik olay ve işkence olayı sayısı arttıkça TSSB skorlarının arttığı, çocuk sayısının TSSB puanıyla ters yönde ilişkisi olduğu bulunmuştur. Bekar olanlarda depresyon belirtilerinin daha fazla görüldüğü, çocuk sayısının artmasıyla depresyon belirtilerinin azaldığı bulunmuştur.

Sonuç: İnsani yardım kuruluşlarında çalışan mültecilerin travmatik olaylara maruz kalmaları nedeniyle sosyal destek ağlarının güçlendirilmesinin ruh sağlığını koruyucu etkisi olacaktır.

Anahtar sözcükler: Savaş, zorunlu göç, mülteci, travma sonrası stres bozukluğu, depresyon

ABSTRACT

Objective: Wars are responsible for the immense increase in the number of refugees migrating worldwide due to violence caused by unresolved conflicts and repeating armed clashes. The war that started in Syria in March of 2011 has caused 5.6 million people to leave their country and therefore is one of the largest refugee crises of history. The aim of this study was to analyze the traumatic events that humanitarian aid workers had personally experienced and to determine Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) and depression levels among Syrians who have migrated to Turkey due to war-caused threats and work in a humanitarian aid organization to help other Syrians who have migrated under the same conditions.

Methods: The sample of this research was Syrian workers of a humanitarian aid organization who were older than 18 and have migrated to Turkey due to war conditions. To collect data for this research, a Sociodemographic Information Form, Harvard Trauma Questionnaire (HTQ) and Beck Depression Inventory (BDI II) in Arabic were used. The data was statistically evaluated and analyzed using the SPSS 21.0 program.

Results: 8.6% of the sample in the study meet the criteria for PTSD diagnosis while 69.3% show mild, medium or serious depressive symptoms. It was found that PTSD scores increase in direct relation to the increase in the number of torture and traumatic experiences while there is an inverse relationship between PTSD scores and number of children. It was found that depression symptoms are prevalent in single individuals and when the number of children in the family increase, depression symptoms decrease.

Conclusion: Strengthening social support network of trauma-exposed refugees working in humanitarian aid organizations will have a protective effect on their mental health.

Keywords: War, forced emigration, refugee, post-traumatic stress disorder, depression

Giriş

Çatışmaların neden olduğu şiddet nedeniyle dünya genelinde göç eden mülteci sayısının büyük oranda artış göstermesinden savaşlar sorumludur^{1,2}. Ölüm ve yaralanmaların önemli bir nedeni olan savaşlar fiziksel, cinsel, duygusal ve ekonomik birçok şiddetin yaşanmasına neden olarak, yarattığı tahribat sonucunda insanları temel ihtiyaçlarından yoksun bırakarak hem fiziksel hem de ruhsal yıkıma uğratabilmektedir³.

Devletler politik ya da ayrımcılık sebebiyle kendi vatandaşlarının haklarını koruyamadıklarında veya bunu sağlamak istemediklerinde bireyler ciddi insan hakları ihlaline uğrayarak, buldukları toplumu, evlerini ve ailelerini terk etmek zorunda kalarak, başka bir ülkede sığınacak yer ararlar. Bu noktada birçok uluslararası topluluk hakları ellerinden alınan ve korunma ihtiyacı olan kişilerin güvende olmaları için adımlar atmaktadır⁴. Türkiye güvenlik nedeniyle uluslararası koruma için başvuruları 2014 yılında yürürlüğe giren "Geçici Koruma Kanunu Yönetmeli-

ği" ile geçici koruma altına almaktadır⁵⁻⁷.

Suriye'de 2011 Mart ayında başlayan savaş, tarihin en büyük mülteci krizlerinden biri olarak 5,6 milyon insanın ülkesini terk etmesine neden olmuştur. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR 2017) tarafından sunulan rapora göre; savaş ve şiddet nedeniyle dünya genelinde 65,6 milyon insanın yerinden edildiği ve sadece 2016 yılı içerisinde yerinden edilen kişi sayısının 10,3 milyonu bulunduğu belirtilmektedir. Bu sonuçtan yola çıkarak yaklaşık her 113 kişiden birinin zorla yerinden edildiğini söyleyebiliriz. Yerinden edilmiş kişi bulunduğu topluluktan iç çatışma veya çevresel felaketler gibi doğal ya da insan eliyle oluşturulmuş nükleer, kimyasal afetler nedeniyle kaçarak göç etmek zorunda kalan kişidir⁸⁻¹⁰. Kişi veya topluluklar belli gerekliliklerle bulunduğu yerden kendi isteğiyle göç edebileceği gibi istemediği halde kendi ülkesi içinde ya da başka ülkelere doğru göç etmeye zorlanabilmektedir. Baskı sonucunda ülkesini terk et-

¹Hayata Destek Derneği,
İstanbul, Türkiye
²Kocaeli Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı,
Kocaeli, Türkiye

Geliş Tarihi
07.06.2018

Kabul Tarihi
14.08.2018

Sorumlu Yazar
Handan Özen

Hayata Destek Derneği,
İstanbul, Türkiye

E-posta
handanist@hotmail.com

mek zorunda kalan kişiler mülteci olarak tanımlanmaktadır. Zorunlu göç eden insanlar ekonomik, sosyal ve siyasal birtakım yaptırımlara maruz kalmaları nedeniyle yaşadıkları yeri bırakmak ve başka yaşam alanlarına doğru hareket etmek durumunda kalabilmektedirler¹¹.

Araştırmanın amacı, savaşın neden olduğu şiddet sonrasında göç etmek zorunda kalan ve insani yardım kuruluşunda çalışan kişilerin savaş öncesi ve savaş sonrası yaşadığı travmatik olayların değerlendirilmesi ve buna bağlı gelişebilecek olan travma sonrası stres bozukluğu ve depresyon düzeylerini araştırmaktır. Aynı zamanda bu klinik verilerle ilişkili olabilecek sosyodemografik özellikler araştırılmıştır.

Yöntem

Örneklem

Araştırmanın örneklemini, bir insani yardım kuruluşunun İstanbul, Şanlıurfa, Diyarbakır, Hatay ve Adana ofislerinde çalışan savaş sonrası Türkiye'ye göç etmiş 18 yaş ve üzeri Suriyeli mültecilerden araştırmaya gönüllü katılmak isteyenler arasından seçilmiştir. Araştırma için 100 Suriyeli çalışana ulaşılmıştır. Bunlardan 30'una araştırma süreci içerisinde çalışma izinleri alınmadığı için işten ayrılmak zorunda kalmış ve araştırmadan dışlanmıştır. 16 kişi çalışmaya katılmayı reddetmiştir. 5 kişi ölçekleri eksik doldurulduğu için çalışmaya dahil edilmemiştir. Sonuç olarak 49 Suriyeli çalışanın verileri çalışmaya dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Katılımcılara veri toplama aracı olarak uygulanan 49 soruluk Arapça Sosyodemografik Bilgi Formu katılımcıların yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, mesleği, eğitim durumu, yaptığı iş, ekonomik durumu, göç etme tarihi, göç ettiği kişiler, birlikte yaşadığı kişiler, sosyal destek, göç öncesi psikolojik destek ve daha önceki göç deneyimi gibi bilgileri içermektedir. Çalışmada Harvard Travma Envanteri (HTE)'nin Arapça Irak versiyonu kullanılmıştır. Travma olayları ve ilişkili semptomlar aynı envanterde yer alarak 4 bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde 43 sorudan oluşan travma olayları, ikinci bölümde kişisel tanımlama, üçüncü bölümde kafa travması, dördüncü bölümde 45 sorudan oluşan travma semptomları ve 35 sorudan oluşan işkence geçmişine bulunmaktadır. Envanterin 4. bölümünde bulunan travma semptomlarının ilk 16 sorusu DSM IV TSSB tanı kriterlerini karşılamaktadır. 45 sorunun tamamı ise TSSB puanını vermektedir. Envanterde 4'lü likert kullanılarak kesme puan 2,5 olarak alınmıştır. DSM IV kriterini karşılayan 16 soruluk bölüm ve envanterin 2. ve 3. bölümleri testin ilk haliyle aynı kalmıştır. 1. ve 4. bölüm ile işkence geçmişi ile ilgili bölüm Irak kültürü temel alınarak adapte edilmiştir. Harvard travma ölçeğinin Arapça versiyonunun güvenilirlik çalışması yapılmış, orijinal versiyonuyla uyumlu ve TSSB ölçümünde uygulanabilir olduğu belirtilmiştir. Araştırmada Beck Depresyon Envanteri'nin Arapça versiyonu uygulanmıştır. Testte kullanılan ifadelerin ve dilin doğruluğu çalışması 26 kadın ve erkek İngiliz dili ve edebiyatında okuyan üniversite öğrencileriyle yapılmıştır. İki dil bilen öğrencilerle yapılan bu çalışmanın Arapça ve İngilizce formlarına ilişkin Pearson çarpım-moment korelasyonu 0,96 bulunmuştur. BDE II testinin iki dil arasındaki tutarlılık çalışması 3 Arap asıllı çift dilli psikolog tarafından incelenerek yapılmıştır. Testin iç tutarlılık çalışması Mısır, Suudi Arabistan, Kuveyt ve Lübnan'dan gelen iki dilli 380 kişiden oluşan kadın ve erkek üni-

versite öğrencileri ile yapılmıştır. Çalışmada elde edilen alfa değerleri 0,77, 0,82, 0,89 ve 0,67'dir. Test 21 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddede 4 seçenek bulunmaktadır. Seçenekler 0 ile 3 arasında puanlanmaktadır. Testten alınacak puan 0-63 puan arasındadır. 0-9 puan arası belirti şiddeti yok, 10-16 puan arası hafif şiddetli, 17-29 puan arası orta şiddetli, 30-63 puan arasında şiddetli derecede depresyon belirtisi olduğunu göstermektedir.

Verilerin Toplanması

Çalışmanın yürütülebilmesi için Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Proje no: 2018/20) ve Türkiye Göç İdaresinden gerekli izinler alındıktan sonra Mart ayı içerisinde Suriyeli gönüllü katılımcıların sözlü ve yazılı onamları alınarak çalıştıkları kuruluşun görüşme odasında testler birebir uygulanmıştır. Uygulama ortalama 60 dk sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

Elde edilen veriler SPSS 21.0 programı kullanılarak değerlendirilmiş ve analiz edilmiştir. Sayısal veriler ortalama \pm standart sapma, kategorik veriler sayı (n) ve yüzdelik dilim (%) olarak sunulmuştur. Sayısal verilerin dağılımının normal olup olmadığına Kolmogorov-Smirnov testi ile bakılmıştır. Gruplar arasında sayısal verilerin karşılaştırılmasında; dağılım göz önünde bulundurularak Mann Whitney-U ya da student t testi kullanılmıştır. Gruplar arasında kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Sayısal veriler arasındaki ilişkiler dağılımlar göz önünde bulundurularak Pearson ya da Spearman korelasyon analizleriyle yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak alınmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan çocuk sayısı ortalaması $0,71 \pm 1,25$ (0-5), genel yaş ortalaması $31,53 \pm 5,15$ (22-47) ve aylık gelir durumu ortalaması $2964,63 \pm 1177,35$ (1000-6000TL)'dir. Katılımcılara ait diğer sosyodemografik bilgiler Çizelge 1'de gösterilmiştir.

Çizelge 1. Katılımcılara ait sosyodemografik bilgiler

		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	19	38,8
	Erkek	30	61,2
Medeni Durum	Evli	18	36,7
	Bekar/Ayrı (Toplam)	31	63,3
Eğitim Düzeyi	Lise	4	8,2
	Üniversite	41	83,7
	Yüksek lisans	4	8,2
Ekonomik Durumu	Kötü	4	8,2
	Orta	28	57,1
	İyi	16	32,7
	Çok İyi	1	2,0
Şu An Yapılan İş	Saha	29	59,2
	Kurum	19	38,8
	Belirtilmemiş	1	2,0
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Tek	2	4,1
	Geniş Aile	31	63,3
	Eş ve Çocuklar	9	18,4
	Arkadaş	7	14,3

Çalışmamızda katılımcıların en sık belirttikleri travmatik olaylar Çizelge 2'de gösterilmiştir.

Çizelge 2. Katılımcıların savaş sonrasında en çok maruz kaldıkları travmatik olaylar (n=49)

Travmatik Olay	Sayı	Yüzde
Memleketi terk etmeye zorlanma	44	89,8
Bombalama, yakma ya da ikamet yerlerinin yerle bir edilmesine şahit olma	35	71,4
Savaş durumuna (patlama, top ateşi, bombalama) ya da kara mayınına maruz kalma	33	67,3
Dışarıdaki kaos ve şiddet dolayısıyla eve hapsolme	41	83,7
Arkadaşın şiddetli ölümü/öldürülmesi	32	65,3
Toplam	49	100,0

Çalışmamızda katılımcıların Beck depresyon envanterinden aldığı toplam puanların ortalaması 13,20±9,4, kadınların ortalaması 13,57±8,89, erkeklerin ortalaması 12,96±9,86 olarak bulunmuştur. Kadınların ve erkeklerin depresyon testinden aldıkları puanlar karşılaştırılmış ve aralarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Depresyon puanlarına bakıldığında 8 kişinin (%36,7) hafif, 13 kişinin (%26,5) orta, 3 kişinin 8 kişinin (%36,7) hafif, 13 kişinin (%26,5) orta, 3 kişinin (%6,1) ağır düzeyde depresif belirtileri olduğu, 15 kişinin (%30,6) ise olası bir tanı almadığı görülmüştür.

Çalışmamızda katılımcıların BDE puanları ile cinsiyet, medeni durumu, yapılan iş ve sosyal destek arasındaki ilişki Çizelge 3'de gösterilmiştir.

Çizelge 3. BDE puanları ile cinsiyet, medeni durum, çalışma alanı ve sosyal destek arasındaki ilişki (n=49)

BDE Puan Değeri	Sayı	Ortalama±SS	p değeri	
Cinsiyet	Kadın	19	13,57±8,89	0,58
	Erkek	30	12,96±9,86	
Medeni Durum	Evli	18	10,22±9,80	0,03
	Bekar / Ayrı	31	14,93±8,87	
Çalışma Alanı	Saha	29	12,31±9,85	0,24
	Kurum	19	14,47±9,04	
	Belirtilmemiş	1	-	
Sosyal Destek	Var	41	12,82±9,93	0,27
	Yok	8	15,12±6,19	

Çalışmamızda medeni durum ile depresyon puanı arasında ($p<0,05$) anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Buna göre bekar katılımcılar evli katılımcılara oranla daha yüksek puan almışlardır.

Çalışmamızda klinik ölçeklerle çocuk sayısı, savaş sonrası işkence olayı sayısı ve travmatik olay sayıları karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar Çizelge 4'de gösterilmiştir.

Savaş sonrası işkence olayı sayısı ile TSSB puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur ($r=0,293$, $p<0,005$). Çocuk sayısı ile TSSB puanı ve depresyon puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($r=-0,251$, $p<0,005$, $r=-0,285$, $p<0,005$). Toplam travmatik olay sayısı ile TSSB puanı arasında anlamlı düzeyde korelasyon saptanmıştır ($r=0,407$, $p<0,005$). TSSB puanı ile depresyon puanı arasında pozitif yönde korelasyon saptanmıştır ($r=0,670$, $p<0,001$).

Çizelge 4. Klinik ölçeklerle çocuk sayısı, savaş sonrası işkence olayı sayısı ve travmatik olay sayısı arasındaki ilişki (n=49)

	HTE (DSM IV)		BDE	
	p değeri	r değeri	p değeri	r değeri
Çocuk Sayısı	0,041	-0,251	0,023	-0,285
Savaş Sonrası İşkence Olayı Sayısı	0,023	0,293	0,20	0,301
Travmatik Olay Sayısı	0,002	0,407	0,093	0,193
HTE (DSM IV)	-	-	0,001	0,670

Araştırmaya katılanların Harvard Travma Envanterinden aldıkları toplam puan ortalaması 74,95±21,05, DSM IV puan ortalaması 29,00±8,27'dir. HTE'nin travma semptomları bölümündeki ilk 16 soru üzerinden hesaplanan DSM IV tanı kriter puanına göre katılımcılardan 4 kişi (%8,2) TSSB tanısı almıştır. Travma semptomları bölümündeki toplam 45 soru üzerinden toplam TSSB tanı kriter puanına bakıldığında yine aynı şekilde katılımcılardan 4 kişinin (%8,2) tanı aldığı bulunmuştur.

Tartışma

Savaş nedeniyle Türkiye'ye göç ederek insani yardım kuruluşunda çalışan Suriyelilerle yapılan bu çalışmada kişilerin deneyimledikleri travmatik olaylar incelenmiş, TSSB ve depresyon oranları ve bu klinik durumlar ile ilişkili olabilecek etmenler araştırılmıştır.

Çalışmamızda TSSB ve depresyon oranlarına baktığımızda, katılımcılardan 4 kişinin (%8,2) TSSB tanı kriterini karşıladığı, 34 kişinin (%69,3) ise hafif, orta ve ağır düzeyde depresif belirti gösterdiği görülmektedir. TSSB ile ilişkili etmenlere baktığımızda, savaş sonrası işkence olayı sayısı ve travmatik olayların sayısı arttıkça TSSB puanı da artmaktadır. Kişilerin sahip oldukları çocuk sayısı ile TSSB puanları arasında negatif yönde bir ilişki bulunmaktadır. TSSB puanı ile alınan sosyal destek, cinsiyet ve medeni durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bekar olmanın depresyon puanını arttırdığı ve çocuk sayısı ile depresyon puanı arasında negatif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. Cinsiyet ve alınan sosyal destek ile depresyon puanı arasında bir ilişki bulunmamaktadır. TSSB puanı ile depresyon puanı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir.

Travmatik yaşantıların sayısının artmasıyla birlikte içinde buldukları savaş ve çatışma gibi şartların da etkisiyle travmaya bağlı görülen tepkilerde artış olmaktadır¹¹⁻¹³. Bu çalışmada travmatik olay sayısının artmasıyla kişilerin TSSB şiddetinin arttığı görülmektedir. Bu sonuç literatürle uyumlu bulunmuştur.

Travma yaşantısı olan kişilerle birebir çalışan 282 sosyal çalışmacı ile yapılan bir çalışmada, çalışanların %15,2'sinin TSSB tanı kriterini karşıladığını belirtilmiştir¹⁴. Uganda'daki insani yardım kuruluşlarında çalışan 376 kişi ile yapılan bir çalışmada sosyal destek alan kişilerde kaygı ve depresyon puanlarının düşük olduğu belirtilmiştir¹⁵. Benzer bir çalışmaya bakıldığında insani yardım kuruluşunun 212 çalışanıyla yapılan bir çalışmada sosyal desteği fazla olan kişilerde depresyon, tükenmişlik ve psikolojik sıkıntıların az görüldüğü ve yaşamdan daha çok zevk aldıkları belirtilmektedir¹⁶.

Çalışmamızda sorunlarını paylaşabildiğini ve destek alabildiğini belirten kişi sayısının yüksek olmasının TSSB puanının düşük çıkmasına neden olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca insani yardım kuruluşunda çalışarak ihtiyaç sahibi mültecilere yardım sağlıyor olmanın da kişilerin ruh sağlığına iyi geliyor olabileceği düşünülmektedir. İleriki çalışmalarda insani yardım ve yardım kuruluşu dışındaki alanlarda çalışan gruplarla karşılaştırma çalışması yapılmasının bu konuda önemli bir bilgi sağlayacağı düşünülmektedir. Yardım kuruluşundaki iş arkadaşlarının ve birlikte yaşadıkları ailelerinin sosyal desteğinin iyileşme sürecine olumlu katkı sağladığı düşünülmektedir. Ayrıca ekonomik gelirin iyi olması ve aileye bakabiliyor olmanın ekonomik kaygıyı azalttığından çalışanların ruh sağlığının olumlu yönde etkilendiği düşünülmektedir. Bununla birlikte kurum içerisinde yerel çalışanlarla eşit haklara sahip olmak ve iş arkadaşları tarafından kabul görmek de olumlu bir etki sağlayabilir. Bu anlamda ilerideki çalışmalarda çalışmayan gruplarla karşılaştırma yapılması önemli görülmektedir.

Cinsiyetler arasında TSSB puanı açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Literatürde bulgularımızdan farklı olarak zorunlu göçe ve travmatik olaylara maruz kalmanın kadınları erkeklerden daha olumsuz yönde etkileyerek TSSB görülme sıklığını arttırdığı görülmektedir¹⁷⁻¹⁹. Örneklemimizde TSSB oranının beklenenden düşük bulunmuş olması ve toplam katılımcı sayısının az olması erkek-kadın farkının çalışma sonuçlarına yansımamış olmasına neden olmuş olabilir.

Çocuk sayısı ile TSSB ve depresyon puanı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Yaşamın devamını sağlayan en önemli eylemlerden biri olan üremenin ve aile sorumluluğu ile yaşıyor olmanın TSSB şiddetini düşürüyor olabileceği düşünülmektedir.

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında TSSB tanısına en çok depresyonun eşlik ettiği görülmüştür^{11,20}. Çalışmamızda literatürle benzer olarak TSSB puanı ile depresyon puanı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur.

Yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan tüm kişilerinin yaşadığı en büyük zorluğun, iş bulma sürecinde yaşanan belirsizliklerin ve stresin olduğu bulunmuştur²¹. Çalışmamızda depresyon görülme oranının TSSB görülme oranına göre biraz daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamıza başlayacağımız süreç içerisinde birçok çalışanın çalışma izinleri alınmadığı için işten ayrılmak zorunda kalması araştırmaya katılanların işle ve gelecekle ilgili belirsizlik yaşamasına ve depresyon puanını arttırmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde kadınlarda, bekar olanlarda, ekonomik gücü ve sosyal desteği olmayan kişilerde depresyon ve ruhsal sorunların daha fazla görüldüğü belirtilmektedir^{13,21,22}. Bulgularımızda depresyon ile cinsiyet, medeni durum, sosyal destek ve yapılan işin sahada mı kurum içerisinde mi olduğuna bakıldığında cinsiyet, sosyal destek, yapılan iş ve gelir düzeyi ile depresyon puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürle uyumlu bir şekilde bekar olmak ile depresyon puanı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda katılımcıların gelir düzeyinin nispeten iyi olması ve kendileri gibi mülteci olanlara yardım için çalışıyor olmalarının ruh sağlıklarına olumlu bir etkisi olmuş olabileceği düşünülmüştür.

Sonuç olarak, dünya genelinde zorunlu olarak göç eden insan sayısının artması nedeniyle mültecilerle ilgili araştırmaların yapılması önem kazanmaktadır. Bu araştırma kendi gibi mülte-

ci olan kişilere yardım kuruluşunda çalışarak destek olmaya çalışanların psikolojik iyilik hallerini araştırmak ve bu alanda yapılmaya devam edecek olan araştırmalar için önemli bir çalışma olarak görülmektedir. İnsani yardım kuruluşlarında çalışan ve kendileri de travmatik olaylara maruz kalmış göçmen çalışanların ruh sağlığı hizmetlerine erişiminin kolaylaşması, farkındalıklarının artırılmasına yönelik eğitsel çalışmaların desteklenmesi hem kendileri hem de etkileşim içinde oldukları göçmenler açısından yararlı olacaktır.

İnsani yardım kuruluşunda çalışan mültecilerle yapılan bir araştırmaya rastlanılmadığı için elde ettiğimiz bulguları karşılaştırma imkanı bulunmamıştır. Bu alanda yapılacak çalışmaların literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmada katılımcıların yardım sağladıkları mültecilerle çalışmanın ve yardım ediyor olmanın kendilerini nasıl hissettirdiğine bakılmadığı için bu durumun TSSB ve depresyon belirti şiddetini etkileme derecesi ile ilgili bulgular elde edilememiştir.

Kurum içerisinde yerel çalışanlarla eşit haklara sahip olmak ve iş arkadaşları tarafından kabul görmek de olumlu bir etki sağlayabilir. Bu anlamda ilerideki çalışmalarda çalışmayan gruplarla karşılaştırma yapılması önemli görülmektedir.

Açıklamalar

Özen, H. "Savaş sonrası Türkiye'ye göç eden ve İnsani yardım kuruluşlarında çalışan Suriyelilerdeki Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve İlişkili Faktörler". Yüksek lisans tezi, Kocaeli Üniversitesi, 2018.

Kaynaklar

- Toole M, Waldman MD. Refugees and displaced persons. *JAMA*. 1993; 270:600-611.
- International Organization for Migration (IOM). World Migration Report. 2018.
- Çağlayan Ç. Şiddet ve savaş. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*. 2011; 4(2).
- <http://www.unhcr.org/about-us/background/4ec262df/1951-convention-relating-status-refugees-its-1967-protocol.html>
- Ekşi N. Yabancılar ve uluslararası koruma hukuku. Beta Yayıncılık, İstanbul, 2016.
- Çiçekli B. Yabancılar ve mülteciler hukuku. Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2014.
- Asar A. Göç Yönetimi. Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2016.
- Tunç AŞ. Mülteci Davranışı Ve Toplumsal Etkileri: Türkiye'deki Suriyelilere İlişkin Bir Değerlendirme. *TESAM Akademi Dergisi*. 2015; 2(2):29-63.
- <http://www.unhcr.org/tr/wpcontent/uploads/sites/14/2017/11/UNHCRTurkeyResearchUpdate-September2017-2.pdf>
- IOM, Glossary on migration, International Migration Law Series No. 25, 2011. <https://www.iom.int/key-migration-terms>
- Aker T, Ayata B, Özeren M, ve diğ. Zorunlu iç göç: Ruhsal ve toplumsal sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2002; 3:97-103.
- Aker T. Temel Sağlık Hizmetlerinde Ruhsal Travmaya Yaklaşım. Grafik Tasarım ve Baskı, Ankara, 2012.
- Özgen F, Aydın H. Travma sonrası stres bozukluğu. *Klinik Psikiyatri*. 1999; 1:34-4.
- Bride BE. Prevalence of secondary traumatic stress among social workers. *Soc Work*. 2007; 52(1):63-70.
- Ager A, Pasha E, Yu G, et al. Stress, mental health, and burnout among international humanitarian aid workers in Gulu, Northern Uganda. *J Trauma Stress*. 2012; 25(6):713-720.
- Lopes Cardozo B, Gotway Crawford C, Eriksson C, et al. Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: A longitudinal study. *PLoS ONE*. 2012; 7(9):e44948.
- Breslau N, Davis GC, Andreski P, et al. Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 1997; 54(11):1044-1048.
- Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit area survey of trauma. *Arch Gen Psychiatry*. 1998; 55(7):626-632.
- Sır A, Bayram Y, Özkan M. Zoraki İç göçün ruh sağlığına etkileri üzerine bir ön çalışma. *Klinik Psikiyatri*. 1998; 2:83-88.
- Hauff E, Vaglum P. Chronic posttraumatic stress disorder in vietnamese refugees a prospective community study of prevalence, course, psychopathology and stressors. *J Nerv Ment Dis*. 1994; 182(2):85-90.
- Weishaar H. Consequences of international migration: A qualitative study on stress among Polish migrant workers in Scotland. *Public Health*. 2008; 122(11):1250-1256.
- Acartürk C. Göçün ruh sağlığına etkisi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 2016; 4(25):137-150.

ÖZGÜN ARAŞTIRMA

KADIN SIĞINAĞI MODELLERİNİN KADINLARIN RUH SAĞLIĞINA ETKİSİ ÜZERİNE NİTEL BİR İNCELEME

A QUALITATIVE STUDY ABOUT THE EFFECTS OF WOMEN'S SHELTER MODELS ON WOMEN'S MENTAL HEALTH

^{1*} Leyla Soyduñç, ² Aslıhan Polat

ÖZ

Amaç: Dünyada ve Türkiye’de ataerkil sistemin bir parçası olan toplumsal cinsiyet rolleri arasındaki eşitsiz güç ilişkilerinin hem bir yeniden üretme aracı hem de bir sonucu olarak kadına yönelik şiddetin kamusal ve özel alanda çeşitli türlerinin halen yoğun bir biçimde yaşandığı bilinmektedir. Sığınak modellerinin yarattığı değişkenlerin (fiziksel koşullar, kurallar, işleyiş, personelin yaklaşımı, destek hizmetleri vb.) kadınların güçlenme ve iyileşme süreçlerine paralel olarak ruh sağlıklarına etkileri olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmayla, kadın sığınak modellerinin şiddete maruz bırakılan kadınların psikososyal güçlenme süreçlerine olan etkisinin gösterilmesi ve sığınak modellerinin bu bağlamda düzenlenmesi için öneriler sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırma İstanbul’un çeşitli ilçelerinde daha önce şiddete maruz bırakıldığı için sığınaklara başvurmuş ve orada en az 3 aylık süre ile kalmış ve en az 6 ay önce sığınaktan ayrılmış olan 8 kadınla, 15 Mart - 15 Mayıs 2018 tarihleri arasında yürütülmüş nitel bir çalışmadır. Araştırmaya katılan 8 kadına ek olarak 2 kadınla daha olmak üzere toplamda 10 tane kadınla yapılan nicel çalışmanın verileri ise destekleyici olarak kullanılmıştır.

Bulgular: Derinlemesine görüşmelerin deşifre edilmiş metinlerinden yola çıkarak gerçekleştirilen betimsel analizde öne çıkan temalar üzerinden; güçlenmeye dair deneyimler, psikososyal destek, baskı ve denetim, olumsuz duygular, re travmatizasyon olarak 5 ana kategori ve çeşitli alt kategoriler belirlenmiştir. Ek olarak yürütülen nicel çalışmada da nitel analizde belirlenen kategorilere paralel veriler elde edilmiştir.

Sonuç: Sığınak modellerinin yarattığı değişkenlerin kadınların güçlenme ve iyileşme süreçlerine paralel olarak ruh sağlıklarına olumlu (güçlenme, özgüven ve bağımsızlık, kontrol duygusunun yeniden kazanımı vb.) ve olumsuz (baskı ve denetlenme hissi, korku ve endişe, re travmatizasyon vb.) etkileri olduğu görülmüştür. Özellikle feminist yaklaşımın, ortaya konan olumlu etkilerle ilişkili olduğu saptanmıştır.

Anahtar Sözcükler: Kadına yönelik şiddet, şiddet ve ruh sağlığı, şiddet ve ruhsal travma, kadın sığınakları, psikososyal destek, travma sonrası güçlenme

ABSTRACT

Objective: Violence against women with different forms in public and private spheres is still a widespread issue both in worldwide and Turkey as a result and reproduction tool of the unequal power relationship between gender roles which come from the patriarchal system. Mental health of women who have been subjected to violence and applied for a shelter are commonly affected by the conditions which have been shaped by shelters' models and dynamics. This study aims to show the effects of women's shelter models on the psychosocial empowerment processes and offer suggestions on several models according to the narratives of survivors.

Methods: This qualitative study was carried out between 15 March and 15 May 2018 with 8 women who applied for shelter in several districts of Istanbul after they were subjected to violence and stayed in shelters for at least 3 months and left at least 6 months ago. In addition to the 8 women participating in the qualitative research, the data of the quantitative study; 2 women have been added and 10 women in total have participated in the qualitative part which has been used as supportive data.

Results: Based on the themes that emerged in the descriptive analysis conducted from the deciphered texts of the deep interviews; 5 main categories and several subcategories were defined as; empowerment experiences, psychosocial support, repression and control, negative feelings, re traumatization and in addition quantitative studies were obtained in parallel with the categories determined in qualitative analysis.

Conclusion: Shelters models and dynamics have both positive (empowerment, self-confidence independency and recovery of the sense of control) and negative (feelings of oppression and pressure, fear and anxiety, re traumatization, etc.) effects on the empowerment process which are the most important components of mental health of survivors. Especially; it is found that the feminist approach is related to these positive effects.

Keywords: Violence against women, violence and mental health, violence and psychological trauma, women's shelter, psychosocial support, recovery after trauma

Giriş

Dünyada ve Türkiye’de ataerkil sistemin bir parçası olan toplumsal cinsiyet rolleri arasındaki eşitsiz güç ilişkilerinin hem bir yeniden üretme aracı hem de bir sonucu olarak kadına yönelik şiddetin hem kamusal hem özel alanda her türünün (fiziksel, psikolojik, sosyal, cinsel, ekonomik, dijital) halen yoğun bir biçimde yaşandığı bilinmektedir. “Kadına yönelik şiddet” bir insan hakları ihlali ve kadınlara yönelik ayrımcılığın bir biçimi olarak anlaşılmaktadır ve ister kamusal ister özel alanda meydana gelsin, kadınlara fiziksel, cinsel, psikolojik ve ekonomik zarar veya ıstırap veren veya verebilecek olan toplumsal cinsiyete dayalı her türlü eylem veya bu eylemlerle tehdit etme, zorlama veya keyfi olarak özgürlükten yoksun bırakma anlamına gelir².

Uluslararası araştırmalara göre kadınlar; saldırı, yaralama ve cinsel şiddete en sık olarak şimdiki ya da eski partnerleri tarafından maruz bırakılmaktadırlar. 80 ülkeden alınan verilere dayanan güncel araştırmalara göre, kadınların %10 ile %60 arasında değişen oranlarla, evli oldukları kişi, partnerleri ya da

eski partnerleri tarafından en az bir kere fiziksel şiddete maruz bırakıldıkları görülmektedir. Ek olarak birçok çalışma; yakın ilişki şiddetinin yaşam boyu tekrarlanma sıklığı (prevalans) oranının %20 ile %50 arasında olduğunu göstermektedir⁵. FRA’nın geniş kapsamlı araştırması, Avrupa’da 13 milyon kadının araştırma döneminden en fazla 12 ay öncesine kadar fiziksel şiddete; 3,7 milyon kadının ise cinsel şiddete maruz bırakıldığını göstermektedir⁶.

Türkiye’de yapılan çalışmalar da kadına yönelik şiddetin birçok türünün sıklığına dikkat çekmekte ve yıllar içerisinde azalmadığını göstermektedir.

Altınay ve Arat’ın 2008 yılındaki araştırması Türkiye’de evli kadınların %35’inin hayatı boyunca evli oldukları kişi tarafından en az bir kez fiziksel şiddete maruz bırakıldığına işaret etmektedir¹. Hemen ardından 2009 yılında yapılan kapsamlı bir diğer araştırmaya göre; kadınların %30’u evli oldukları kişi ya da partnerleri tarafından fiziksel ve cinsel şiddete maruz bırakılmaktadır¹⁹.

¹Kocaeli Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Ruhsal Travma
Yüksek Lisans Programı,
Kocaeli, Türkiye
²Kocaeli Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı,
Kocaeli, Türkiye

Geliş Tarihi
07.06.2018

Kabul Tarihi
08.08.2018

Sorumlu Yazar
Leyla Soyduñç

Kocaeli Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Ruhsal Travma
Yüksek Lisans Programı,
Kocaeli, Türkiye

E-posta
leylasoydinc@gmail.com

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü tarafından 2015 yılında gerçekleştirilen Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması’nda çıkan verilerde, şiddetin yaygınlığının azalmadığını göstermektedir. Bu araştırmaya göre; ülke genelinde, kadınların %38’inin yaşamlarının herhangi bir döneminde fiziksel veya cinsel şiddetten birine maruz bırakılmaktadırlar⁸. Yine bu araştırmaya göre öne çıkan durumlardan bir diğeri de yaygın yaşanan sosyal ve dijital şiddettir. Mor Çatı Kadın Sığınağı Vakfı’nın 2017 ilk 6 aylık faaliyet raporuna göre; Mor Çatı’ya başvuran kadınların %57’si eşleri ya da eski eşlerinin şiddetine maruz bırakıldıklarını paylaşmışlardır¹⁴.

Birçok çalışmanın gösterdiği gibi; kadına yönelik şiddetin kadın ve erkek arasındaki eşitsiz ilişkilerin bir sonucu olarak sorunsallaştırılması, 70’lerde Avrupa ve Kuzey Amerika’da feministlerin şiddete karşı örgütlenmeye karar vermesi ile gerçekleşmiştir^{3,4,13}. Özel alan olarak tanımlanan ev içinde yaşanan fiziksel ve cinsel şiddet gibi konular, kamusal alanda tartışılmaya ve görünürlük kazanmaya başlamıştır. Sığınakların, hem dünyada hem de Türkiye’de 1970’ler sonrası ikinci dalga radikal feminist hareketin özel alana ve özel alanda kadınların yaşadığı şiddete dikkat çekmesiyle talep edilmesi paralel olarak gerçekleşmiştir. Sığınak çalışmasının, şiddete maruz bırakılan kadınların psikolojik ve sosyal güçlenme sürecinde ve şiddet döngüsünü kırmadaki rolü çok önemlidir. Sığınaklarda yapılan çalışmalarda kadınların 3 ay sığınakta kaldıktan sonra daha yüksek özgüven, kişisel güçlenme, umut ve yaşam memnuniyeti bildirdikleri görülmüştür¹⁰. Aynı şekilde Kanada’da yapılan bir çalışmada ise kadınların sığınakta kalma süreleri ile ters orantılı olarak depresyon skorlarında düşüş ve kalış sürelerine doğru orantılı olarak daha yüksek özgüven skoru bildirdikleri bulunmuştur¹⁶. Türkiye’de yürütülen benzer bir çalışmada da kadınların çoğunluğu; huzur, güven, özgürlük gibi tanımlarla sığınaklara olumlu anlam yüklemişlerdir¹⁸.

Avrupa Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ağı’nın (WAVE) Aralık 2007’de yayınladığı “Şiddetten Uzakta: Bir Sığınak Nasıl Kurulur? Nasıl Yürütülür?” adlı kitabında sığınakların işlevi ve çeşitli ilkeler belirtilmiştir²³. Buna göre sığınaklar; erkek şiddetinin toplumsal, tarihsel, kültürel çerçevesi konusunda farkındalık yaratarak politik bir işlevi yerine getirmeli ve sığınakta uygulanan feminist ilkeler, kadınlara ve çocuklara kendilerini şiddetten özgürleştirme yollarını göstermelidir. Bu ilkeler; kadınların kendi kaderini tayin etme hakkı, gizlilik, 24 saat hizmet ve sınırsız ikamet, farklılıklara saygı, ücretsiz hizmet vb. şeklinde sıralanmıştır ve detaylıca açıklanmıştır. Ancak yapılan eleştirel çalışmalar güncel sığınak uygulamalarında yukarıda belirtilen önemli prensiplerin zaman zaman uygulanmadığı ya da uygulanmadığını göstermektedir. Bu durum da sığınaklarda kalan kadınların psikosozal güçlenme süreçlerini ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Sığınak kurallarının ve çalışanların yaklaşımlarının kadınlar üzerindeki etkisini araştıran uluslararası bir çalışmaya göre; sıkı kurallar ve sert yaklaşımlar kadınların kendi seçimlerini yapabilme, kendi kararlarını alabilme ve sosyal destek kanallarına erişimlerini engellemekte ve kendi hayatları üzerindeki güç ve kontrol duygularını sınırlandırmaktadır⁷. Başka bir çalışmaya göre; kadınların kurallardan en çok giriş-çıkış saati kısıtlamaları, sokağa çıkma yasağı, çocukların disiplini ve gözetilmesi ve sığınanın gündelik işleri ile ilgili kurallara uymakta zorlandıkları belirtilmiştir. Bazı kadınlar bu uygulamaların kendilerini şiddet ilişkisinde yaşadıkları baskıyı, bunalmışlık halini ve endişeyi yeniden hissettirdiğini belirtmiştir¹². Türkiye’de yapılan bir çalışmada; sığınaklarda kalmaya yönelik olumsuz değerlendirmeleri, çok sayıda insanla bir arada yaşamın

getirdiği uyum güçlükleri, hareket alanının dar olması, yaşamlarının kısıtlanması ve diğer kadınların şiddet öykülerinden etkilenme şeklinde sıralanmıştır ve bazı kadınların sığınakta kalan kadınlar arasında hiyerarşik bir yapılanmanın varlığından ve bu hiyerarşik ilişkilerden kaynaklanan çatışmalardan rahatsız olduğunu belirtmesi dikkat çekmiştir²⁰.

Yukarıdaki araştırmaların da gösterdiği gibi; sığınak modellerinin yarattığı değişkenlerin (kurallar, personelin yaklaşımı, destek hizmetleri, fiziksel koşullar vb.) şiddete maruz bırakılan hayatta kalan kadınların ruh sağlığına olumlu ve olumsuz etkisi olduğu düşünülmektedir. Örneğin hiyerarşik yapılanmış ve sıkı kuralları olan sığınakların kadınların ruh sağlığı üzerinde olumsuz etkisinin (retravmatizasyon, kontrol duygusunun ve otonominin kaybı, denetim, şiddetin tekrarlanması) olduğu görülmektedir. Bu tür kural ve uygulamaların kadınların güçlenme sürecine ket vurduğu düşünülmektedir. Feminist ilkelerle ve yaklaşımla yürütülen sığınak modellerinde ise kadınların bağımsızlık hissini, hayatları üzerinde kontrol duygusunun ve gelecek umudunun arttığı görülmektedir. Bu araştırmanın amacı; kadın sığınağı modellerinin şiddete maruz bırakılmış kadınların psikosozal güçlenme süreçlerine olan etkisini göstermek ve sığınak modellerinin feminist ilkelerle düzenlenmesi için öneriler sunmaktır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, sığınakta kalan kadınların deneyimlerine ve anlatılarına dayanan nitel bir çalışmadır. Sığınak Değerlendirme Anketi’nden elde edilen nicel veriler, nitel analiz yorumunu güçlendirmek için kullanılmıştır.

Araştırmanın Evreni

Araştırma İstanbul’un çeşitli ilçelerinde daha önce şiddete maruz bırakıldığı için sığınaklara başvurmuş ve orada en az 3 aylık süre ile kalmış ve en az 6 ay önce sığınaktan ayrılmış olan 8 kadınla 15 Mart-15 Mayıs 2018 tarihleri arasında yürütülmüş nitel bir çalışmadır. Araştırmaya katılan 8 kadına ek olarak 2 kadınla daha olmak üzere toplamda 10 kadınla yapılan nicel çalışmanın verileri ise destekleyici olarak kullanılmıştır. Çalışmaya katılan kadınlar Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’na, belediyelere ve sivil toplum kuruluşuna ait sığınaklarda kalmış ve buradan ayrılmış olan kadınlardan oluşmaktadır. Gönüllülere; kadına yönelik şiddetle ilgili destek çalışmaları yapan sivil toplum kuruluşları, kurumlar ve kişisel iletişim ağları aracılığıyla ulaşılmıştır. Araştırmacının kendisi de daha önce sığınak çalışması içerisinde yer aldığından dolayı katılımcılara ulaşım imkanı sağlanmıştır.

Etik Boyut

Çalışmada gönüllülük esası dikkate alınmış olup, derinlemesine görüşmeler ve anket çalışmasına başlamadan önce, katılan kadınlara çalışma hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Kadınlardan yazılı ve sözlü onamları alınmıştır. Ayrıca bu çalışma Kocaeli Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (07.03.2018/KOGOEK4.15).

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik Bilgi Formu’nda; yaş, eğitim durumu, medeni durum, çocuk sayısı, çalışma durumu, gelir düzeyi, psikolojik ve psikiyatrik durumu, aldığı ya da almakta olduğu psikosozal ya da maddi destekler, kaldığı sığınakla ilgili bilgi ve orada aldığı desteklerle ilgili 21 adet soru

bulunmaktadır. Yarı Yapılandırılmış Derinlemesine Görüşme soruları 3 bölüm olarak (Sığınak Öncesi, Sığınak Esnası ve Sığınak Sonrası) toplamda 14 sorudan oluşmaktadır. Sığınak Değerlendirme Anketi ise; sığınaktaki yaşam koşulları, kurallar, personelin yaklaşımı, destek uygulamaları ve toplu yaşama dair 23 ifadeyi ve 1 açık uçlu soruyu içermektedir. Anketteki 23 ifadenin cevap bölümü 0 puan “Hiç Katılmıyorum”, 10 Puan ise “Tamamen Katılıyorum” ifadesine karşılık gelecek şekilde 10’lu Likert şeklinde hazırlanmıştır.

Veri Çözümlemesi

Bu çalışmanın ana eksenini sığınaklarda kalmış 8 kadınla yapılan yüz yüze derinlemesine görüşmelerin betimsel analizine dayanmaktadır. Nitel çalışmayı destekleyici nicel verilerin toplandığı Sığınak Değerlendirme Anketi’nde pozitif ve negatif ifadeler bir arada yer aldığından total puan hesaplanmamıştır. 10’luk Likert tipi ölçekte 5 ve 5’in altı, ifadeye katılmama; 5’in yukarısı ise ifadeye katılma olarak değerlendirilmiştir. Katılım şiddeti ise tüm kadınların 10’luk sistemde tercih ettikleri puanların ortalaması alınarak hesaplanmıştır. Nitel ve nicel bulgular tematik uygunluklarına göre eşleştirilmiş ve beraber tartışılmıştır.

Bulgular

Sosyodemografik Bulgular

Sosyodemografik bulgulara göre, araştırmaya katılan kadınların yaş ortalaması 35,88’dir. Eğitim düzeyleri incelendiğinde; katılımcıların çoğu ortaokul (%37,5) mezundur ve boşanmıştır (%62,5). Kadınların 7’si (%87,5) çocuğu ya da çocukları ile yaşamaktadır. Kadınların sadece yarısı tam zamanlı bir işte çalışmakta, %37,5’i ise gündelik işlerde çalışmaktadır. Kadınların aylık gelir durumu incelendiğinde %75’inin aylık gelirin 1000-2999 TL olduğu bulunmuştur. Kadınların sadece yarısının sosyal güvencesi bulunmaktadır. Kadınların 6’sı (%75) kurumsal maddi destek, 4’ü (%50) ise kurumsal sosyal destek (danışmanlık) aldığını belirtmiştir. Kadınların 2’si geçmişte psikiyatrik tanı alma ve ilaç kullanma durumu olmuştur. Çalışmaya katılan kadınların hepsi daha önce en az 1 kere bir psikolog ile görüşme yaptıklarını ifade etmişlerdir. Katılımcıların sığınak talep etme sayısı 1 ile 5 arasında değişmektedir. Kadınlardan 3’ü birden fazla kez sığınak talebinde bulunmuş ve çeşitli sığınaklarda kalmışlardır. Bu çalışmada 5 defa ASPB, 8 defa belediye ve 2 defa da STK’ya ait sığınak başvurusu ve deneyimi paylaşılmıştır. Çalışmaya katılan kadınların sığınaklarda ortalama kalış süresi 6,17 ay olarak hesaplanmıştır. Kadınların sığınaklarda aldıkları destekler incelendiğinde; en sık olarak psikolojik (%62,5) ve hukuki (%62,5) destek aldıklarını; yarısının ise maddi ve sağlık desteği aldıkları görülmüştür. Sosyal destek sorusunu ise kadınlar; iş imkanı, kurs ve gelecek planı şeklinde değerlendirmiş ve sadece 3’ü (%37,5) bu desteği aldıklarını belirtmişlerdir.

Nitel ve Destekleyici Nicel Bulgular

Derinlemesine görüşmelerin deşifre edilmiş metinlerinden yola çıkarak gerçekleştirilen betimsel analizde öne çıkan temalar üzerinden; güçlenmeye dair deneyimler, psikososyal destek, olumsuz duygular, baskı ve denetim, travmatizasyon olarak 5 ana kategori ve çeşitli alt kategoriler belirlenmiştir. Nitel ve nicel bulgular tematik uygunluklarına göre eşleştirilmiş ve beraber tartışılmıştır.

Güçlenmeye Dair Deneyimler

Kadınların anlatılarından yola çıkıldığında güçlenme kategorisi; güvenlik ve güvende hissetme, bağımsızlık hissi ve özgüven, kendi kararlarını alabilme ve dayanışma olarak 4 alt kategoriye ayrılmıştır. Görüşülen kadınlar arasından 3’ü sığınakta yaşadıkları olumlu ya da olumsuz deneyimden bağımsız olarak, sığınakta şiddet ortamından uzaklaştıkları, can güvenliği risklerinin azaldığı ve en azından kurumsal bir yerde kalıyor oldukları için güvende hissettiklerini dile getirmişlerdir. Bu kategori altındaki bir diğer alt kategori ise “bağımsızlık hissi ve özgüven” olarak belirlenmiştir. Kadınların 5’i sığınakta kaldıktan sonra oradaki deneyimlerinin onların bağımsız hareket edebildiklerini, buna bağlı olarak bir şeyler başarabileceklerine dair inançlarının arttığını, isteklerini ya da istemedikleri durumları daha rahat dile getirebildiklerini ve çevrelerine karşı tutumlarının da değiştiğini ifade etmişlerdir. Ayrıca sığınakta kalmanın kendilerine bir özgürlük alanı tanıdığını, kendilerini daha güçlü hissettiklerini ve geleceğe dair umutlarının arttığını ifade etmişlerdir. Buna ek olarak; Sığınak Değerlendirme Anketi’ne katılmış olan 10 kadından 6’sı “Sığınakta kalırken hayatımın kontrolünü elime aldığımı hissettim” ifadesine katıldıklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan kadınların bu ifadeye katılım durumlarının şiddeti 5,7 olarak hesaplanmıştır. Feminist ilkelerde yürütülen sığınakta kalan 2 kadının ise bu ifadeye katılım şiddeti ek olarak ayrıca hesaplanmış ve 10,0 bulunmuştur. Ayrıca bu başlığa paralel olarak “Sığınakta kalmaya başladıktan sonra geleceğe dair umudumun arttığını hissettim” ifadesine 5 kadın katılırken, diğer 5 kadının katılmadığı görülmüştür. Kadınların bu ifadeye katılım şiddeti ise 5,8 olarak hesaplanmıştır. Feminist sığınakta kalan 2 kadının ise bu ifadeye katılım şiddeti ek olarak ayrıca hesaplanmış ve 10,0 bulunmuştur. Yine ankette yer alan “Sığınağa yerleştikten sonra kendimi daha güçlü hissettim” ifadesine 8 kadın katılım göstermiştir. Kadınların bu ifadeye katılım şiddeti ise 7,5 olarak hesaplanmıştır. Güçlenme kategorisinin bir diğer alt kategorisi ise “kendi kararlarını alabilme” olarak belirlenmiştir. Görüşülen kadınlardan 3’ü bu anlamda yaşadığı zorluğu dile getirmiştir. Sığınak Değerlendirme Anketi’ne katılmış olan 10 kadından 3’ü sığınakta kalırken kendi kararlarını alamadıklarını ifade ederken, 7’si kendi kararlarını alabildiğini ifade etmiştir. Çalışmaya katılan kadınların kendi kararlarını alabilme durumlarına katılım şiddeti 6,6 olarak hesaplanmıştır. Feminist yaklaşımla yürütülen sığınakta kalan 2 kadının ise bu ifadeye katılım şiddeti ek olarak ayrıca hesaplanmış ve 10,0 bulunmuştur. Ancak bunun yanı sıra ankette bulunan “Sığınakta kalırken sığınak çalışanlarının kararlarına saygı duyduklarını düşünüyorum” ifadesine katılım şiddeti 6,5 olarak hesaplanmıştır. Feminist ilkelerle yürütülen sığınakta kalan 2 kadının ise bu ifadeye katılım şiddeti ek olarak ayrıca hesaplanmış ve 10,0 bulunmuştur. Güçlenme kategorisi altındaki bir diğer alt kategori ise “dayanışma” olarak belirlenmiştir. Sığınak deneyimi yaşamış kadınlardan 5’i kalan diğer kadınlarla dayanışmaya dair olumlu deneyimlerini dile getirmişlerdir. Sığınakta tanıştıkları kadınların bazılarıyla kurdukları kalıcı arkadaşlık ilişkilerinden söz etmişlerdir. Ancak görüşme yapılan kadınlardan 2’si ise dayanışma kurmanın zorlaştığı noktaları ifade etmişlerdir. Görüşme yapılan kadınlardan 2’si ise; kalabalık yaşam koşulları, sığınaktaki kurallar ve işleyiş ve psikososyal desteğin yetersizliği nedeniyle dayanışma kurmanın zorlaştığı noktaları ifade etmişlerdir. Sığınak Değerlendirme Anketi’nde de bu duruma paralel olarak 10 kadından 5’i “Sığınakta kalan diğer

kadınlardan kaldığım süre boyunca destek gördüğümü düşünüyorum” ifadesine katıldıklarını, 5’i ise katılmadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan tüm kadınların bu ifadeye katılım durumlarının şiddeti 5,2 olarak hesaplanmıştır. Feminist yaklaşımla yürütülen sığınakta kalan 2 kadının ise bu ifadeye katılım şiddeti ek olarak ayrıca hesaplanmış ve 8,0 bulunmuştur.

Psikososyal Destek

Sığınaklarda sağlanan psikolojik ve sosyal destekler kadınların güçlenme süreçlerinde çok önemli bir rol oynamaktadır. Ancak mevcut sistemde bütün sığınaklarda sosyal ya da psikolojik destekler personel yokluğu ya da güçlendirici olmayan yaklaşımlar nedeniyle sağlıklı biçimde sağlanamamaktadır. Kadınlar sığınaklarda psikososyal destekle buluşabildikleri zaman çoğunlukla olumlu deneyimler bildirmişler, ancak bu desteğin yokluğundan dolayı yaşadıkları sıkıntıları da ifade etmişlerdir. Bu nedenle bu kategori; olumlu deneyimler ve olumsuz deneyimler olarak 2 alt kategoriye ayrılmıştır. Görüşme yapılan kadınlardan 5’i, sığınakta ya da sığınak aracılığıyla yönlendirilerek buluştukları psikolojik ya da sosyal desteğin onların hayatında olumlu bir etkisi olduğunu belirtmiştir. Hatta sığınak deneyimlerinin en olumlu tarafı olarak bu destekleri dile getirmişlerdir. Sığınak Değerlendirme Anketi’nde de bu duruma paralel olarak 10 kadından 6’sı “Sığınakta sunulan sosyal destek hizmetlerinin (psikolojik, danışmanlık, hukuki, eğitim) yeterli olduğunu düşünüyorum” ifadesine katıldıklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan kadınların bu ifadeye katılım durumlarının şiddeti 6,5 olarak hesaplanmıştır. Feminist sığınakta kalan 2 kadının ise bu ifadeye katılım şiddeti ek olarak ayrıca hesaplanmış ve 10,0 bulunmuştur. Ayrıca ek olarak “Sığınağa girdiğim ilk anda personel tarafından olumlu karşılandım” ifadesine 10 kadından 7 kişi katılım göstermiştir. Bu ifadeye katılım şiddeti ise 6,1 olarak hesaplanmıştır. Feminist yaklaşımla yürütülen sığınakta kalan 2 kadının ise bu ifadeye katılım şiddeti ek olarak ayrıca hesaplanmış ve 10,0 bulunmuştur. Görüşme yapılan kadınlardan 2’si ise psikolojik destekle ilgili taleplerinin karşılanmadığını ve kendilerine herhangi bir yönlendirme yapılmadığını dile getirmişlerdir. Buna paralel olarak Sığınak Değerlendirme Anketi’nde; “Sığınakta kalırken sığınak sonrası hayatımı planlamak için yeterince destek alamadım” ifadesine 10 kadından 7’si katılım göstermiştir. Tüm kadınların bu ifadeye katılım şiddeti ise 5,8’dir. Feminist ilkelerle yürütülen sığınakta kalan 2 kadının ise bu ifadeye katılım şiddeti 0 puandır. Ek olarak ankette yer alan “Sığınakta aldığım maddi desteklerin yeterli olduğunu düşünüyorum” ifadesine 4 kişi katılım göstermiş, ifadeye katılım şiddeti ise 4,4 olarak hesaplanmıştır. Kadınlar sığınak sonrası hayatlarını planlamada önemli bir etken olan maddi desteği yeterli bulmamaktadır.

Olumsuz Duygular

Bu ana kategori; suçluluk, kaygı ve korku, hayal kırıklığı, yalnızlık ve çaresizlik olarak 4 alt kategoriye ayrılmıştır. Yapılan görüşmelerde kadınların 5’i sığınak deneyimleri boyunca; sistem, kurallar, sığınak koşulları, işleyişi ya da personelin yaklaşımları nedeniyle suçluluk duygusu hissettiklerini dile getirmişlerdir. Bu bulgulara ek olarak; Sığınak Değerlendirme Anketi’ne katılan 10 kadından 5’i “Sığınak çalışanlarının söyledikleri bazı sözler benim maruz bırakıldığım şiddetle ilgili kendimi suçlamama neden oldu” ifadesine katılım göstermişlerdir. Çalışmaya katılan kadınların bu ifadeye katılım şiddeti 5,2 olarak hesaplanmıştır. Feminist ilkelerle yürütülen sığınakta kalan 2

kadının ise bu ifadeye katılım şiddeti ek olarak ayrıca hesaplanmış ve 0 bulunmuştur. Sığınakta kalan 5 kadın, kalabalık yaşam koşulları ve kaotik ortam, sıkı kurallar ve personelin sert yaklaşımı nedeniyle kaygı ve korku hissettiklerini dile getirmişlerdir. Görüşme yapılan kadınlardan 3’ü sığınakların hayal ettikleri ve düşündükleri gibi bir yer olmadığını, bu nedenle hayal kırıklığına uğradıklarını belirtmişlerdir. Bu bulgulara ek olarak; Sığınak Değerlendirme Anketi’ne katılan 10 kadından 7’si “Sığınağa gittikten sonra karşılaştığım ortam beni hayal kırıklığına uğrattı” ifadesine katılım göstermişlerdir. Feminist yaklaşımla yürütülen sığınakta kalan 2 kadının ise bu ifadeye katılım şiddeti ek olarak ayrıca hesaplanmış ve 0 bulunmuştur. Ayrıca bu kadınlardan biri, sığınaklarla ilgili daha önce çevresinden duyduklarından dolayı korktuğunu, ancak oraya gittiğinde bu korkularının yersiz olduğunu gördüğünü ve tahmin ettiğinden çok daha olumlu bir ortam ile karşılaştığını ifade etmiştir. Sığınak deneyimi yaşamış 2 kadın sığınak yaşantısı boyunca yalnızlık ve çaresizlik hissettiklerini dile getirmişlerdir.

Baskı ve Denetim

Betimsel analiz sonucu belirlenen bir diğer ana kategori ise “baskı ve denetim” kategorisidir. Bu bölüm; fiziksel koşullar, kurallar, personelin tutum ve yaklaşımı olarak 3 alt kategoriye ayrılmıştır. Görüşmeye katılan kadınların büyük bölümü, sığınakların fiziksel koşullarının, kuralların ve bu kuralları uygulayan personelin tutum ve yaklaşımının; güvenliği sağlamak ya da işleyişi düzenlemekten çok kadınları baskı altında ve denetlenmiş hissettirdiğini ve güçlendirici olmaktan çok kısıtlayıcı ve örseleyici olduğunu aktarmışlardır. Buna ek olarak; Sığınak Değerlendirme Anketi’ne katılmış olan 10 kadından 7’si “Sığınakta kalırken denetlenmiş hissediyordum” ifadesine katıldıklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan kadınların bu ifadeye katılım durumlarının şiddeti 7,9 olarak hesaplanmıştır. Feminist ilkelerle yürütülen sığınakta kalan 2 kadının ise bu ifadeye katılım şiddeti ek olarak ayrıca hesaplanmış ve 2,0 bulunmuştur. Görüşme yapılan kadınlardan 4’ü sığınakların fiziksel koşullarının özellikle güvenliği sağlamaya dair düşünülmüş olan yapıların (demir parmaklık, kamera, dikenli tel, film kaplı camlar, vb.) kendilerini suçlu ve baskı altında hissetmelerine neden olduğunu belirtmiştir. Kadınlardan bir çoğu sığınaklar için “cezaevi” benzetmesini kullanmışlardır. Görüşmeler boyunca cezaevi ve hapisane benzetmesi kadınlar tarafından sıkça kullanılmış, İlk Adım Birimleri için de “toplama yeri” ifadesi dikkat çekmiştir. Feminist yaklaşımla yürütülen sığınakta kalmış 2 görüşmecisi; sığınakta parmaklık, demir kapı gibi yapıların olmadığını, güvenliği sağlamak için alternatif yollar bulunduğunu ifade etmiştir. Sığınak Değerlendirme Anketi’ne katılmış olan 10 kadından 7’si “Sığınakın fiziksel koşulları (demir kapı, kilit, parmaklık vb.) nedeniyle kendimi baskı altında hissettim” ifadesine katıldıklarını belirtmişlerdir. Feminist model ile yürütülen bir sığınakta kalmış olan 2 kadın ise, sığınakta bu türlü durumların olmadığını belirtmişlerdir. Bu 2 katılımcı dışarıda tutularak, çalışmaya katılan kadınların bu ifadeye katılım durumlarının şiddeti 8,6 olarak hesaplanmıştır. Sığınakta kalan kadınların tümü kuralların belirli kısımlarından ya da tümünden duydukları rahatsızlığı dile getirmişlerdir. Eşyaların aranması, uyku saatleri, yemek saatleri, giriş çıkış saatleri, izinlerle ilgili sıkı denetim, sigara saatleri, uyku banyo ve çay saatleri, telefonlara ve paralara el konulması, tutanak tutulması, ortak alanların kullanımını ile ilgili kurallar nedeniyle kendilerini son derece baskı ve denetim altında hissettiklerini dile getirmiş ve sığınak için sık sık cezaevi benzetmesi kullanmışlardır. Sığınak Değerlendirme Anketi’ne katılmış olan 10 kadından 7’si

“Sığınaktaki kuralların yerinde ve gerekli olduğunu düşünüyorum” ifadesine katılmadıklarını belirtmişlerdir. Çalışmaya katılan kadınların bu ifadeye katılım durumlarının şiddeti 4,5 olarak hesaplanmıştır. Feminist ilkelerle yürüyen sığınakta kalan kadınlar ise sığınaktaki kuralları tamamen yerinde ve gerekli bulduklarını ifade etmişlerdir. Bu ifadeye benzer olarak yine ankette bulunan “Sığınak kurallarının güvenliği sağlamaktan çok beni denetlemek için olduğunu hissettim” ifadesine çalışmaya katılan 5 kadın katılım göstermiştir. Tüm kadınların bu ifadeye katılım şiddeti ise 5,3 olarak hesaplanmıştır. Feminist yaklaşımla yürüyen sığınakta kalan 2 kadının ise bu ifadeye katılım şiddeti ek olarak ayrıca hesaplanmış ve 0,5 bulunmuştur. Yine bu bulgularla birlikte değerlendirilebilecek olan bir diğer ifade de “Sığınakta eşyalarım aranırken incinmiş hissettim” ifadesidir. Çalışmaya katılan kadınlardan 5’i bu ifadeye katılım gösterirken, Feminist sığınakta kalan 2 kadın sığınağa yerleşirken eşyalarının aranmadığını ifade etmiştir. Kadınların bu ifadeye katılım şiddeti ise 6,1 olarak hesaplanmıştır. Ayrıca yine kurallarla ilgili olarak ankette yer alan “Sığınaktaki bazı kural ve uygulamaların onur kırıcı olduğunu düşünüyorum” ifadesine 10 kadından 7’si katılmıştır, katılım şiddeti ise 5,9 olarak hesaplanmıştır. Feminist sığınakta kalan 2 kadının ise bu ifadeye katılım şiddeti ek olarak ayrıca hesaplanmış ve 0 bulunmuştur. Bu kadınlar, diğer birçok sığınak deneyiminin aksine, kuralların insafli ve yapıcı olduğundan bahsetmiş, birçok sığınakta yapılan eşya arama, telefonlara el konulması, giriş-çıkış ya da yaşam saatleri kısıtlamalarının olmadığı, sığınaktaki tek kuralın “şiddetsizlik ve gizlilik” olduğunu belirtmişlerdir. Görüşmeye katılan kadınlardan 5’i sığınak çalışanlarının tutum ve yaklaşımının kendilerini baskı ve denetim altında hissetmelerine neden olduğunu ifade etmişlerdir. Özellikle güvenlik görevlilerinin söylem ve yaklaşımlarını çok sert bulduklarını ve kendilerini ifade etmekte zorlandıklarını belirtmişlerdir. Kuralların katılığı ve personelin otoriter uygulamalarıyla birleşmesinin kadınların denetlenme hissini arttırdığı düşünülmektedir. Yukarıdakinden farklı olarak feminist sığınak deneyimi olan kadınların personelin olumlu ve hiyerarşik olmayan yaklaşımlarını özellikle dile getirmişlerdir. Bu bulgulara ek olarak; Sığınak Değerlendirme Anketi’ne katılan 10 kadından 8’i “Sığınakta kendimi çalışanlar tarafından kontrol ediliyormuş gibi hissettim” ifadesine katılım göstermişlerdir. Çalışmaya katılan tüm kadınların ifadeye katılım şiddeti ise 7,8 olarak hesaplanmıştır. Feminist sığınakta kalan 2 kadının ise bu ifadeye katılım şiddeti ek olarak ayrıca hesaplanmış ve 0,5 bulunmuştur.

Retravmatizasyon

Betimsel analize göre öne çıkan bir diğer kategori ise retravmatizasyon olarak belirlenmiş; kalabalık ve kaotik yaşam koşulları, hikayenin defalarca anlatılması, personelin yaklaşımı, sığınak kuralları ve işleyişi olarak 4 alt kategoriye ayrılmıştır. Görüşme yapılan kadınlardan 3’ü özellikle İlk Adım Birimleri’nin kalabalık ve kaotik koşullarının kendilerini olumsuz etkilediğini ve ruhsal durumlarını sığınağa başvurdıkları halden daha olumsuz duruma getirdiğini ifade etmiştir. Sığınak başvurusunda bulunan 2 kadın bütün başvuru sürecinden başlamak üzere; karakolda, İlk Kabul Birimi’nde, nakil oldukları sığınakta defalarca şiddet öykülerini detaylıca anlatmak durumunda bırakıldıklarını ifade etmişlerdir. Görüşme yapılan 3 kadın sığınak personelinin sert tutum ve yaklaşımının ve özellikle bazı sözlerinin onlara yaşadıkları şiddet olaylarını anımsattığı ve bundan dolayı olumsuz duygular yaşadıklarını ifade

etmişlerdir. Örneğin sığınak çalışanlarının kadınların giyimine ya da yaşayış biçimine müdahale etmeleri kadınların maruz bırakıldıkları sosyal şiddeti tekrar etmektedir. Ayrıca personelin otoriter tutumu kadınlara şiddet yaşadıkları ilişki içerisindeki eşitsiz güç ilişkilerini anımsattığı ve kadınlarla personelin hiyerarşik bir ilişki kurmasının da bunu beslediği düşünülmektedir. Bunu destekleyici olarak, yapılan Sığınak Değerlendirme Anketi’nde “Sığınakta personel ve kalan kadınlar arasında bir hiyerarşi olduğunu düşünüyorum” ifadesi 10 kadından 7 kadın 6,4 şiddetiyle katılım göstermişlerdir. Feminist sığınakta kalan 2 kadının ise bu ifadeye katılım şiddeti ek olarak ayrıca hesaplanmış ve 0 bulunmuştur. Görüşülen kadınlardan 4’ü sığınaktaki kural ve uygulamaların kendilerine yaşadıkları şiddet olaylarını anımsattığını ve bu durumun psikolojilerini olumsuz etkilediğini ifade etmişlerdir. Özellikle yoğun bir biçimde sosyal ve psikolojik şiddete maruz bırakılan kadınlar, şiddet ortamındaki denetlenme ve kontrol edilme duygusunun bir benzerini sığınakta yaşadıklarını belirtmişlerdir. Kadınlarla yürütülmüş olan Sığınak Değerlendirme Anketi’nde bulunan “Sığınaktaki kural ve uygulamalar bana zaman zaman maruz bırakıldığım şiddet olaylarını anımsattı ve kendimi üzgün ya da öfkeli hissettim” ifadesine 10 kadından 5’i katılım göstermiştir. Katılım şiddeti ise 4,7 olarak hesaplanmıştır. Feminist sığınakta kalan 2 kadının ise bu ifadeye katılım şiddeti ek olarak ayrıca hesaplanmış ve 0 bulunmuştur. Bütün bu anlatılara paralel olarak Sığınak Değerlendirme Anketi’ne katılan 10 kadından 9’u “Sığınaktan ayrıldıktan sonra pişmanlık duydum” ifadesine katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Bu ifadeye tüm kadınların katılma şiddeti 0,8 olarak hesaplanmıştır. Feminist sığınakta kalan 2 kadının ise bu ifadeye katılım şiddeti ek olarak ayrıca hesaplanmış ve 0 bulunmuştur. Buna çok benzer olarak “Sığınaktan ayrıldıktan sonra kendimi çok rahatlamış hissettim” ifadesine 10 kadından 7 kadın 6,7 şiddetiyle katılım göstermişlerdir. Feminist sığınakta kalan 2 kadının ise bu ifadeye katılım şiddeti ek olarak ayrıca hesaplanmış ve 1 bulunmuştur.

Tartışma

Şiddet sonrası güçlenme; kadınların ve çocukların yaşadıkları travmatik deneyimlerle başa çıkmaları, rotasını kendilerinin çiziceği bir hayatın temellerini atmaları ve maruz bırakıldıkları şiddet mekanizmalarını anlayıp şiddete karşı etkin direnme stratejileri geliştirmeleri yönünde verilecek destek ile sağlanabilir²³. Sığınakta kalan kadınlarla yapılan bir araştırmaya göre; kadınların tamamına yakını (%87,5) sığınakları şiddetin olduğu ortamdan kurtuluşu sağladığı ve kendilerine güvenli, huzurlu, şiddet içermeyen, aksine kendisine destek olmaya hazır insanlara ve hizmetlere ulaşabilme olanağı sunduğunu düşündüklerinden ötürü faydalı olduklarını belirtmişlerdir²⁴. Bu çalışma kapsamında da yapılan derinlemesine görüşmelerin ve Sığınak Değerlendirme Anketi’nin ortaya koyduğu önemli bir konu literatürde yapılan çalışmaları da destekler nitelikte olarak sığınakların şiddete maruz bırakılan kadınları güçlenme süreçlerinde ne kadar etkili olduğudur. Yapılan bir çalışmada kadınlara sığınağa girdikleri ilk 3 gün içerisinde ve çıkmak üzereyken ön-test/son-test uygulanmıştır¹². Kadınların %92’si sığınak deneyimlerinin kendileri için yararlı olduğunu belirtmiştir. Kadınların %80’inden fazlası güvenliğinin sağlandığını, sosyal destek hizmetleri ile ilgili bilgi sahibi olduğunu, hayata dair umutlarının ve amaçlarını başarabilecekleri inancının arttığını belirtmiştir. Bu çalışmada da, kadınların anlatılarından ve değerlendirme anketinden de

yola çıkılarak; güvenlik ve güvende hissetme, bağımsızlık hissi ve özgüven, kendi kararlarını alabilme ve dayanışma gibi güçlenme kavramına referans verebilecek temaları ön plana çıkarmıştır. Feminist sığınakta kalan kadınların bu ifadeye katılım oranı ise anlamlı olarak daha yüksektir. Ancak bu ifadelerle birlikte artması beklenebilecek olan “Sığınakta kalmaya başladıktan sonra geleceğe dair umudumun arttığını hissettim” ifadesine 5 kadın katılırken, diğer 5 kadının katılmadığı görülmüştür. Feminist sığınakta kalan kadınların bu ifadeye katılım oranı ise 10,0’dır. Türkiye’de yapılan benzer bir çalışmanın görüşme bulgularında da kadınların gelecekle ilgili kaygı ve korkuları olduğu görülmektedir²⁴. Bu duruma diğer bölümlerde detaylıca yer verilen problemlerin ve yetersiz sosyal desteğin neden olabileceği düşünülmektedir.

Sığınakların, şiddet sonrası güçlenme sürecine ve kadınların hayatları üzerindeki kontrol duygusunu yeniden kazanmalarına önemli ölçüde katkı sağladığı yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur¹⁰. Kadınların kendi hayatları üzerinde kontrolü ele alabilmesi için kendi kararlarını alabilmeleri çok önemlidir. Ancak sığınaklardaki bazı kurallar ya da personelin tutumu kadınların kendi kararlarını alabilmelerini zorlaştırdığını ifade etmiştir. Feminist yaklaşımla yürütülen sığınakta kalan 2 katılımcı orada kendi kararlarını yargılanmadan alabildiklerini ve personelin onlara sadece destek olduğunu belirtmişlerdir.

Sığınakların önemli işlevlerinden biri şiddete maruz bırakılan kadınlara sosyal destek kanalı oluşturması kadar, sığınak çalışanları ve orada kalan diğer kadınlarla dayanışma ilişkisi kurulmasıdır. Sığınak deneyimi yaşamış kadınlardan 5’i kalan diğer kadınlarla dayanışmaya dair olumlu deneyimlerini dile getirmişlerdir. Ancak görüşme yapılan kadınlar aynı zamanda kalabalık yaşam koşulları, sığınaktaki kurallar ve işleyiş ve psikososyal desteğin yetersizliği nedeniyle dayanışma kurmanın zorlaştığı noktaları da ifade etmişlerdir. Sığınakların güncel durumunun, işleyişinin, kurallarının ve hiyerarşik yapılanmasının dayanışma ilişkisi kurulmasını zor hale getirdiği düşünülmektedir. Ek olarak, feminist yaklaşımla yürütülen sığınakta kalmış olan kadınlar sığınaktaki hiyerarşik olmayan ilişkilerin, düzenli yapılan ev toplantılarının ve kadınların bütün karar alma süreçlerine beraber katılmalarının dayanışmayı güçlendirdiğini belirtmiştir.

Sığınaklarda sağlanan bireysel danışmanlık seanslarında kadınlara şiddet deneyimleri üzerine konuşma ve düşünme fırsatları yaratılmakta, kendi hayatlarını ilgilendiren konularda bağımsız karar alma potansiyelleri açığa çıkarılmakta, şiddeti ortaya çıkaran iktidar ve denetim mekanizmaları ve toplumsal cinsiyet eşitsizliği gibi konularda bilgi verilerek kadınların yaşadıklarını anlamlandırmalarına ve cinsiyet rollerini dönüştürmelerine destek olunmaktadır^{11,23}. Türkiye’de yapılan bir araştırmaya katılan kadınların yarısı, sosyal hizmet uzmanının ve psikoloğun kendilerini dinleme, sorunları çözme sürecindeki çabalarını mesleki yardım olarak algılamaktadırlar. Ancak diğer yarısı ise sosyal çalışanların ya da psikoloğun görüşmelerini kendilerini ve kurumu denetlemek ve düzeni sağlama amaçlı olduğunu hissettiklerini belirtmişlerdir²⁴. Yapılan güncel çalışmada; kadınlar, sığınaklarda psikososyal destekle buluşabildikleri zaman olumlu deneyimler bildirmişler, ancak bu desteğin yokluğundan dolayı yaşadıkları sıkıntıları da ifade etmişlerdir. Ayrıca kadınlar tarafından problemli olarak ifade edilen sığınak sonrası hayatları ile ilgili sosyal destek de çok önemli bir noktadır. Bu noktada feminist sığınakta kalan kadınlar sığınakta psikososyal desteklerin kendi güçlenme ve

sığınak sonrası süreçlerinde ne kadar etkili olduğunu dile getirmişlerdir.

Yapılan görüşmelerde ve anket çalışmasında sığınak deneyimi yaşamış kadınların olumlu duyguları yanında olumsuz duygular da hissettikleri görülmüştür. Bu olumsuz duygulardan en öne çıkan kadınların sığınaklarda hissettikleri suçluluk duygusudur. Yapılan görüşmelerde kadınların 5’i sığınak deneyimleri boyunca sistemin, kuralların, sığınanın koşullarının, işleyişin ya da personelin yaklaşımları nedeniyle suçluluk duygusu hissettiklerini dile getirmişlerdir. Yapılan görüşmelerde farklı farklı soruların cevapları içerisinde sık sık “cezaevi” benzetmesi yapılmış, İlk Kabul Birimleri için “toplama yeri” ifadesi kullanılmıştır. Sığınakların fiziksel yapısı (parmaklık, demir kapılar, kameralar), siyah camlı araçlara onlarla iletişim kurulmadan ve konuşulmadan bırakılmaları, yapılan eşya aramaları, sıkı kurallar ve denetim, personelin otoriter tavrı ve zaman zaman suçlayıcı yaklaşımı kadınların “suçluluk” duygusu yaşamalarına büyük ölçüde neden olmaktadır. Türkiye’de yapılmış bir çalışmada da benzer şekilde, sığınaktan memnun olmadığını ifade eden kadınların %25’i sığınanın anlamını “kapalı cezaevi” olarak tanımlamaktadır¹⁸. Bir diğer olumsuz duygu olarak; sığınakta kalan 5 kadın, kalabalık yaşam koşulları ve kaotik ortam, sıkı kurallar ve personelin sert yaklaşımı nedeniyle kaygı ve korku hissettiklerini dile getirmişlerdir. Bu durumun kadınların iyileşme ve güçlenme süreçlerini zorlaştırdığı hatta zaman zaman şiddet yaşadıkları ilişkilerine geri dönmelerine neden olduğu düşünülmektedir. Feminist yaklaşımla işleyen sığınakta kalan kadınlar ise bu ifadelerin tamamen zıttı olarak; sığınak koşullarının ya da personelin onları suçlu hissettirdiği bir durumu yaşamadıklarını ifade etmişlerdir.

Birçok çalışmanın da doğruladığı gibi; kuralları gerçekçi olmayan, cezalandırıcı ve sıkı olan sığınaklarda kalan kadınlar sığınak deneyimlerine dair daha az memnuniyet ve daha çok problem dile getirmektedir⁷. Kurallar her ne kadar güvenliği sağlamak ve sakin bir yaşam ortamı yaratmak da olsa, bu kurallar aynı zamanda güçlendirici uygulama prensiplerine zarar verebilmektedir, güçlendirici felsefe ve yaklaşım ile çelişmektedir¹⁵. Başka bir çalışmaya göre; kadınların kurallardan en çok giriş-çıkış saati kısıtlamaları, sokağa çıkma yasağı, çocukların disiplini ve gözetilmesi ve sığınanın gündelik işleri ile ilgili kurallara uymakta zorlandıkları belirtilmiştir. Bazı kadınlar bu uygulamaların kendilerini şiddet ilişkisinde yaşadıkları baskıyı, bunalmışlık halini ve endişeyi yeniden hissettirdiğini belirtmiştir¹². Yine sığınak kurallarının ve çalışanların yaklaşımlarının kadınlar üzerindeki etkisini araştıran uluslararası bir çalışmaya göre sıkı kurallar ve sert yaklaşımlar kadınların kendi seçimlerini yapabileme, kendi kararlarını alabilme ve sosyal destek kanallarına erişimlerini engellemekte ve kendi hayatları üzerindeki güç ve kontrol duygularını sınırlandırmaktadır⁷. Bu çalışmada da paralel şekilde; sığınakta kalmış olan kadınların tümü kuralların belirli kısımlarından ya da tümünden duydukları rahatsızlığı dile getirmişlerdir. Özellikle eşyaların aranması, uyku saatleri, yemek saatleri, giriş çıkış saatleri, izinlerle ilgili sıkı denetim, sigara saatleri, uyku banyo ve çay saatleri, telefonlara ve paralara el konulması, tutanak tutulması, ortak alanların kullanımı ile ilgili kurallar nedeniyle kendilerini son derece baskı ve denetim altında hissettiklerini dile getirmiş ve sığınak için sık sık cezaevi benzetmesi kullanmışlardır. Kuralların katılımı ve personelin otoriter uygulamalarıyla birleşmesinin kadınların denetlenme hissini arttırdığı düşünülmektedir. Var olan feminist sığınak modelinde ise; kuralların yalnızca “gizlilik ve şiddetsizlik” olarak belirlenmesi, sığınanın güvenliğinin kadınlarla yapılan

gizlilik anlaşmaları ile sağlanması, kuralların hep birlikte yapılan ev toplantıları ile belirlenmesi, eşya aranması ya da yukarıda belirtilen diğer kısıtlayıcı kuralların olmamasının kadınların sığınak deneyimlerini olumlu etkilemektedir. Bütün bunlar birlikte değerlendirildiğinde sığınak kurallarının ve personellerin yaklaşımının kadınların sığınak deneyimlerini ve ruh sağlıklarını önemli ölçüde belirlediği düşünülmektedir. Görüşmeye katılan kadınların her biri kaldıkları sığınakların fiziksel koşullarının, kuralların ve bu kuralları uygulayan personelin tutum ve yaklaşımının; güvenliği sağlamak ya da işleyişi düzenlemekten çok kendilerini baskı altında ve denetlenmiş hissettirdiğini ve güçlendirici olmaktan çok kısıtlayıcı ve örseleyici olduğunu aktarmışlardır. Çalışmaya feminist ilkelerle yürütülen bir sığınakta kalmış olan 2 kadın ise sığınakta bu türlü durumların olmadığını belirtmişlerdir.

Literatürde retravmatizasyon; (yeniden travmatize olma) kişinin önceki yaşadığı travmatik olay nedeniyle geliştirdiği ruhsal travma semptomlarının yeniden yaşantılanması durumlarında kullanılmaktadır^{9,17}. Travmatik olay yaşandıktan sonra kişilerin bu olayla ilgili sorumlu tutulmaları, suçlanmaları da bu riski artırmaktadır. Ayrıca travmatik olay sonrasında kişinin sosyal destek ortamı da bu anlamda belirleyici olacaktır. Bu nedenle travmadan hayatta kalanlara destek olan kişilerin ruhsal travma tepkileri ve travmaya bağlı zorluklar ile ilgili farkındalığının olması kişinin güçlenmesi ve iyileşebilmesi için insan haklarına uygun bir sistem yaratacağı düşünülmektedir¹⁷. Sığınakta kalanlar ve çalışanlar arasında, çalışanlar arasında ve kadınlar arasında hiyerarşi yaratılması ve bunun pekiştirilmesi halinde, sığınakların kadınlar için yeni bir şiddet ortamına dönüşmesi riski bulunmaktadır²¹. Bu çalışmada yapılan görüşme ve anketlerde çıkan sonuçlarla birlikte değerlendirildiğinde; sığınaklarda kalabalık ve kaotik yaşam koşullarının, kadınlara şiddet öykülerinin sığınak başvuru sürecinden başlamak üzere defalarca detaylı şekilde anlatılmasının, personelin suçlayıcı, yargılayıcı ya da otoriter yaklaşımının, bazı sığınak kuralları ve işleyişinin kadınlara yaşadıkları şiddet olaylarını anımsattığı, onları suçlu ve çaresiz hissettirdiği, ruhsal travmaya bağlı semptomlarını yeniden yaşantılamalarına neden olduğu görülmüştür. Ayrıca personelin otoriter tutumu kadınlara şiddet yaşadıkları ilişki içerisindeki eşitsiz güç ilişkilerini anımsattığı ve kadınlarla personelin hiyerarşik bir ilişki kurmasının da bunu beslediği düşünülmektedir. Özellikle yoğun bir biçimde sosyal ve psikolojik şiddete maruz bırakılan kadınlar şiddet ortamındaki denetlenme ve kontrol edilme duygusunun bir benzerini sığınakta yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bütün bu veriler kadınların sığınakta çeşitli nedenlerle retravmatizasyon yaşama risklerinin yüksek olduğu göstermektedir. Feminist ilkelerle yürütülen sığınakta kalan kadınların ifadeleri ve anlatılarına göre; yukarıda belirtilen problemlerin olmadığını ifade eden kadınların sığınak deneyiminin yol açabileceği retravmatizasyon riskinin daha az olduğu düşünülmektedir.

Sonuç olarak; sığınaklar, hem dünyada hem de Türkiye’de feminist hareketin bir sonucu ve kazanımıdır. Yürütülen çalışmalarda, sığınakların kadınların şiddet sonrası güçlenme sürecinde ne kadar etkili olduğu görülmektedir. Ancak literatürde belirtilen ve bu çalışmayla da doğrulanan problem alanları, kadınların sığınaklarda yaşadıkları deneyimi olumsuz hale getirmekte, sığınakları da bir denetim ve baskı aracına dönüştürmektedir. Bunun aksine feminist ilkelerle yürütülen sığınak modelinde kalan kadınların anlatılarına göre, bu sığınaklardaki kural ve işleyişin çok daha özgürleştirici ve aynı zamanda destekleyici olduğu çalışmanın her boyutunda

anamlı oranda ortaya konmuştur. Ayrıca şiddet döngüsünün kırılması ancak böyle bütüncül ve güçlendirici bir dayanışma ve destek zemininde düşünülebilmektedir. Bu nedenle sığınak çalışmasının şiddetten hayatta kalan kadınların ruh sağlığına olumlu etkileri olabilmesi için feminist perspektifle ve ilkelerle, toplumsal cinsiyet eşitliği destekleyen kişiler tarafından kadın dayanışması zemininde yürütülmesi gerekmektedir. Güncel olarak işleyişte ola bütün sığınakların statülerine bakılmaksızın feminist prensiplerle yürütülmesi bu anlamda çok önemlidir. Sığınakların dönüşümünü destekleyici olarak feminist sığınak modelinin yaygınlaştırılması açısından kurum için eğitimler ve savunuculuk çalışmaları yürütülmeli, var olan sığınakların da şiddetten hayatta kalan kadınların ruhsal ve sosyal güçlenme ve şiddetten uzaklaşarak özgürleşme sürecine katkı sağlayabilecek yapıya kavuşmaları sağlanmalıdır. Ayrıca sığınakların feminist ilkelerle yürütülmesine karşın, destek sistemlerinin diğer araç ve organları bu ilkelerden ve yaklaşımdan uzak olduğunda hayatta kalanlar için olumlu sonuçları kısıtlı kalacaktır. Bu nedenle sığınaklara çalışmasına destek olan tüm mekanizmaların, kurumların, hukuki araçların ve sosyal politikaların da bu bağlamda dönüştürülmesi gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Altınay A, Arat Y. Türkiye’de kadına yönelik şiddet (1. baskı). Punto Baskı, İstanbul, 2007.
2. Avrupa Konseyi. Kadınlara yönelik şiddet ve ev içi şiddetin önlenmesi ve bunlarla mücadele hakkındaki Avrupa Konseyi sözleşmesi (kısa adıyla İstanbul Sözleşmesi) İstanbul, 2011.
3. Dobash RE, Dobash RP. Women, violence, and social change (1. baskı). Routledge: London and New York, 1992.
4. Edwards A. Male violence in feminist theory: An analysis of the changing conceptions of sex/gender violence and male dominance. Hanmer J, Maynard M (Ed). Women, violence and social control. Humanities Press International: New Jersey, 1990:13-29.
5. Ellsberg M, Heise L. Researching violence against women: A practical guide for researchers and activists. World Health Organization PATH: Washington, 2005.
6. FRA (European Union Agency for Fundamental Rights). Violence against women: An EU-wide survey. Publications Office of the European Union: Belgium, 2014.
7. Gregory K, Nnawulezi N, Sullivan CM. Understanding how domestic violence shelter rules may influence survivor empowerment. *J Interpers Violence*. 2017; 1-22. doi: 10.1177/0886260517730561.
8. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet araştırması. Ankara, 2014.
9. Hooper CA, Warwick I. Gender and the politics of service provision for adults with a history of childhood sexual abuse. *Critical Social Policy*. 2006; 26:467-479.
10. Itzhaky H, Porat AB. Battered women in shelters: Internal resources, well-being and integration. *Affilia*. 2005; 20:39-51.
11. Karataş S, Şener Ü, Otaran N (Ed). Kadın Sığınmaevleri Kılavuzu, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü: Ankara, 2008.
12. Lyon E, Lane S, Menard A. Meeting Survivors’ Needs: A multi-state study of domestic violence shelter experiences. Washington, 2008.
13. Mooney J. Gender, Violence, and the Social Order (1.baskı). Macmillan Press: Hampshire; St. Martin’s Press: New York, 2000. doi: 10.1057/9780230597396.
14. Mor Çatı Kadın Sığınmağı Vakfı. 2017 İlk 6 Aylık Faaliyet Raporu. İstanbul, 2017.
15. Nichols AJ. Gendered organizations: Challenges for domestic violence victim advocates and feminist advocacy. *Feminist Criminology*. 2011; 6:111-131.
16. Orava TA, McLeod P, Sharpe D. Perception of control, depressive symptomatology and self-esteem of women in transition from abusive relationships. *J Fam Violence*. 1996; 9:285-296.
17. Rosenberg SD, Mueser KT, Friedman MJ, et al. Developing effective treatments for posttraumatic disorders among people with severe mental illness. *Psychiatr Serv*. 2001; 52:1453-1461.
18. Sallan-Gül S. Türkiye’de Kadın Sığınmaevleri: Erkek Şiddetinden Uzak Yaşama Açılan Kapılar Mı? (2.baskı). Bağlam Yayıncılık: İstanbul, 2013.
19. T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet. Ankara, 2009.
20. Tortamış B. Sığınma Evinde Kalan Kadınlarda Şiddet Öyküsü Açısından Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Benlik Saygısı ve Beden Algısının Değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, 2009.
21. Tosun Z, Öztürk AB (Ed) Kadın Sığınmaevi Modelleri Türkiye ve Çeşitli Ülke Uygulamaları. İçişleri Bakanlığı Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü, Ankara, 2010.
22. Violence Against Women Europe (WAVE). 2017 Factsheet. Austria, 2017.
23. Violence Against Women Europe (WAVE). Şiddetten Uzakta. Austrian Development Cooperation. Viyana, 2004. Çev. Zeynep Korkman, Mor Çatı Yayınları, Önsöz Matbaacılık Yayıncılık, İstanbul, 2007.
24. Yıldırım A. Sıradan Şiddet (1.baskı). Boyut Yayıncılık: İstanbul, 1998.

ÖZGÜN ARAŞTIRMA

“YARININ KADINLARI” SURIYELİ KADINLARLA ÖZGÜN BİR KENDİNE YARDIM GRUP ÇALIŞMASI

“THE WOMEN OF FUTURE” AN AUTHENTIC SELF-HELP GROUP STUDY WITH SYRIAN WOMEN

1* Özge Çelebi, 2 Aslıhan Polat

ÖZ

Amaç: 2011 yılında başlayan Suriye iç savaşı nedeniyle milyonlarca insan Türkiye'ye göç etmek zorunda kalmıştır. Savaş ve göç, göçmenler için birçok psikososyal ihtiyacı beraberinde getirmiştir. Suriyeli göçmen kadınlar, psikososyal destek sağlayan bir sivil toplum örgütünün desteğiyle kendine yardım grubunu, Yarın Kadınları Komitesi'ni kurmuştur. Bu çalışmada Yarın Kadınları Komitesi toplantılarına katılanların grup müdahalesinden önceki ve sonraki depresyon düzeyleri ve toplumsal cinsiyet rolleri farkındalığı karşılaştırılacaktır. Kültüre ve toplumsal cinsiyete duyarlı olan bu özgün uygulamanın travmaya maruz kalmış kişilere, kadın ve göçmen gruplarına hazırlanacak toplum temelli psikososyal destek müdahaleleri için bir model oluşturması hedeflenmektedir.

Yöntem: Araştırmada nitel ve nicel verilerin birlikte incelendiği eş zamanlı üçgenleme tasarımıyla karma araştırma yöntemi kullanılmıştır. Yarın Kadınları Komitesi toplantılarına katılan kadınlara anketler uygulanarak yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Nitel verilere betimsel analiz yapılmış, nicel veriler ise SPSS paket programında çözümlenmiştir.

Bulgular: Araştırmaya katılan 30 Suriyeli kadının yaş ortalaması 40,1'dir. Beck Depresyon Envanteri'ne göre kadınların, gruba katılmadan önce %73'ünün, gruba katıldıktan sonra ise %13,3'ünün orta ve ağır düzeyde depresyon düzeylerine sahip olduğu görülmüştür. Katılımcıların toplumsal cinsiyet rolleri farkındalığı puanlarında gruba dahil olduktan sonra anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Kadınlarla yapılan görüşmelerde ise komite toplantılarının yarattığı etkiler hakkında “değişim” ve “güçlenme” gibi olumlu temalar ortaya çıkmıştır.

Sonuç: Yarın Kadınları Komitesi toplantılarına katılan kadınların ruhsal iyilik hallerinde ve cinsiyet rolleri farkındalığında olumlu değişiklikler olmuştur. Bu psikososyal destek müdahalesi başka kadın ve mülteci grupları için bir model oluşturabilir.

Anahtar sözcükler: Göç, Suriyeli kadınlar, kendine yardım grubu, psikososyal destek, toplumsal cinsiyet

Objective: Due to the civil war in Syria that broke out in 2011, millions of people have been forced to emigrate to Turkey. War and migration have brought many psychosocial needs for immigrants with themselves. Syrian immigrant women have formed a self-help group, the Women's Committee of Future, with the support of a non-governmental organization that provides psychosocial support. In this study, women attending meetings of the Women's Committee of Future will compare the level of depression and gender roles awareness before and after group intervention. This authentic application which is sensitive to culture and gender is aimed at composing a model for traumatized people and community-based psychosocial support interventions to be confected to women and immigrant groups.

Methods: In the study, mixed research method has been used with Concurrent Triangulation Design in which qualitative and quantitative data were examined together. The face-to-face meetings have been held with the women participating into the meeting by the Women's Committee of Future by conducting polls. Qualitative data were analyzed by descriptive analysis while quantitative data were analyzed by SPSS package program.

Results: The average age of 30 Syrian women participating into the research is 40.1. According to Beck Depression Inventory, 73% of the women had moderate and severe depression before joining the group. After joining the group, it was observed that 13.3% of the women had moderate and severe depression. It has been determined a significant difference in the scores of the participants' gender roles after getting involved in the group ($p<0.05$). During the interviews held with the women, the favourable themes related to the effects stemming from the committee meetings such as “change” and “empowerment”.

Conclusion: The women participating into the meetings held by the Women's Committee of Future have had positive changes in their mental well-being and their awareness of gender roles. This psychosocial support intervention may be a model for the other groups of women and migrants.

Keywords: Migration, Syrian women, self-help group, psychosocial support, gender

Giriş

2011 yılında Suriye’de başlayan iç savaşın ardından giderek artan şiddet olayları ve kaos nedeniyle milyonlarca insan başka ülkelere kaçmak zorunda kalmıştır. Özellikle Suriye’nin komşusu olan ülkelerde göçmen nüfusunun yoğunlaştığı görülmektedir. Bunlardan biri olan Türkiye ise dünyanın en büyük mülteci nüfusuna ev sahipliği yapıyor¹. 10 Mayıs 2018 tarihinde güncellenen istatistiklere göre kayıtlı 3.586.679 Suriyeli Türkiye’de geçici koruma altındadır ve bu nüfusun %45,7’si kadınlardan oluşmaktadır².

Kadınlar, savaşta yaşadıkları travmatik olayların yanı sıra göç sırasında ve sonrasında toplumsal cinsiyet rollerine bağlı olarak şiddet, eğitimin aksaması, erken yaşta evlilik ve gebelik gibi çeşitli risklerle karşı karşıya kalmaktadır³. Ayrıca çok eşlilik, istismar, ayrımcılık, zorla evlendirilme, fuhuşa zorlanma, taciz, tecavüz, haklara erişimlerinin engellenmesi, emek sömürüsü, boşanmış veya yalnız kadınların dam-

galanması kadınlar için sayılabilecek diğer risklerdir⁴. Göçmen kadınları, hem göçmenlik hem de kadın kimlikleri dezavantajlı kılmaktadır. Bu noktadan hareketle kadınların sahip olduğu dezavantajlı statü onların sadece “Savaş kurbanları” olarak algılanmasına neden olmaktadır. Buna karşın göçmen kadınların, zorlu koşullarına rağmen hayatta kalmış ve barışın inşasında aktif rol alacak bir grup olduğu gözardı edilmemelidir^{5,6}.

Kadına yönelik şiddet; göç öncesi, sırası ve sonrasında farklı tezahürlerle kadınların ruh sağlığı sorunlarını arttırabilir. Bu nedenlerle özellikle mülteci ve sığınmacı kadınlara yönelik göç sırası ve sonrasındaki dönemde cinsiyete duyarlı afet ve travma yaklaşımları ile psikososyal müdahaleler planlanmalıdır⁷. Türkiye’de en kalabalık Suriyeli nüfusuna sahip dördüncü kent Gaziantep’te çalışmalarını yürüten Sığınmacılar ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği (SGDD-ASAM), 2015 yılında

ABSTRACT

¹Kocaeli Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Ruhsal Travma
Yüksek Lisans Programı,
Kocaeli, Türkiye
²Kocaeli Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı,
Kocaeli, Türkiye

Geliş Tarihi
08.06.2018

Kabul Tarihi
20.07.2018

Sorumlu Yazar
Özge Çelebi

Kocaeli Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Enstitüsü,
Ruhsal Travma
Yüksek Lisans Programı,
Kocaeli, Türkiye

E-posta
ozge.celebi39@gmail.com

Çok Yönlü Destek Merkezi projesi kapsamında Suriyeli göçmen kadınlara psikososyal destek sağlamak amacıyla "Çay Saatleri" oturumlarını düzenlemiştir. Kültüre ve toplumsal cinsiyete duyarlı geliştirilen bu grup müdahalesi daha sonra "Yarının Kadınları Komitesi" adıyla bir kendine yardım grubuna dönüşmüştür. Şimdilerde kadın hakları, mülteci hakları konusunda savunuculuk yapan, cinsiyet eşitliği farkındalığı yaratmaya çalışan bu topluluk aynı zamanda savaştan kurtulan, ayrımcılığa uğrayan ve şiddete maruz kalan diğer göçmen kadınlara akran desteği sunmaktadır⁸. Bu çalışmada Yarının Kadınları Komitesi toplantılarının; katılımcıların depresyon düzeylerine ve toplumsal cinsiyet rolleri farkındalığında yarattığı etki ele alınacaktır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırmada nitel, nicel verilerin toplanarak analiz edildiği karma yöntem ve Creswell'in karma yöntem araştırma tipolojisine göre eş zamanlı üçgenleme tasarımı kullanılmıştır⁹. Bu çalışmada nicel ve nitel veriler aynı zamanda toplanıp analiz edilir. Öncelik her iki veri türü için eşittir. Veri analizi genellikle ayrı ayrı yapılır ve verilerin yorumlanması esnasında birleştirme gerçekleşir. İki bin on yedi yılında çeşitli tarihlerde gruba katılanlara ön test uygulanmıştır, 12-31 Mart 2018 tarihlerinde ise son test ve katılımcılarla yüz yüze görüşmeler yapılarak nicel ve nitel veriler birlikte yorumlanmıştır.

Araştırma Evreni ve Örneklemi

Araştırma evreni Yarının Kadınları Komitesi toplantılarına katılmış yaklaşık 350 Suriyeli kadından oluşmaktadır. Araştırmada toplantılara en az 15 kez katılmış 18 yaş üstü, okuma yazma bilen 30 kadına ön test ve son test uygulanmıştır. Ön test, kadınlara katıldıkları ilk toplantı öncesi uygulanmıştır. Son testte elde edilen veriler ise 13-31 Mart 2018 tarihleri arasında toplanmıştır. Yüz yüze görüşmeler, anket çalışmasına katılmış 30 kişi arasından ve 12-16 Mart 2018 tarihlerinde görüşmeyi kabul eden rastgele seçilmiş 6 kadınla yapılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan araçlar arasında, Sosyodemografik Form, Beck Depresyon Envanteri, Toplumsal Cinsiyet Roller Farkındalık Testi ve yüz yüze görüşmelerde araştırmacının katılımcılara yönelttiği sorular bulunmaktadır. Veri toplama işlemleri sırasında tercüman kullanılmıştır. Sosyodemografik Form araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Dokuz soruyu içeren formda; katılımcıların yaşı, medeni durumu, evlenme yaşı, çocuk sayısı, hanedeki aile ve kişi sayısı, eğitim durumu, Suriye'deki ve Türkiye'deki çalışma durumu, Suriye'deki yerleşim birimi ve Türkiye'de bulunma süreleri hakkında sorular bulunmaktadır.

Araştırmada Beck Depresyon Envanteri'nin Arapça'ya çevrilmiş formu kullanılmıştır. Ölçeğin Arapça çevrilmiş halinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması 2012 yılında Laila F. Farhood ve Hanni Dimassi tarafından Lübnan'da yaşayan kişiler üzerinde yapılmıştır. Ölçeğin Arapça versiyonunda orijinal formunda olduğu gibi 21 soru yer almaktadır ve her maddenin puanı 0 ile 3 arasında değişen likert tipi olarak hazırlanmıştır. Sorulara verilen toplam puanlar Beck ve diğ.'nin 1996 yılında kategorize ettiği depresyon düzeylerine göre sınıflandırılmaktadır¹⁰.

Araştırmacının oluşturduğu Toplumsal Cinsiyet Roller Farkındalık Testi'nde 18 soru bulunmaktadır. Sorular

oluşturulmadan uzun bir süre Suriyeli kadınların kültürel özellikleri ve toplumsal cinsiyet rollerine yaptıkları atıflar incelenmiştir. Yarının Kadınları Komitesi toplantılarına katılan kadınlardaki toplumsal cinsiyet rolleri farkındalığını ölçmek amacıyla bu test tasarlanmıştır. Testteki her madde 0 ile 2 arasında değişen likert tipi puanlama sistemine sahiptir. Testin sonunda alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan ise 36'dır. Puanlar, 0'a yaklaştıkça toplumsal cinsiyet rolleri farkındalığı artmakta 36'ya yükseldikçe farkındalık azalmaktadır.

Yarının Kadınları Komitesi toplantılarının katılımcılar üzerinde yarattığı psikososyal değişimleri incelemek amacıyla yüz yüze görüşmeler için 7 soru hazırlanmış ve görüşmelerde katılımcılara yönetilmiştir. Görüşmelerin başında araştırmacı ve tercüman tanıtılmış ardından katılımcının kendisini tanıtmaya izin verilmiştir.

Etik Boyut

Araştırma, Kocaeli Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun onayını almıştır. Onayın tarihi ve numarası: 21.02.2018, KÜ GOKAEK 2018/3.12'dir. Ayrıca araştırmanın yürütülebilmesi için ilgili kurumlarda yazılı, katılımcılardan ise yazılı ve sözel onamlar alınmıştır.

Verilerin Çözümlemesi

Araştırmadan elde edilen nicel veriler, kodlandıktan sonra SPSS programının 23.0 versiyonuna aktarılmış ve aynı veri tabanında çalışılmıştır. Sayısal nitelikteki verilerin karşılaştırılmasında örneklem normal dağılım göstermediği ve tanımlayıcı özelliklerin grup üye sayısını karşılamadığı için non-parametrik test teknikleri uygulanmıştır. İstatistik analiz sırasında Wilcoxon İşaretli sıralar testi kullanılmıştır. Aynı zamanda gruplar arası farkların incelenmesine dayalı araştırma sorularının cevaplanması için Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H testleri uygulanmıştır.

Yüz yüze görüşmelerden elde edilen nitel veriler kelimesi kelimesine Microsoft Word programına aktarılmıştır. Verilere betimsel analiz yapılmış ve yorumlanmıştır. Betimsel analiz, elde edilmiş verilerin önceden belirlenmiş temalara göre özetlenmesi ve yorumlanmasına dayanan nitel bir veri analizi türüdür. Bu analiz çeşidinde araştırmacı görüştüğü ya da gözlemiş olduğu katılımcıların görüşlerini çarpıcı bir biçimde gösterebilmek amacıyla doğrudan alıntılara sık sık yer verebilmektedir. Bu analiz türünde temel amaç elde edilmiş olan bulguların özetlenmiş ve yorumlanmış bir biçimde sunulmasıdır¹¹.

Bulgular

Nicel Bulgular

Elde edilen sosyodemografik bulgulara göre araştırmaya katılan Suriyeli kadınların yaş ortalaması 40,1±12,03'tür. Katılımcıların çoğu evlidir (%70,0). Kadınların eğitim düzeyleri incelendiğinde %60'nın ilköğretim ve ortaokul, %40'nın lise ve üniversite/yüksek okul mezunu olduğu görülmüştür. Katılımcıların yarısından fazlasının Suriye'de (%53,3) ve Türkiye'de (%56,6) ev kadını olduğu saptanmıştır. Araştırmada yer alan kadınların Suriye'deyken %43,3'ünün il merkezlerinde, %43,3'ünün ilçelerde yaşadıkları ve büyük bir kısmının (%76,6) Türkiye'de dört ve dört yıldan fazla ikamet ettiği bulgulanmıştır.

Evli, dul ve boşanmış kadınların evlenme yaşlarının aralığı 13-28 iken evlenme yaş ortalamalarının 19,2±3,8 olduğu bulgulanmıştır. Katılımcıların çocuk sayılarının ortalaması 3,3±2,1'dir. Çocuk sayıları 0 ile 7 arasında değişmektedir. Evli, dul ve boşanmış kadınların %36'sı 18 yaşın altında %64'ü

ise 18 yaşında veya üstünde evlenmiştir.

Beck Depresyon Envanteri'ne İlişkin Bulgular

Araştırmaya katılan katılımcıların Beck Depresyon Envanteri'ne göre ön teste %33,3'ü ağır depresyon, son teste %3,3'ü ağır depresyon düzeyinde olduğu saptanmıştır. BDE'den alınan puanlara göre ön testte katılımcıların %10'unun depresyonu olmadığı son testte ise katılımcıların %70'inin depresyonun olmadığı bulgulanmıştır. Orta şiddette depresyon düzeyinde olanların ön testte %40 oranında olduğu bulgulanmışken son teste %10 olduğu görülmüştür. Ön ve son testte hafif depresyon düzeyinde olanlar %16,6'dır.

Çizelge 1'de görüldüğü üzere Wilcoxon eşlenik çift anlamlılık değeri 0,05'den küçüktür. Bu durumda katılımcıların ön test ve son test depresyon puanları arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak manidar bir farkın olduğu söylenebilir ($p<0,05$). Sıra ortalamaları karşılaştırıldığında katılımcıların ön test (S.O=15,5) depresyon skorlarının son test (S.O=8,25) depresyon skorlarından daha yüksek sıra ortalamalarına sahip olduğu görülür. Daha açık bir ifadeyle katılımcıların ön test ve son test arasındaki depresyon puanlarında düşüş olmuştur. Diğer yandan ön test ($X=25,867$) ve son testte ($X=8,267$) katılımcıların depresyon skoru ortalamaları da söz konusu bulguyu desteklemiştir (Çizelge 1).

Kadınların tüm sosyodemografik özellikleri, Beck Depresyon Envanteri'nin ön test ve son test skorları bakımından farkları Mann Whitney U Testi ile sınanmış %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak tümünde manidar bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 1. Beck Depresyon Envanteri (BDE) için ön test son test arası farklılıkları sınavan Wilcoxon eşlenik çift testi istatistikleri

	n	Ortalama	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Z	p
BDE Ön Test	30	25,867	15,5	418,5	-	0,000*
BDE Son Test	30	8,267	8,25	16,5	4350	

Toplumsal Cinsiyet Farkındalığı Testi'ne İlişkin Bulgular

Çizelge 2'de görüldüğü üzere TCRF'nin ön test ile TCRF'nin son testi arasındaki farkları sınavan Wilcoxon eşlenik çift testi anlamlılık değeri $p<0,05$ 'tir. Bu durumda TCRF ön test ile TCRF son test arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak manidar bir farkın olduğu söylenebilir ($p<0,05$). Sıra ortalamaları incelendiğinde TCRF son test (SO=15,83) değişkenin TCRF ön test (SO=3,75) değişkeninden daha yüksek sıra ortalamasına sahip olduğu görülür. TCRF son test aşamasında katılımcıların toplumsal cinsiyet rolleri farkındalığı skoru ön test aşamasından daha yüksek toplumsal cinsiyet rolleri farkındalığı düzeyinde olduğu saptanmıştır. TCRFT'ye göre katılımcıların toplumsal cinsiyet rolleri farkındalığının son testte arttığı görülmüştür.

Çizelge 2. Toplumsal Cinsiyet Farkındalığı Testi (TCRFT) için ön test son test arası farklılıkları sınavan Wilcoxon eşlenik çift testi istatistikleri

	n	Ortalama	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Z	p
TCRFT Ön Test	30	14,833	15,83	427,5	-	0,000*
TCRFT Son Test	30	4,533	3,75	7,5	4543	

Çizelge 3 incelendiğinde evli ve diğer kadınlar arasında Toplumsal Cinsiyet Roller Farkındalığı ön test skorları bakımından %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak manidar bir farkın olduğu görülür ($p<0,05$). Sıra ortalamaları incelendiğinde evli kadınların ön test aşamasında daha yüksek TCRFT skoruna sahip olduğu söylenebilir. TCRFT'nin puanlama özelliğine göre TCRFT'nin ön testinden yüksek puan almış evli kadınların diğer kadınlara göre cinsiyet rolleri farkındalığı düşüktür. Diğer yandan TCRF son test aşamasında evli ve diğer kadınlar arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak manidar bir fark saptanmamıştır. Katılımcıların medeni durum dışından tüm sosyodemografik özellikleri, TCRF için ön test ve son test skorları bakımından farkları Mann Whitney U Testi ile sınanmış %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak tümünde anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Çizelge 3. Evli ve diğer kadınlar arasında Toplumsal Cinsiyet Roller Farkındalığı Testi (TCRFT) için ön test ve son test skorları bakımından farkları

	Medeni Durum	n	Ortalama	Sıra Ortalaması	Sıralar Toplamı	Z	p
TCRFT Ön Test	Evli	21	133,810	13,38	281,00	-	
	Bekar/Boşanmış/Dul	9	182,222	20,44	184,00	2,022	0,043*
	Toplam	30	148,333				
TCRFT Son Test	Evli	21	47,619	16,12	338,50	-	
	Bekar/Boşanmış/Dul	9	40,000	14,06	126,50	0,596	0,551
	Toplam	30	45,333				

Beck Depresyon Envanteri ve Toplumsal Cinsiyet Roller Farkındalık Testi'nin İlişkisi

Çizelge 4 incelendiğinde Beck Depresyon Envanteri ön test ile Toplumsal Cinsiyet Roller Farkındalık Testi ön test arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon ilişkisinin olmadığı görülür. Diğer yandan BDE son test ile TCRFT son testi arasında %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir korelasyon ilişkisinin olduğu görülmüştür ($r=0,426$, $p<0,05$). Bu durumda son test aşamasında kadınlarda depresyon skoru arttıkça cinsiyet farkındalığı skoru da artmaktadır. TCRFT'nin ters puanlı yapısı düşünüldüğünde bu durum şu şekilde yorumlanabilir; son test aşamasında kadınların depresyon düzeyi arttıkça top-

lumsal cinsiyet rolleri farkındalıkları azalmaktadır veya tersi bir durum olarak son test aşamasında depresyon düzeyi azaldıkça kadınlarda toplumsal cinsiyet rolleri farkındalığı artmaktadır. İncelenen diğer korelasyon ilişkileri %95 güven düzeyinde istatistiksel olarak manidar değildir. Bireylerin ön test depresyon düzeyleri ile son test depresyon düzeyleri ilişkisizdir. Bireylerin ön test toplumsal cinsiyet farkındalığı ile son test toplumsal cinsiyet farkındalığı ilişkisizdir. Ön test aşamasında kadınların toplumsal cinsiyet farkındalığı ile depresyon düzeyleri de ilişkisizdir (Çizelge 4).

Çizelge 4. Beck Depresyon Envanteri ön test-son test ve Toplumsal Cinsiyet Rollerini Farkındalığı ön test-son test korelasyonu

		BDE Ön Test	BDE Son Test	TCRFT Ön Test	TCRFT Son Test
BDE Ön Test	r	1	0,053	0,351	-0,362*
	p		0,782	0,057	0,049
	n		30	30	30
BDE Son Test	r		1	0,105	0,426*
	p			0,582	0,019
	n			30	30
TCRF Ön Test	r			1	0,054
	p				0,777
	n				30
TCRF Son Test	r				1
	p				
	n				30

Nitel Bulgular

Nitel veriler 6 komite üyesiyle yüz yüze görüşme yapılarak toplanmıştır. Görüşmeler 20-25 dakika arasında sürmüştür. Görüşülen kadınların hepsi Türkiye’de ev kadını olup Yarının Kadınları Komitesi’nde gönüllü olarak çalışmaktadır. Alıntılarda geçen isimler kadınların gerçek adları değildir, tamamıyla uydurma isimler kullanılmıştır.

Komite üyeleri ile yapılan görüşmeler “göç öncesi yaşam”, “göç sonrası yaşam ve ruhsal durum”, “toplantıların yarattığı psikososyal etkiler”, “yeni kadın kimliği inşası” başlıkları altında incelenmiş ve betimsel analizi yapılmıştır.

Göç Öncesi Yaşam

Yüz yüze görüşmelere katılan kadınlar göç öncesi süreçlerini; hayatlarının sıradan, basit, ev işleri ve çocuklarının bakımı ile ilgilenerken, eşlerle birlikte refah ve mutluluk içinde geçirilen zamanlar olarak değerlendirmişlerdir. Feodal yapının güçlü olduğu kültürlerinde dışarıya çıkmanın yasak olduğu sadece akraba ziyaretlerine izin verildiğini belirtmişlerdir. Kadınların Suriye’deki yaşantısında toplumsal cinsiyet rollerine uygun davranışları ve bu rolleri sorgulamadan yaşamlarını sürdürdükleri anlaşılmıştır.

Otuz bir yaşındaki Havva, çocuk yaşta evlenmiş ilkökul mezunu 4 çocuklu, gruptaki lider kadınlardan biridir. Havva göçten önceki hayatından şöyle bahsediyor: Savaştan önce sıradan bir kadındım. On yedi yaşında evlendim 2 buçuk yıl önce de nişanlandım. Çok normal bir hayat, normal bir kadındım. Evdeydim, girip çıkıyordum. Kapalı bir toplumdun zaten bizim toplum. Evlilikten sonra da hep evime odaklanıyordum, çocuklarıma... Kendimi aslında çocuklarımdan üzerinden göstermeye çalışıyordum. Çocuklarımla ilgileniyordum, hep temiz dursunlar, hep şık olsunlar diye. Hayatımız çok normaldi eşim ve çocuklarımla beraber. Eşim işten gelirdi çocukları uyutup eşimle bir yerlere giderdik veya evde otururduk. Herşey çok sıradandı ondan sonra da savaş geldi zaten...

Otuz altı yaşındaki Umut’un çocuğu olmadığından eşi ikinci bir kadınla imam nikahı yapmıştır. Boşanmak için mücadele eden Umut ilkökul mezunudur. Umut’un Suriye’deki yaşantısıyla ilgili paylaşımları şöyledir: Evli bir kadındım, dışarı hiç çıkamazdım yasaktı çünkü. Eşim ve ailesinde bu çok

ayıp, yasak bir şeydi. Eşimin terzi atölyesi vardı. Sabah uyanırdık, temizlik yapardık, evin işlerini yapardık, yemek pişirirdik. Atölyenin işlerini eve getirirlerdi o işlerle uğraşırdık hiç boş zamanımız yoktu.

Hüner’in 13 yaşındaki oğlu Suriye’de sokakta oynarken varil bombasının düşmesi sonucu hayatını kaybetmiştir. Otuz sekiz yaşındaki Hüner’in göç öncesine dair ifadeleri şöyledir: Suriye’deyken 4 çocuğun annesiydim, pek yaptığım bir şey yoktu. Ziyaretlere gidiyorduk arkadaşlarla, annemin evine gidiyordum, aileme gidip geliyordum başka da yaptığım hiçbir şey yoktu (...) Sadece cuma günüm farklıydı toplanıp hep beraber köye giderdik, eğlenirdik köyde. Diğer günlerde de evin işlerini yapardım, temizlik yapardım. Çocukları okula gönderirdim. Çocuklar okuldan gelirdi, beraber ders çalışırdık. Çocuklara yardımcı olurdu, akşam çocuklar uyurdu ben de eşimi beklerdim.

Göç Sonrası Yaşam ve Ruhsal Durum

Görüşme yapılan kadınlar Türkiye’ye göç etmelerinin ardından geride bıraktıklarına duydukları özleminden ve kayıplarının yasını tuttuklarından söz etmişlerdir.

On dokuz yaşında evlenen ve zor olsa da yakın zamanda boşanmayı başaran 34 yaşındaki Zine, tek kızını Suriye’de bırakarak Türkiye’ye göç etmek zorunda kalmış ilkökul mezunu bir kadındır. Zine, göçten sonra duygularını şöyle ifade ediyor: Suriye’den Türkiye’ye geldiğimde psikolojim bayağı kötüydü. Kızını bırakmış bir anne... Yalnız buraya gelmiş her şeyden umudum kesilmişti, artık kimseyle konuşmuyordum bile hiç kimseye güvenim bile yoktu...

Üniversite mezunu 53 yaşındaki Sultan, Suriye’deyken sınıf öğretmenliği yapmıştır. Evli olan Sultan’ın 3 çocuğu vardır. On sekiz yaşını yeni tamamlamış bir oğlu İsvaç’e kaçak yollarla gitmiştir. Sultan göçten sonra yaşadığı kayıplardan şöyle söz ediyor: Çok Kötü bir durumdaydım üzgündüm ülkemi bırakmıştım ailemi, akrabamı herkesi bırakmıştım (...) Türkiye’de kendime düzenli bir hayat kuramıyordum önceleri. Hiç rahat değildim, hiç kimsem yoktu, sığınacak kimsem yoktu.

Havva, göçün ardından ikili duygularından bahsediyor: Türkiye’ye ilk geldiğimde değişik bir duyguydu, çok mutluydum aslında. Savaştan kurtulmuşum, burada su var, elektrik var, hayat var diye. Yine de çok zordu, çok çok kötüydü. Dükkânda yaşıyorduk ama mutluydum. Tek başına, bize özel bir düzen vardı çocuklarımla beraber (...) Sosyal hayatım tamamen yok olmuştu. Suriye’deyken arkadaşlarımda vardı, ablaları, akrabalar... Gidip geliyordum. Burada ablam vardı ama evi çok uzaktaydı gidip gelemiyordum.

Kadınlar; umutsuzluk, izolasyon, güvensizlik, korku, üzüntü, boşluk, değersizlik duygularını hissettiklerini ve sosyal destek bulamadıklarını dile getirmişlerdir. Göçün hemen sonrasında dil bariyeri, maddi yetersizlik, insanlara ve mekanlara karşı duyulan yabancılaşma, haklara erişimde zorluklar, kötü ev koşulları ve toplumsal baskı gibi yaşam güçlüklerden bahsetmişlerdir.

Evden çıkmamız çok nadirdi. Türkiye’ye ilk geldiğimde psikolojim çok bozdu ve destek olan kimse yoktu. Bu toplumda hiçbir önemim olmadığını hissediyordum. Bütün çevremden baskı görüyordum ve hiçbir değerim yoktu ne evimde ne kocamda (Umut).

Otuz bir yaşındaki Melek lise mezunudur ve 18 yaşında evlenmiştir. 3 çocuğu olan Melek, göçten sonra ruhsal durumundan bahsederken Suriye’deki rutin yaşantısıyla Türkiye’deki hayatını kıyaslıyor. Melek’in göçten sonra ruhsal durumuna yaptığı atıflar şöyle: Türkiye’ye geldikten sonra izole oldum diyebilirim hep tek başıyordum. Dışarıya çıkmayı sevmezdim. Suriye’de eşimle beraber çıkardım,

arabayla gidip gelirdim istediğim yere ama burada hiçbir yere girip çıkamıyordum korku vardı Türkiye’de. Bilmediğim bir dil ve bilmediğim bir devlet.

Yeni bir ülkeye geldim dili bilmiyorum nereye gideceğimi ne yapacağımı bilmiyorum. Sokaklarda yürümeyi bilmiyordum (Sultan).

Çocuklar okula gitmiyordu. Küçük bir dükkânda yaşıyorduk, hiç hareket yok çocuklar bir şey yapmıyorlar. Çocuklar sabahtan akşama dizi izliyordu. Bir dizi bitiyor, diğer diziyi izliyorlardı. Bu beni çok rahatsız ediyordu, çok üzülüyordum. Bir küçük park vardı evimizin orada. O parka gidip oturuyordum, biraz dinlenmek rahatlamak için ama o parkta oturup ağlıyordum hiç dinlenmiyor, rahatlayamıyordum. Ondan sonra çocuklarımı okula gönderebildim, çocuklar okula gittiler. Ama benim hayatım hala düzenli değildi rahat değildi, ben rahat değildim. Kendime şey diyordum ben neden yaşıyorum ki sadece burada yemek pişirip evde kalıyorum, temizlik yapıyorum (Havva).

Durumumuz bayağı kötüydü. Ablamla aynı evde oturuyordum. Çocuklarım ve ablam iyi anlaşıyorlardı taa ki ablam evden çıkana kadar. Eşim çalışmıyordu, ben çalışmak zorunda kaldım atölyelerde ben çalıştım ben yardımcı oluyordum. Eşim sokaklarda seyyar satıcılık yapıyordu, oyuncak satmak zorunda kalıyordu (Hüner).

Toplantıların Yarattığı Psikososyal Etkiler

Kadınların komite toplantılarında söz ederken sıklıkla vurguladığı noktalar “değişim ve güçlenmek” olmuştur. Ayrıca öz güven ve cesaret artışı, korkunun azalması, tek başına karar alabilmek, kendini keşfetmek, kendini ifade edebilmek, değerli hissetmek gibi duygu ve eylemlerin üzerinde durmuşlardır. Çevreleriyle kurdukları ilişkilerin düzeldiğinden söz etmişlerdir.

Özgüvenim arttı, kendime güveniyordum artık, kendimi ifade edebiliyordum artık. Daha önce kendi fikrimi söyleyemezdim, korkardım ama şimdi fikirlerimi korkmadan söyleyebiliyorum (Umut).

Onlara (Yarının Kadınları’na) katıldıktan sonra, daha çok derinleştikten sonra daha güçlü oldum diyebilirim. Artık evden girip çıkıyordum, korku vardı içimde ama o korku yavaş yavaş azalıyordu (...) Şöyle bir şey değişti kendi kararlarımı kendim almıyordum. Anneme arkadaşım danışıyordum kardeşime... Sonra kararlarımı artık tek başıma almaya başladım. Adım atıyordum eskiye bakmıyordum geride kalan şeylere bakmıyordum (Zine).

Kendi karakterimi gördüm, kendimi keşfettim. Güçlü bir kadını, zayıf değilim (...) Kendimi savunabiliyordum artık, daha güçlü olduğumu gördüm. Evet savaş oldu, başımızdan geçti, evet ben güçlüydüm. Her şeye karşı duruyordum, diktim ama kendimi keşfetmemiştim. Kendimi keşfettim burada. Eşim de yavaş yavaş ikna olmaya başladı, onla konuşuyordum, toplantıyı anlatıyordum. Eşim de mutluydu bu durumdan. Çünkü ben komiteden önce hep yalnızdım. Yalnız olduğum için sinirlendiğim zaman eşime bağırdım, kızırıyordum. Ben hep tek başımayım, dışarı çıkamıyorum hep evde yalnızım diyordum. O da mutlu oldu, bu mutluluk aileme de yansıdı (Havva).

Kendimi bu toplumda bir yerim var gibi hissediyorum. Kendimi önemli bir insan olarak görüyorum. Beni dinleyen var, eskisinden daha fazla farkındalığım var (...) Kendime güvenim daha arttı, daha çok büyük bir güven oldu bende. Daha önce toplumda bir şey yapmıyordum. Şimdi daha çok uğraşıyorum, çalışıyorum. Toplum ben de değiştirebilirim, öyle bir inancım var. On kişi arasından birini ikna edersem bu bana yeter (Melek). Kadınlar toplantılardan bahsederken

güvende hissettiklerini, dostluk ve arkadaşlık ilişkileri kurarak sosyalleştiklerini de dile getirmişlerdir.

Birçok şey değişti. Öncelikle kendimi güvende hissettim. Arkadaşlarım oldu, bu arkadaşlarım benim ülkemden Suriye’den (...) İkinci ülkemde gibi hissediyorum kadınlarla beraber özellikle bir aile gibiyiz zaten kadınlarla. Hatta burayı bırakır başka yere gidersem ülkemi bırakır gibi olacağım, özellikle komiteyi (Sultan).

Yeni bir şey oldu hayatımda, değişiklik oldu, arkadaşlarım oldu, beni dinleyen kişiler oldu. Oradaki arkadaşlarımın da dertleri vardı. Onlarında pek hayatları düzgün gitmiyordu. Hepimiz konuşuyorduk, dertleşiyorduk, her şeyi anlatıyorduk (Havva).

Görüşmeler esnasında kadınların, toplumsal cinsiyet rollerini sorguladıkları ve bu konuda farkındalıklarının oluştuğu gözlemlenmiştir. Kadınlar, grup oturumlarının etkilerinden bahsederken haklarını öğrenip kadın sorunlarına daha geniş çerçeveden bakarak sorunların toplumsallığına dikkat çekmişlerdir. Çözüm üretmek ve diğer kadınlara ulaşmak için sorumluluk almaya hazır olduklarını ifade etmişlerdir.

Ben çok değiştim. Daha önce insanlara bakıp bir sorun gördüğümde sadece o soruna bakıyordum sadece bana ne diyordum. Benim için bir sıkıntı değil (...) İnsanların sorunu olsa da şey diyordum herkes kendi hayatını kendi yaşar zaten, bana ne. Şimdi şöyle düşünüyorum kişilerin yardıma ihtiyacı var özellikle psikolojik yardıma, psikolojik desteğe yani alttan alta olsa insanlara destek vermek istiyorum (...) Erken yaşta evlilik, şiddette uğrayan bir kadın gördüğümde hatta ben şiddette uğradığımda bile çok normal bir şey diyordum. Ama Yarının Kadınları hayatımda olduktan sonra şöyle bir şey değişti. Çözüm bulmam lazım diyordum kendime. Hatta çocuklarıma da çok etkisi oldu aslında. Mesela bakıyorlar birisi küçük yaşta evleniyor o çocuğun annesi ve babası hakkında şikayetçi olmamız gerektiğini söylüyorlar. Benim gibi çocuklarıma da bunun bir sorun olduğunu görüyorlar (Melek).

Haklarımı öğrendim, sorumluluk alabilmeyi öğrendim. İlk geldiğimde eşime sen al, sen git, gel, sen yap diyordum. Benim de bunları yapmam gerektiğini bilmiyordum. Bunu öğrendim eşime destek olmaya başladım. Çocuklarıma destek olmaya başladım. Ben de artık bir şeyler yapmaya başladım. Daha güçlü oldum. Çok fazla bilgi vardı, ben hiçbirini bilmiyordum Suriye’deyken. Hepsini burada öğrendim (...) Şimdi kadınları bilgilendirmek istiyorum ve faydalandığım her şeyden bütün kadınlarında faydalanmasını istiyorum (Hüner).

Kadınların geleceğe dair umutlarının ve planlarının olduğu gözlemlenmiştir.

Kendime daha fazla güveniyorum. Hayatı daha fazla seviyorum ve gelecek ile ilgili planlarım oldu. Gelecekte bir sürü şey yapabilirim (Umut).

Biz savaştan geldiğimizde tamamen ölü gibiydik. Yeniden dirildik hayata asıldık, bağlandık (Zine).

Aslında kendimi yaş olarak daha küçük görüyorum şimdi. Yaşımdan daha küçüküm. Çok şey öğrendim, çocuklarıma da öğreteceğim ve geride kalan kadınlara da öğreteceğim (Hüner).

Kadın Kimliğinin Yeniden İnşası

Katılımcılar, kadın olmaktan bahsederken özellikle kültürel kurallardan ve cinsiyet rollerinden ötürü kısıtlandıklarını fakat artık hem feodaliteye hem de ataerkiye karşı pratiklerinin olduğu anlaşılmuştur. Ayrıca kadınlar, cinsiyet eşitliğine inandıklarını vurgulamışlardır.

Kadın olmanın daha güçlü olduğunu hissettim. Ben çok güçlü oldum kadın her şeyi yapabilir, kadın ve erkek eşit onu anladım.

Benim için kadın öyle temsil ediliyor. Özellikle kültürden ve adetlerden dolayı izin verilmiyordu, bunları yapamıyordu kadın (...) Bütün kadınların daha güçlü olmasını diliyorum. Bütün kadınlar her şeyi yapabilsinler tek başlarına (Sultan). Kültürümüzde Halep'te kadınların hiçbir söz hakkı yoktu. Hiçbir şey diyemezdi şimdi söyle düşünüyorum kadınlarında kararları var kadın ve erkek eşitler benim için kadının daha çok fazla hakkı var bence (Zine).

Bu toplantıda kadınlarla ilgili konuştukları için kadınların değerli olduğunu anladım. Kadınların fikirleri, konuştukları boşa gitmeyecek. Şöyle hissettim ben de bu toplumun bir üyesiyim, bir şey yapabilirim, bir adım ileriye atabilirim toplantılar sayesinde (Melek).

Şunu gördüm kendi gözümle kadının hayattaki rolü erkeğin ve herkesin rolünden daha büyük. İşte ve her yerde evde onun rolü çok daha büyük. Eğer kadın doğru yönde ise herkes doğru yönde olur. Hatta şunu fark ettim bir kadın şiddete uğruyorsa sadece kadın şiddete uğramıyor, çocukları da şiddete uğruyor (Havva).

Kadın burada daha güçlü. Kadın Suriye'deyken şiddete uğruyordu, kadınlara bağırıyorlardı, çağırıyorlardı, dövüyorlardı kadın hiçbir şey söyleyemiyordu. Burada kadının yeri daha yüksek burada kendini savunabiliyor, haklarını biliyor mesela eşim bir kelime dese ben üç kelime cevap veriyorum (...) Ben sadece evde değilim. Eve bakıyorum, çocuklara bakıyorum değil. Dışarıda da olmam lazım, dışarıda da çalışmam lazım (Hüner).

Tartışma

Toplantıların Ruhsal Duruma Etkisi

Katılımcıların, Yarının Kadınları Komitesi toplantılarına katılmadan önce ve sonra Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar istatistiksel olarak karşılaştırıldığında depresyon puanlarında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır (Çizelge 1). Başka bir deyişle toplantıya katıldıktan sonra kadınların depresyon düzeylerinde bir düşüş gözlemlenmiştir. Ayrıca kadınlar, toplantıların yarattığı ruhsal etkilerden bahsederken öz güvenlerinin arttığına, güçlendiklerine, korkmadıklarına, kendilerini keşfettiklerine, değerli hissettiklerine dair ifadelerle yüz yüze yapılan görüşmelerde yer vermişlerdir. Kadınlar, toplantılarda kendilerini ifade edebildiklerini, güvende hissettiklerini, arkadaşlık ilişkileri kurarak sosyalleştiklerini ve yalnızlıktan kurtulduklarını dile getirmişlerdir. Katılımcıların özellikle kadın sorunlarını ele alarak toplumsal bir sorumluluk üstlendikleri görülmüştür. Toplumsal işlevlerinin olduğunu düşünen ve kendini özne olarak gören kadınların geleceğe dair umutlarının ve planlarının olduğu gözlemlenmiştir. Dünyanın başka yerlerinde mülteci ve yerinden edilmiş kadınlara psikososyal destek sağlamak amacıyla düzenlenen grup çalışmalarının sonunda kadınların travma sonrası stres belirtilerinde ve depresyon düzeylerinde düşüş yaşandığı görülmüştür^{12,13}. Ayrıca şiddete maruz kalmış kadın mülteciler için geliştirilen özgün ve kültüre duyarlı grup müdahalelerinin kadınların ruhsal iyilik hallerinde olumlu etkiler yarattığı bildirilmiştir^{14,15}.

Toplantıların Toplumsal Cinsiyet Rollerini Farkındalığına Etkisi

TCFR'nin ön testi ve son testi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu görülmüştür (Çizelge 2). Kadınların, Yarının Kadınları Komitesi'nin toplantılarına katılmadan önceki toplumsal cinsiyet rolleri farkındalığının toplantılara katıldıktan sonra manidar bir artış gösterdiği anlaşılmıştır. Bu sonucu yüz yüze görüşmelerde kadınların

ifadeleri de desteklemiştir. Kadınlar, sıklıkla farkındalıklarının arttığını ve yeni şeyler öğrendiklerini vurgulamıştır. Ayrıca görüşmeler sırasında katılımcıların cinsiyet rollerini ve eşitsizliği doğuran kültürel kalıpları sorguladıkları gözlemlenmiştir. Farklılaşan mekanlar, farklı kültür ve kurallar değişimi beraberinde getirir¹⁶. Bu nedenle kadın kimliğinin yeni inşasında toplantıların yarattığı etki haricinde göçün kendisinin de katkı sunduğu düşünülmektedir.

Evli ve diğer kadınlar arasında toplumsal cinsiyet rolleri farkındalığının ön test puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmıştır (Çizelge 3). Bu bulguya göre henüz toplantılara katılmamış bekar, dul ve boşanmış kadınlar, toplantılara katılmamış evli kadınlardan daha çok toplumsal cinsiyet rolleri farkındalığına sahiptir. Bunun nedeni evliliğin cinsiyet rollerinin sürdürülmesine katkıda bulunması olarak görülebilir.

Toplumsal Cinsiyet Rollerini Farkındalığı ve Depresyon İlişkisi

Araştırmanın bulgularına göre Beck Depresyon Envanterinin son testi ile Toplumsal Cinsiyet Rollerini Farkındalığı Testi'nin son test uygulaması arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir korelasyon ilişkisi olduğu saptanmıştır (Çizelge 4). TCRFT'nin ters puanlı yapısı düşünüldüğünde kadınların Yarının Kadınları toplantısına katıldıktan sonra depresyon düzeyleri azaldıkça toplumsal cinsiyet rolleri farkındalığı artmaktadır. Bu durum kadınlarda meydana gelen psikolojik büyüme ile açıklanabilir. Altı kadınla yapılan yüz yüze görüşmeler bu ihtimali desteklemektedir. Görüşmelerde kadınların ruhsal iyilik hallerinde iyileşme ve depresyon belirtilerinde azalma gözlenirken toplumsal cinsiyet rolleri hakkındaki bilinçlerinin arttığı gözlemlenmiştir. Toplumsal cinsiyet nedeniyle ayrımcılığa maruz kalmanın ya da ayrımcılığa maruz kalındığının algılanması birçok çalışmada olumsuz psikolojik duygu durumuyla ilişkili olarak bulunmuştur¹⁷. Yapılan araştırmalar kadınların kendilerini geleneksel cinsiyet rolleriyle tarif ettikçe daha az kişisel ayrımcılık algıladıklarını¹⁸ ve kendilerine yönelik ayrımcılıkla mücadele etmek için daha az harekete geçtiklerini göstermektedir¹⁹. Yarının Kadınları Komitesi üyelerinde tam tersinin yaşanması yani hem cinsiyet rolleri farkındalıklarının artması ve hem de depresyon düzeylerinin azalarak üyelerin, kadınlar ve göçmenler için üyelerin savunuculuk yapması grup müdahalesinin etkisini kanıtlar niteliktedir.

Grup Modelinin Özgünlüğü

Literatüre bakıldığında geleneksel kendine yardım gruplarının Profesyoneller tarafından değil üyelerin kendileri tarafından kurulduğundan söz edilmiştir²⁰. Fakat Yarının Kadınları Komitesi örneği bir sivil toplum kuruluşunda uzmanlar eşliğinde yürütülen psikososyal destek çalışmasının kendine yardım grubuna dönüşmesiyle oluşmuştur. Yarının Kadınları Komitesi, Çay Saatleri ismiyle düzenlenen psikososyal destek müdahalesi sürecinde güçlenen, kontrol kazanan grup katılımcılarının inisiyatifi ile ayrıca BMMYK'nın ve SGDD'nin desteklemesiyle kurulmuştur.

Grup sürecinin başlangıcından beri kolaylaştırıcı, grup üyeleriyle eşitlikçi bir ilişki kurmuştur. Ayrıca hiyerarşik olmayan bir ilişkinin grup üyeleri arasında da kurulmasının, kadınların eşitliğe dayanan ilişkiyi günlük hayatlarında da deneyimlemeleri için fırsat vereceğine inanılmıştır. Kadınların toplantılarda aktif katılımlarını sağlamanın kadınların güçlenmesine etkisi olacağı düşünülmüştür. Yarının Kadınları Komitesi oturumlarının bu özellikleri feminist grup çalışmalarıyla oldukça benzerlik göstermektedir²¹. Tartışma konularını ve grup hakkında kararları kendileri verdiği için bu

esnada kendiliğinden kültüre uyumlu bir süreç gelişmiştir. Katılımcıların grubu zamanla kendilerinin yönetmesi, kendi isteklerini, planlarını gerçekleştirme potansiyellerini ortaya koymalarına zemin yaratmıştır.

Yarının Kadınları Komitesi toplantıları klasik grup psikoterapisinden farklıdır fakat Yalom'un grup psikoterapilerinde ele aldığı evrensellik, özgecilik, bilgi aktarma gibi tedavi etmenleri²² bu özgün grup modelinde de ortaya çıkmıştır.

Grubun kolaylaştırıcısı için tercümanla çalışmak ve tercümanın aynı topluluktan olması süreç içerisinde zorluklara neden olmuş ama aynı zamanda çeşitli fırsatlar yaratmıştır. Tercüman ve kolaylaştırıcının uyumu, dayanışması gruptaki kadınlarla iletişim kalitesini üst düzeye çıkarmıştır. Grup içerisinde yardımcı terapist özelliği kazanan tercüman aynı zamanda göçmen kadın grubunun kültürel püf noktaları hakkında kolaylaştırıcıya yol göstermiştir.

Travmatik olaylar birey ve toplum arasındaki destekleyici bağları tahrip eder. Fakat grup dayanışması umutsuzluğa karşı kuvvetli bir koruma ve travmatik deneyime en kuvvetli panzehri sağlar. Sosyal bağların onarımı, yalnız başına olunmadığının keşfedilmesiyle başlar. Gruplar yalnızca karşılıklı gönül alma ilişkileri değil, kolektif güçlenme için de imkân sağlar²³. Sosyal destek, ötekenden gelen yardım geleneksel gruplarda olduğu gibi Yarının Kadınları Komitesi grubunun temel sihidir. Yarının Kadınları Komitesi örneğini farklı kılan kültüre ve cinsiyete duyarlı oluşudur. Grubun devam eden süreçlerinde üyelerin güçlenmesi, psikososyal refahlarının artması onları gruptan ayrılmaya değil dahil oldukları sosyal grupla dayanışmayı sürdürmeye, sorunları toplumsal düzeyde ele almaya ve nihayetinde hak savunuculuğu yapmaya yönlendirmiştir.

Araştırmanın sonunda elde edilen nitel ve nicel bulgular Yarının Kadınları Komitesi toplantılarının; katılımcılarda toplumsal cinsiyet rolleri farkındalığının geliştiğini ve olumlu psikososyal etkiler yarattığını göstermiştir. Travmaya maruz kalmış kişiler için çeşitli grup psikoterapileri uygulanmakta veya destek grupları oluşturulmaktadır. Hizmet alanların psikososyal açıdan daha fazla fayda görebilmesi için katılımcıların kültürel özelliklerine ve toplumsal cinsiyete duyarlı programların hazırlanması önemlidir.

Kaynaklar

1. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Figures at a Glance, 2018. <http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html> (Erişim: 15 Nisan 2018).
2. İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü (GİGM). Geçici Koruma. http://www.goc.gov.tr/icerik6/gecici-koruma_363_378_4713_icerik (Erişim: 19 Mayıs 2018).
3. Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD). Türkiye'de Suriyelilerin demografik görünümü, yaşam koşulları ve gelecek beklentilerine yönelik saha araştırması. 2017. https://www.afad.gov.tr/upload/Node/25337/xfiles/17a-Turkiye'deki_Suriyelilerin_Demografik_Gorunumu_Yasam_Kosullari_ve_Gelecek_Beklentilerine_Yonelik_Saha_Arastirmasi_2017.pdf (Erişim: 12 Mart 2018).
4. İnsan hakları ve mazlumar için dayanışma derneği. Kamp dışında yaşayan Suriyeli sığınmacı kadınlar raporu. 2014. [http://mazlumder.org/webimage/mazlumder%20kamp%20di%20ya%20ya%20ya%20kadın%20sığınmacı%20raporu\(9\).pdf](http://mazlumder.org/webimage/mazlumder%20kamp%20di%20ya%20ya%20ya%20kadın%20sığınmacı%20raporu(9).pdf) (Erişim: 10 Nisan 2018).
5. Asaf Y. Syrian women and the refugee crisis: surviving the conflict, building peace, and taking new gender roles. *Soc. Sci.* 2017; 6(3):110. doi:10.3390/socsci6030110.
6. Ülgül M. Suriye iç savaşı'na feminist bir yaklaşım. *Alternatif Politika.* 2017; 9(3):442-470.
7. Başterzi AD. Mülteci, sığınmacı ve göçmen kadınların ruh sağlığı. *Psikiyatride güncel yaklaşımlar. Current approaches in psychiatry.* 2017; 9(4):379-387.
8. United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Gender equality promising practices: Syrian refugees in the middle east and north africa report "Urban Refugee Women's Network-Turkey" 2017. <http://www.unhcr.org/protection/women/5a3bab8a4/unhcr-gender-equality-promising-practices-syrian-refugees-middle-east-north.html> (Erişim: 25 Şubat 2018).
9. Creswell JW. Understanding mixed methods research. JW. Creswell, VL. Plano Clark (Ed) Designing and conducting mixed methods research. *Sage Publications Inc.* California, 2007.
10. Farhood LF, Dimassi H. Validation of an arabic version of the GHQ-28 against the beck depression inventory for screening for depression in war-exposed civilians. *Psychol Rep.* 2015; 116(2):470-484.
11. Yıldırım A, Şimşek H. Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri. Seçkin Yayınevi, Ankara, 1999.
12. Dybdahl R, Pasagic I. Traumatic experiences and psychological reactions among women in bosnia during the war. *Med Confl Surviv.* 2000; 16(3):281-290. doi: 10.1080/13623690008409525.
13. Nicholson BL, Kay DM. Group treatment of traumatized cambodian women: a culture-specific approach. *Soc Work.* 1999; 44(5):470-479.
14. Akinsulure-Smith AM, Ghiglione JB, Wollmershauser C. Healing in the midst of chaos: Nah We Yone's African women's wellness group. *Women&Therapy.* 2008; 32(1):105-120. doi: 10.1080/02703140802384602.
15. Loewy MI, Williams DT, Keleta A. Group counseling with traumatized east African refugee women in the united states: Using the Kaffa Ceremony Intervention. *JSGW.* 2002; 27(2):173-191.
16. Çakmak S. Değişen hayatların görünmez sahipleri: göçmen kadınlar. *fe Dergi.* 2010; 2(2):50-64.
17. Hünler OS. Üniversite öğrencisi kadınlarda toplumsal cinsiyet ideolojisi ile depresyon ilişkisi. *Kadın/Woman.* 2000; 14(2):39-53.
18. Foster MD, Matheson K. Perceiving and responding to the personal/group discrimination discrepancy. *Pers Soc Psychol Bull.* 1999; 58:1319-1329.
19. Foster MD. Acting out against gender discrimination: the effects of different social identities. *Sex Roles.* 1999; 58:167-186.
20. Pistrang N, Barker C, Humphreys K. Mutual help groups for mental health problems: a review of effectiveness studies. *Am J Community Psychol.* 2008; 42:110-121. doi: 10.1007/s10464-008-9181-0.
21. Tunç M. Feminist grup çalışması: Temeli, kapsamı ve süreci. *Toplum ve Sosyal Hizmet.* 2013; 24(2):209-229.
22. Yalom I. Grup terapisinin teori ve pratiği. Basic Books. United States. 1995. Çev. Ataman Güngör, Özgür Karaçam, Kabalacı Yayınevi, İstanbul, 2015.
23. Herman, J. Travma ve iyileşme: Şiddetin sonuçları, ev içi istismardan siyasi teröre. Literattir. 2007. Çev: Tamer Tosun.

ÖZGÜN ARAŞTIRMA

DİJİTAL MAMOGRAFİ CİHAZI KALİTE KONTROL ÖLÇÜMLERİ VE GÖRÜNTÜ KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF DIGITAL MAMMOGRAPHY DEVICE QUALITY CONTROL MEASUREMENTS AND IMAGE QUALITY

1*^{ID}Rukiye Şanlı, 2^{ID}Özcan Gündoğdu,

ÖZ

Amaç: Bu çalışmada ülkemizde yaygın bir şekilde kullanılan dijital mamografi cihazlarına ait kalite kontrol testlerine yer verilerek ölçümlere ait standart bir protokolün oluşturulması amaçlanmıştır. Meme kanseri glandular doku içerisinde meydana gelmektedir. Bu sebeple ortalama glandular doku dozu değerinin ölçülerek standart değerlere göre takibinin yapılması gerekmektedir. Belirlenen değerlerin EUREF standardının belirlediği kabul edilebilir limit değerler içerisinde olup olmadığına bakılarak sistemin doğruluğu test edilmiştir. Kalite kontrol testlerinin periyodik olarak yapılması, görüntü kalitesini artıracak ve tekrar çalışmalarını minimuma indirerek hasta dozlarının azaltılmasını sağlayacaktır.

Yöntem: Ölçümler Fujifilm Amulet Innovality dijital mamografi sisteminde gerçekleştirilmiştir. Ölçümler için farklı meme dokularını simüle etmek için PMMA Fantom kontrast detay Pro-Mam fantomu ve Pro-Mam yazılımı, doz ölçümü için Ray SafeXi dedektörü, görüntü kalitesi için MTF test paterni, görüntünün ortalama piksel ve standart sapma değerleri ölçümü için Image J yazılımı kullanılmıştır. Farklı kalınlıklardaki PMMA fantomlarının ortalama glandular doku dozu değişimi (AGD), kontrast-gürültü oranı (CNR), Figure of merit (FOM) değerleri ve modüler transfer fonksiyonu (MTF), dedektif kuantum etkinliği (DQE) ve gürültü güç spektrumu (NPS) grafikleri karşılaştırılmıştır. W/Rh filtre ile W/AI filtrelerin HVL ve CNR değerleri kıyaslanmıştır.

Bulgular: Normal doz modunda 45 mm PMMA plakasında ortalama glandular doz 0,92 mGy olarak ölçüldü. W/Rh filtre ile CNR 5,1 iken W/AI filtre ile 4,5 olarak hesaplandı. 26 kVp'de 45 mm PMMA plakası ile FOM değeri W/Rh filtresi ile 42,905 iken W/AI filtresi ile 50,115 olarak ölçülmüştür.

Sonuç: EUREF standardında 45 mm'de ortalama glandular doz 2,5 mGy'den küçük olmalıdır, ölçülen değerler sınır değerler içerisinde değildir. Artan meme kalınlığıyla meme dozu, hava kerma ve AGD değerleri artarken CNR ve FOM değerleri ise azalmıştır. W/Rh filtre kullanıldığı zaman X ışınları daha fazla penetre edildiği için HVL, FOM ve CNR değerleri daha yüksek çıkmıştır. Böylece W/Rh kombinasyonunda daha düşük dozda daha iyi görüntü kalitesi elde etmenin mümkün olduğu belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: PMMA, CNR, AGD, ImageJ, Pro-Mam, dijital mamografi cihazı

ABSTRACT

Objective: In this study, we aimed to establish a standard protocol of measurements by taking quality control tests belonging to digital mammography devices widely used in our country. Breast cancer occurs in glandular tissue. For this reason, it is necessary to measure the mean glandular tissue value and follow the standard values. The accuracy of the system has been tested by considering whether the values specified are within the acceptable limit values specified by the EUREF standard. Performing quality control tests periodically will increase the quality of the image and reduce patient doses by minimizing repetitive work.

Methods: The measurements were performed on a Fujifilm Amulet Innovality digital mammography system. Contrast detail Pro-Mamphantom and Pro-Mam software to simulate different breast tissues for measurements, Ray SafeXi detector for dosimetry, MTF test for image qualities, Image J software was used to measure the average pixel and standard deviation of the pattern the image. The PMMA phantoms of different thicknesses have the mean glandular tissue change (AGD), contrast-to-noiseratio (CNR), figure of merit (FOM) values and modular transfer function (MTF), detective quantum efficiency (DQE) and noise power spectrum (NPS) graphics are compared. HVL and CNR values of W/Rh filter and W/AI filter are compared.

Results: The mean glandular dose was measured as 0.92 mGy on a 45 mm PMMA plate in normal dose mode. When the W/Rh filter is used, the Contrast Noise Ratio (CNR) is 5.1, while the W/AI filter is 4.5. The FOM value with a 45 mm PMMA plate at 26 kVp was measured as 42.905 with the W/Rh filter. When there is a W/AI filter, it is measured as 50.115.

Conclusion: The average glandular dose at 45 mm to the EUREF standard should be less than 2.5 mGy, the measured values are within the limit values. Breast dose, air kerma and AGD values increased while CNR and FOM values decreased with increasing breast thickness. When W/Rh filter is used, HVL, FOM and CNR values are higher because the X rays are more cured. Thus, it has been determined that it is possible to obtain a better image quality at a lower dose in the W/Rh combination.

Keywords: PMMA, CNR, AGD, ImageJ, Pro-Mam, full field digital mammography

Giriş

Mamografi göğüs kanserinin erken teşhisinde, biyopsi ve terapi için lokalizasyonda önemli rol oynayan bir görüntüleme tekniğidir. Daha erken teşhis, meme kanserinden ölüm oranının azaltılmasına katkıda bulunmaktadır. Modern mamografi, X-ışını kaynak boyutunun, X-ışını spektrumunun, göğüs kompresyonunun, görüntü dedektörünün kullanıldığı oldukça karmaşık bir teknoloji sistemi kullanılarak gerçekleştirilir^{1,3}. Meme kanserinin ilk oluşumu glandular dokuda gerçekleşmesinden dolayı dokunun maruz kaldığı doz hesabı önemlidir⁴. Mamografi sistemlerinin görüntü kalitesinin değerlendirilmesi için pek çok kalite ölçütü bulunmaktadır². Modüler transfer fonksiyonu (MTF), gürültü güç spektrumu (NPS), detektör kuantum verimliliği (DQE), X-ışın kaynağının kararlılığı, görüntü işleme yazılımlarının kullanıldığı yöntemler ve fantomlar görüntü kalite değerlendirme ölçütleri sayılabilir. MTF, NPS, DQE

ölçütleri değişik frekans bölgelerindeki detektör duyarlılıklarını ve verimlilikleri hakkında bilgi vermektedir. Bu fantomlardan elde edilen görüntülerle mikrokalsifikasyon ve kontrast detay analizleri yapılabilmektedir. MTF, giren sinyalin genliğinin çıkan sinyalin genliğine, sinüzoidal oranıdır. Maksimum '1', minimum '0' değerindedir ve değeri uzaysal frekansın bir fonksiyonudur⁵⁻⁶. Görüntü kalitesinin değerlendirilmesinde kontrast gürültü oranının belirlenmesi için kontrast-gürültü oranı (CNR) parametresi kullanılır. CNR görüntü kalitesini nesnel olarak değerlendirmek için en uygun parametredir. Çünkü kontrastın belirli bir görüntüdeki gürültü ile ne kadar iyi olduğunun kıyaslanmasını sağlar. Optimal doz değerini bulmak için tercih edilen bir parametre olan IQF değeri ve CNR arasında doğrusal bir ilişki vardır⁷. Dijital Mamografi sistemlerinde elde edilen görüntülerde hasta meme dokusunun maruz kaldığı dozun (AGD),

Geliş Tarihi
18.06.2018

Kabul Tarihi
12.09.2018

Sorumlu Yazar
Rukiye Şanlı

Manisa İl Sağlık Müdürlüğü,
Biyomedikal Mühendislik
Hizmetleri Birimi,
Manisa, Türkiye

E-posta
ruk.simsek@gmail.com

minimum olması istenirken; görüntü kontrast oranı CNR değerinin maksimum olması istenir. Uygun anot filtre kombinasyonu düşük glandular dozda, yüksek görüntü kalitesi amaçlanmaktadır. FOM ise, görüntünün sinyal kalitesi ile görüntü başına ölçülen dozdaki değişimi arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır. Dijital mamografi sistemlerinin değerlendirilmesinde FOM ve kontrast detay fantom ölçümleri yakın zamanda sıklıkla kullanılan parametrelerdir⁸. Görüntü analizinin kontrast-detay çözünürlüğü olarak tanımlanan IQF, kaliteyi objektif olarak ölçmenin en iyi yöntemlerinden biridir. Optimal doz değerini bulmak için IQF değeri ve CNR arasında lineer bir korelasyon vardır. Daha yüksek IQF değeri daha iyi görüntü kalitesini ifade eder⁸. Fujifilm mamografi cihazının dedektör tipi amorf selenyumdur. Bu sistemlerin avantajı daha yüksek uzaysal çözünürlük ve daha yüksek kuantum deteksiyon etkinliğine (DQE; Detective Quantum Efficiency) sahip olmasıdır. Dezavantajı ise, çok fazla geri besleme akımına ihtiyacı olması ve ışınlanmanın olmadığı zamanlarda dedektörün yok yere sinyal üretmesidir^{9,11-13}.

Bu çalışmada bu testlere yer verilerek Fujifilm mamografi sisteminin standartlara uygun olarak, iyi bir görüntü kalitesinde ve düşük hasta doz seviyesini sağlayacak şekilde çalışmasının değerlendirilmesi yapılmıştır.

Yöntem

2016 edinin yılı olan Manisa İl Sağlık Müdürlüğümüz Kanser Eğitim ve Tarama Merkezinde (KETEM) kullanılan Fujifilm Amulet Innovality FFD (Full Field Digital Mammography) cihazı üzerinde tüm ölçümler gerçekleştirilmiştir. Cihaz tungsten hedef ve rodyum filtre (W/Rh)'ye sahiptir. Çalışmada AGD ölçümleri için katı hal dedektörü (Ray SafeXi) kullanılarak uygun filtre cihaz içerisinden ayarlanmıştır. Çalışmada kullanılan malzemeler: 20, 30, 40, 45, 50, 60 mm PMMA fantom, 4,5 cm CIRS fantom, Pro-Mam Kontrast Detay fantomu, Image J ve Pro-Control Yazılımı, Ray Safe Xi dedektörü, MTF test paterni, 0,1; 0,2; 0,3; 0,4; 0,5 mm %99,5 saflıkta Alüminyum filtreler.

HVL Ölçümü

X-ışını alanı dozimetrenin alanıyla sınırlandı, sabit X-ışını tüpü ile W/Rh filtre kullanılarak pozlama yapıldı. Sıkıştırma pedalında 4 farklı kalınlıkta Al filtresi ile (0,1; 0,2; 0,3; 0,4 mm) pozlama tekrarlandı. Al filtresinin kalınlığı; ölçülen hava kerma seviyeleri, filtre olmaksızın ölçülen başlangıçta okunan doz değerinin yarıdan aşağıya düşene kadar tekrarlandı. (1) denkleminde göre HVL hesaplanmıştır.

$$HVL = \frac{X_1 \cdot \ln(2 \cdot Y_2 / Y_0) - X_2 \cdot \ln(2 \cdot Y_1 / Y_0)}{\ln(Y_2 / Y_1)} \quad (1)$$

AGD Ölçümü

Glandular dokunun meme içerisinde olmamasından dolayı glandular doz değeri direkt olarak tespit edilemeyip yüzey giriş dozu belirlenerek uygun dönüşüm faktörleri kullanılarak Mean Glandular Dose (MGD) değeri hesaplandı.

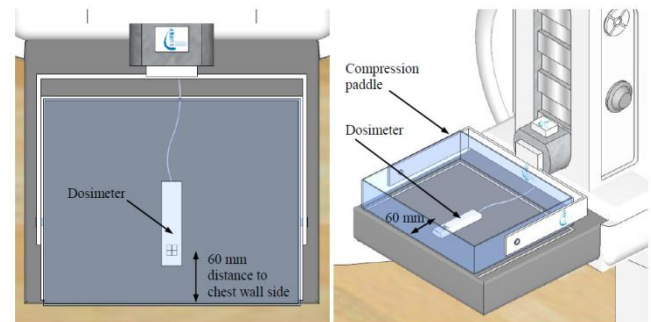
Kullanılan Materyal

Her bir PMMA fantom, 2 cm'den başlanarak sırasıyla göğüs sehpa platformu üzerinde orta hatta yerleştirildi ve kompresyon tablası ile sabitlendi. Yüzey giriş dozunun tespiti için sistem AEC modunda ışınlanarak göğüs sehpa üzerine yerleştirilen dedektör ile radyasyon doz değerleri, mAs, kVp ve hedef/filtre değerleri kaydedildi. 20 mm PMMA fantomun kenarlarına 1 mm ara parçalar konuldu, fantom göğüs sehpa platformu üzerinde orta hatta yerleştirilerek kompresyon tablası ile sabitlendi ve kaydedilen ışınlama parametreleri manuel olarak sisteme girilerek sistem ışınlandı (Çizim 1). Bu işlem 20, 30, 40, 45, 50, 60 mm PMMA plakaları için de tekrarlandı. Fantom kaldırılarak aynı noktaya iyon odası yerleştirildi ve fantom ışınlandıktan sonra not edilen değerler manuel olarak ayarlanarak ışınlama yapıldı (Çizim 1). Dedektörde okunan radyasyon doz değerleri ters kare faktörü uygulanarak PMMA yüzeyine düzeltildi ve yüzey giriş dozu değeri (ESAK) her bir PMMA Fantom kalınlığı için hesaplandı (2)⁹⁻¹².

$$AGD = K \times g \times c \times s \quad (2)$$

g: Farklı meme kalınlıkları için her kVp için belirlenen HVL değerlerine göre verilen Monte Carlo dönüşüm faktörleri
c: Farklı meme kalınlıkları için kullanılan düzeltme faktörü (Farklı yaş gruplarındaki hastalar için)
s: Spektrum düzeltme faktörü (Farklı hedef/filtre kombinasyonları için kullanılan düzeltme faktörü)

Çizim 1. Hava kerma (ESAK) ölçümü

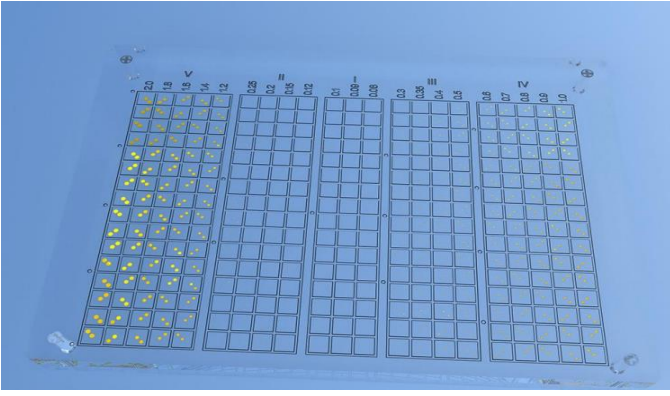


CNR ve FOM Ölçümü

CNR: Objeye kalınlığı ile tüp voltajının değişimi, 40, 50, 60 mm artan PMMA kalınlıkları sıkıştırma pedalı var iken AEC modunda ışınlanmış ve sistem tarafından otomatik olarak belirlenen hedef/filtre, kVp ve mAs değerleri kaydedildi. Daha sonra kalsifikasyon azalımı için 10 mm aralığında iki PMMA blokları arasına 60 mm mesafede 0,2 mm kalınlığında Al plaka yerleştirildi (Çizim 2). Kaydedilmiş olan ışınlama parametreleri manuel olarak sisteme girilerek sistem tekrar ışınlandı.

Farklı zamanlarda iki görüntü alınarak görüntüler üzerindeki belirlenen ilgi alanları (ROI) içerisinde ortalama piksel (MPV) ve standart sapma (SD) değerleri image J yazılımı ile ölçülmüştür. Ölçülen bu değerlerden aşağıdaki denklem ile kontrast gürültü oranı (CNR) değeri hesaplanmıştır (3).

$$FOM = \frac{CNR^2}{AGD} \quad (3)$$

Çizim 2. Pro-Mam gold kontrast detay fantomu

Görüntü Üzerinde Image J Yazılımı ile Belirlenen 1 cm^2 ROI İlgi alanlarında ve 40, 50 ve 60 mm fantom kalınlıklarında CNR ve FOM değerleri hesaplandı. FOM değerini hesaplamak için denklem (3) kullanıldı.

Görüntülenebilen Eşik Kontrast Testi

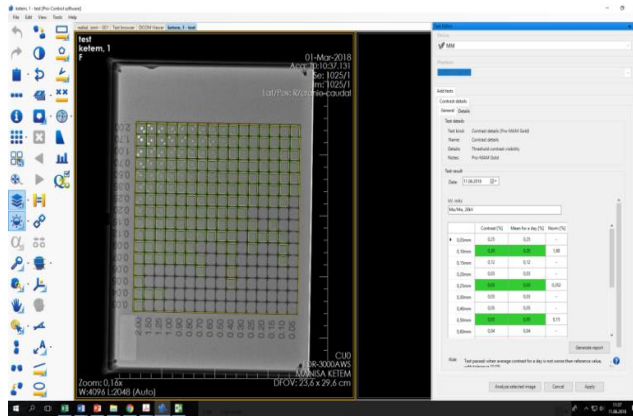
Görüntünün kontrast detay eğrisini oluşturabilmek adına "Pro-Mam Contrast Detail Gold Phantom" kullanılmıştır. Fantom 240×180 veya 300×240 mm boyutlarındadır. İçerisinde $0,02-2,00$ mm arası %99,9 saflıkta 672 tane altın diskler bulunmaktadır. Altın diskler fantom içerisine 10 mm derinliğinde yerleştirilmiştir. Disk kalınlığı, her bir çap için EUREF sınır değerlerine karşılık gelebilen kontrast detay eğrilerini oluşturacak şekilde optimize edilmiştir. Fantom yapısında, PMMA dışındaki malzemeler kullanılmadığından alüminyum gibi diğer malzemeler için PMMA eşdeğer zayıflamasını hesaplamaya gerek kalmamıştır.

Yapılışı

20 mm'lik PMMA fantomlar Pro-Mam fantomun altına ve üstüne olmak üzere yerleştirilmiştir. 28 kVp değerinde 3 kez ışınlanmış ve görüntüler kaydedilmiştir. Daha sonra elde edilen görüntüler Pro-Control yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir.

İlk olarak görüntü Pro-Control yazılımı açıldı ve "autoanalyze image" butonuna tıklanarak Pro-Mam Gold testi başlatıldı (Çizim 3).

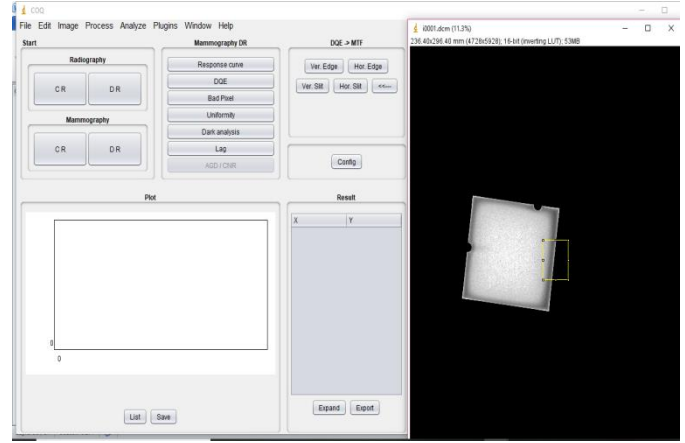
Daha sonra test editör butonuna tıklanarak ekrandan "all images in the display set" ve "with correction" kısımları seçildi. Daha sonra autoanalyser ile görüntü tekrar test edildi.

Çizim 3. Pro control yazılımı kontrast detay ölçümü

MTF Testi

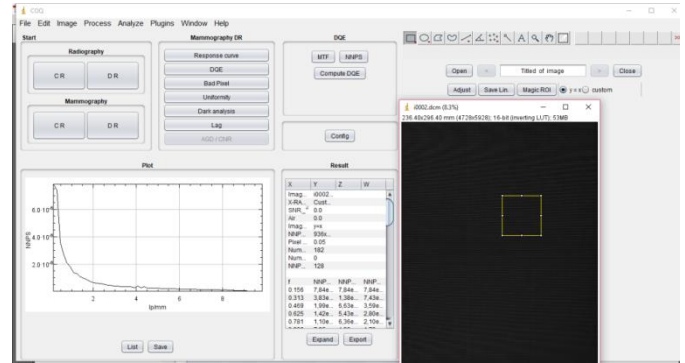
MTF testinde (Gammex Edge Tungsten Tool), MTF Kenar Test Objesi direk dedektör üzerine yatayla 7° derecelik bir açı yapacak şekilde yerleştirilerek AEC modunda ışınlanmış ve elde edilen görüntü Image J yazılımı kullanılarak değerlendirilmiştir.

İlk olarak görüntü Image J programında açılmıştır. Daha sonra programda Plugins ve ardından COQ sekmesinden Mammography DR ve MTF kısmı seçildi. Daha sonra görüntü üzerinde, ilgi alanı, kenar üzerine gelecek şekilde belirlenerek config butonuna tıklandı (Çizim 4).

Çizim 4. Image J programı ile MTF Hesabı

DQE ve NPS Testi

Görüntü güç spektrumu testi için ise fantom kullanmadan AEC modunda ışınlama yapılarak elde edilen görüntü Image J yazılımında değerlendirilmiştir. Daha sonra programda Plugins ve COQ menüsünden Mammography DR ve NNPS seçildi. Görüntü üzerinde gelecek şekilde belirlenerek config butonuna tıklandı (Çizim 5).

Çizim 5. Image J yazılımı NNPS hesaplama

Ayrıca programın "Results" klasöründe gözükten değerleri Microsoft Excel'e kopyalanarak veriler grafiğe döküldü ve bu işlemler MTF, NPS, DQE değerleri için ayrı ayrı yapılarak her birinin grafiği çizildi.

Bulgular

PMMA plakaları ile simüle edilmiş her bir meme kalınlığı için CNR değerleri hesaplanmış ve EUREF protokolüne göre kabul sınır değerleri ile kıyaslanarak değerlendirilmeler yapılmıştır.

40 mm fantomda, normal ve düşük mod çekimlerinde MGD değerleri 0,92 mGy ve 0,55 mGy olarak hesaplanmış ve bu değerler EUREF protokolüne göre 2,5 mGy'in oldukça altındadır (Çizelge 1).

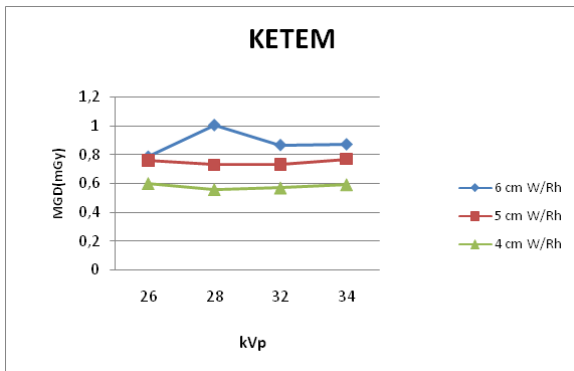
Çizelge 1. Artan PMMA kalınlığına bağlı AGD değerleri

kVp	PMMA(mm)	Eşdeğer Meme Kalınlığı(mm)	Hedef/Filtre	L DozModu		N DozModu		ESAK(mGy)HavaKerma	MGD(mGy)	ESAK(mGy)HavaKerma	MGD(mGy)	European Kabul Edilebilir Limit Değerler
				g ₅₃	C ₅₃	s	ESAK(mGy)					
26	20	21	W/Rh	0,482	0,905	1,042	0,704	0,319	1,122	0,509	≤1,0	
26	30	32	W/Rh	0,35	0,946	1,042	1,304	0,449	2,14	0,74	≤1,5	
26	40	45	W/Rh	0,255	1,038	1,042	1,995	0,55	3,335	0,92	≤2,0	
26	45	53	W/Rh	0,219	1,098	1,042	2,35	0,588	4,5113	1,13	≤2,5	
26	50	60	W/Rh	0,191	1,149	1,042	4,372	0,999	5,291	1,21	≤3,0	
26	60	75	W/Rh	0,1717	0,9108	1,042	6,014	0,98	9,757	1,589	≤4,5	

PMMA kalınlığı arttıkça ESAK ve AGD değerleri artmıştır. 4 cm PMMA daha düşük AGD değerine sahiptir (Çizim 6). W/Rh ve W/AI filtrelerinde CNR değerleri Çizelge 3-8'de

kıyaslanmıştır. W/Rh ve W/AI filtreleri CNR değerleri ile kıyaslandığı zaman W/Rh filtrenin CNR değerinin daha fazla olduğu görülmüştür (Çizim 7 ve Çizim 8).

Çizim 6. kVp'ye bağlı MGD Grafiği

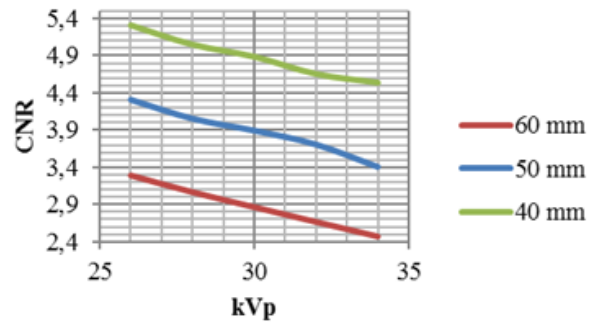


Artan PMMA kalınlığına bağlı olarak CNR değerleri düşmüştür (Çizelge 2).

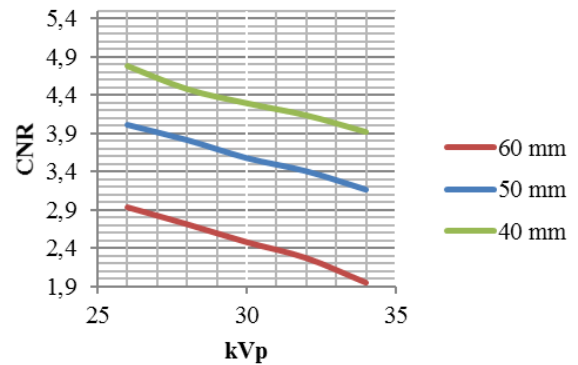
Çizelge 2. CNR kabul sınırları

PMMA (mm)	%CNR
20,0	>115
30,0	>110
40,0	>105
45,0	>103
50,0	>100
60,0	>95
70,0	>90

Çizim 7. W/Rh PMMA-CNR grafiği



Çizim 8. W/AI PMMA-CNR grafiği



Çizelge 3. W/Rh filtre 60 mm PMMA CNR değeri

PMMA (mm)	Filtre	Eşdeğer Meme Kalınlığı	kVp	mAs	Air Kerma(mGy)	CNR	Ortalama piksel değeri-1	Ortalama piksel değeri-2	Standart Sapma-1	Standart Sapma-2
60	W/Rh	75	26	167,0	4,832	3,3	3588,9	3456,1	33,7	46,1
60	W/Rh	75	28	125,0	4,597	3,1	3685,9	3573,9	33,5	39,3
60	W/Rh	75	30	98,4	4,324	2,9	3884,1	3810,7	23,3	27,7
60	W/Rh	75	32	84,0	3,978	2,7	3442,3	3302,8	44,3	59,1
60	W/Rh	75	34	72,0	4,016	2,5	3729,4	3660,4	24,2	31,1

Çizelge 4. W/Rh filtre 50 mm PMMA CNR değeri

PMMA (mm)	Filtre	Eşdeğer Meme Kalınlığı	kVp	mAs	Air Kerma(mGy)	CNR	Ortalama piksel değeri-1	Ortalama piksel değeri-2	Standart Sapma-1	Standart Sapma-2
50	W/Rh	60	26	116,0	3,332	4,3	3654,7	3500,1	31,7	39,6
50	W/Rh	60	28	83,0	2,959	4,1	3706,1	3581,9	25,4	35,1
50	W/Rh	60	30	70,0	3,099	3,9	3552,1	3381,7	36,9	49,7
50	W/Rh	60	32	55,4	2,831	3,7	3728,4	3631,5	23,1	28,9
50	W/Rh	60	34	48,2	2,859	3,4	3176,7	3608,3	27,4	35,8

Çizelge 5. W/Rh filtre 40 mm PMMA CNR değeri

PMMA (mm)	Filtre	Eşdeğer Meme Kalınlığı	kVp	mAs	Air Kerma(mGy)	CNR	Ortalama piksel değeri-1	Ortalama piksel değeri-2	Standart Sapma-1	Standart Sapma-2
40	W/Rh	45	26	69,0	2,169	5,3	3455,9	3070,7	56,9	85,2
40	W/Rh	45	28	52,0	1,884	5,1	3727,9	3471,6	41,3	58,6
40	W/Rh	45	30	43,0	1,862	4,9	2094,8	1605,7	97,5	102,4
40	W/Rh	45	32	36,0	1,829	4,7	3895,5	3761,2	26,6	30,9
40	W/Rh	45	34	31,0	1,831	4,5	3175,6	2752,1	81,9	103,4

Çizelge 6. W/Al filtre 60 mm PMMA CNR değeri

PMMA (mm)	Filtre	Eşdeğer Meme Kalınlığı	kVp	mAs	Air Kerma(mGy)	CNR	Ortalama piksel değeri-1	Ortalama piksel değeri-2	Standart Sapma-1	Standart Sapma-2
60	W/Al	75	26	74,4	4,245	2,9	3561,9	3424,3	39,5	53,1
60	W/Al	75	28	53,0	3,793	2,7	3476,7	3336,6	43,9	58,1
60	W/Al	75	30	40,3	3,701	2,5	3438,7	3310,4	43,7	58,4
60	W/Al	75	32	31,3	3,289	2,3	1947,8	1724,9	86,6	107,7
60	W/Al	75	34	25,0	3,141	2,0	3000,3	2861,5	66,1	75,2

Çizelge 7. W/Al filtre 50 mm PMMA CNR değeri

PMMA (mm)	Filtre	Eşdeğer Meme Kalınlığı	kVp	mAs	Air Kerma(mGy)	CNR	Ortalama piksel değeri-1	Ortalama piksel değeri-2	Standart Sapma-1	Standart Sapma-2
50	W/Al	60	26	54,3	3,373	4,0	3716,4	3565,5	32,3	42,3
50	W/Al	60	28	40,0	3,034	3,8	3759,6	3633,9	25,7	38,9
50	W/Al	60	30	29,0	2,587	3,6	3625,6	3469,2	37,3	49,3
50	W/Al	60	32	23,0	2,379	3,4	3774,1	3685,2	22,7	29,1
50	W/Al	60	34	18,1	2,249	3,2	3768,8	3669,4	26,8	35,4

Çizelge 8. W/Al filtre 40 mm PMMA CNR değeri

PMMA (mm)	Filtre	Eşdeğer Meme Kalınlığı	kVp	mAs	Air Kerma(mGy)	CNR	Ortalama piksel değeri-1	Ortalama piksel değeri-2	Standart Sapma-1	Standart Sapma-2
40	W/Al	45	26	35,0	2,179	4,8	3808,1	3661,4	25,8	34,8
40	W/Al	45	28	25,4	1,886	4,5	3764,6	3611,9	29,3	38,2
40	W/Al	45	30	19,4	1,828	4,3	3788,9	3672,8	23,5	30,1
40	W/Al	45	32	15,3	1,719	4,1	3768,5	3639,2	27,7	34,4
40	W/Al	45	34	12,3	1,561	3,9	3922,1	3847,9	18,1	19,7

Cihaza uygulanan kVp değeri arttıkça HVL (yarı değer kalınlığı) artmıştır. W/Rh filtre ile elde edilen HVL değeri W/Al filtreye göre yüksektir (Çizelge 9 ve 10). Bunun sebebi W/Rh anot filtre kombinasyonu kullanıldığında Xışın demetinin ortalama enerjisinin daha yüksek olması ve buna bağlı olarak da hava kerma doz değerinin artmasıdır. Her iki filtrede de HVL değerleri EUREF kabul sınırları içerisindeydir².

Çizelge 9. HVL değerleri

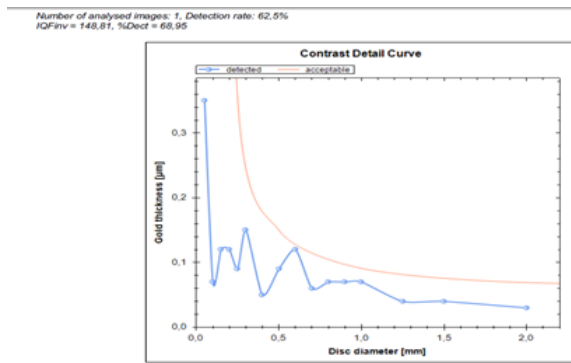
Filtre	Al(mm)	26kvp	28kvp	32kvp	35kvp
W/Rh	0	0,597	0,926	1,231	1,538
W/Rh	0,1	0,505	0,792	1,064	1,333
W/Rh	0,2	0,428	0,681	0,926	1,167
W/Rh	0,3	0,367	0,594	0,809	1,026
W/Rh	0,4	0,316	0,519	0,711	0,908
W/Rh	0,5	0,274	0,455	0,628	0,807

Çizelge 10. Farklı filtre ve kVp değerlerinde HVL değerleri

HVL	26kvp	28kvp	32kvp	35kvp
W/Al	0,387	0,429	0,492	0,53
W/Rh	0,442	0,481	0,508	0,53

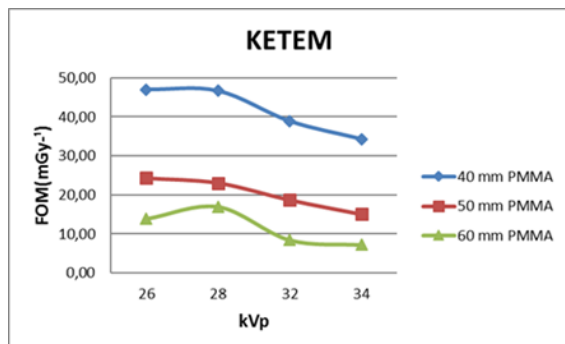
Pro Mam fantom kullanılarak 28 kVp değerinde AEC modunda ışınlanan görüntü, yazılımda kalibre edildiği zaman kontrast detay eğri grafiğini vermiştir (Çizim 9). Pro Mam fantom görüntülerinin ilgili yazılımla analizi sonucu, elde edilen altın disk çapına karşılık altın kalınlığının grafiği (Çizim 9) EUREF protokolüne göre kabul sınırları içerisinde olduğunu ve testin geçtiğine dair raporu yazılım otomatik olarak vermiştir.

Çizim 9. Pro Mam kontrast detay grafiği



Her 3 kalınlıkta da optimum FOM Değeri 28-30 kVp değerinde olduğu görülmüştür. PMMA kalınlığı arttıkça 28-30 kVp aralığında FOM değeri azalmıştır (Çizim 10).

Çizim 10. Farklı PMMA kalınlığında ve kVp değerine bağlı FOM grafiği



IQF değeri 148,81 olarak ölçülmüştür. Özellikle, otomatik zaman modundaki W/Rh en yüksek IQF'yi üretmiş ve optimum tüp potansiyeli tüm spektrum ve parametrelere göre 28 kVp olduğu gözlemlenmiştir. Bu sonuç, FOM ile daha düşük bir kVp'nin daha yüksek bir kVp'ye kıyasla daha yüksek bir skor elde ettiğini göstermesi ile tutarlıdır, çünkü daha yüksek bir kVp saçılma radyasyonunu arttırarak, görüntü kontrastını azaltmıştır. Kontrast ve nesne tespit edilebilirliği açısından 28 kVp'deki FOM değerinin 32 ve 34 kVp'ye göre daha iyi olduğu gözlemlenmiştir.

Mamografik sistemin kuantum-sınırlı olduğu varsayıldığında, FOM, doz seviyesinden bağımsızdır. FOM'un daha yüksek değerleri, sistemin görüntü açısından daha iyi performans sunma yeteneğini göstermiştir (Çizelge 11).

Çizelge 11. Farklı PMMA kalınlığında ve kVp değerine bağlı FOM değerleri

Filtre	PMMA	kVp	CNR ²	AGD (mGy)	FOM
W/Rh	40mm	26	28,09	0,598	46,973
W/Rh	40mm	28	26,01	0,5579	46,621
W/Rh	40mm	32	22,09	0,568	38,89
W/Rh	40mm	34	20,25	0,59	34,322
W/Rh	50mm	26	18,49	0,7619	24,268
W/Rh	50mm	28	16,81	0,73	23,027
W/Rh	50mm	32	13,69	0,733	18,676
W/Rh	50mm	34	11,56	0,769	15,0325
W/Rh	60mm	26	10,89	0,787	13,837
W/Rh	60mm	28	9,61	1,007	9,543
W/Rh	60mm	32	7,29	0,868	8,398
W/Rh	60mm	34	6,25	0,873	7,159

W/Rh filtre X ışını radyasyonunu daha fazla penetre ettiği için aynı kVp değerinde daha yüksek HVL, CNR, FOM değerine sahipken daha düşük MGD değerine sahip olduğu görüldü (Çizelge 12). Böylece W/Rh kombinasyonunda daha düşük dozda daha iyi görüntü kalitesi elde etmenin mümkün olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 12. Farklı filtre kombinasyonlarının karşılaştırılması

kVp	FİLTRE	PMMA (mm)	AirKerma (mGy)	CNR	AGD (mGy)	FOM	HVL
26	W/Al	45	2,169	4,8	0,538	42,905	0,387
26	W/Rh	45	1,884	5,1	0,519	50,115	0,442

PMMA kalınlığı arttıkça AGD değeri ve hasta dozu artarken FOM değeri azalmıştır (Çizelge 13, 14).

Çizelge 13. Farklı kalınlıklarda 26 kVp Değerinde FOM-AGD Değişimi

Filtre	PMMA (mm)	kVp	CNR	AGD (mGy)	FOM
W/Rh	40	26	5,3	0,598	46,973
W/Rh	50	26	4,3	0,7619	24,268
W/Rh	60	26	3,3	0,787	13,837

Çizelge 14. Farklı kalınlıklarda 28 kVp Değerinde FOM-AGD Değişimi

Filtre	PMMA (mm)	kVp	CNR	AGD (mGy)	FOM
W/Rh	40	28	5,1	0,5579	46,621
W/Rh	50	28	4,1	0,7619	23,027
W/Rh	60	28	3,1	1,007	16,919

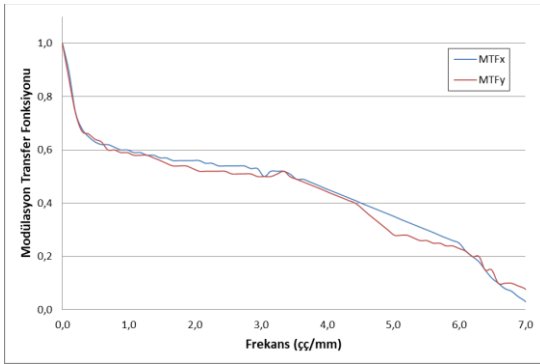
kVp ve PMMA kalınlığı arttıkça FOM değerinin azalmasının daha fazla olduğu görülmüştür (Çizelge 15).

Çizelge 15. Farklı kalınlıklarda ve farklı kVp değerlerinde FOM-AGD değişimi

Filtre	PMMA (mm)	kVp	CNR	AGD (mGy)	FOM
W/Rh	40	28	5,1	0,5579	46,621
W/Rh	50	32	3,7	0,733	18,676
W/Rh	60	34	2,5	0,873	7,159

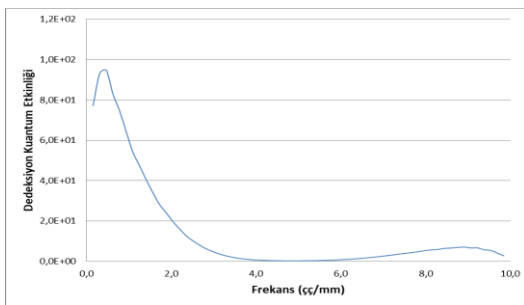
MTF için en yüksek değer 1 olup bu değerde nesne olduğu gibi görüntülenmiştir. Uzaysal frekans arttıkça nesneden elde edilen sinyalin düşmesi ve nesnenin aslına uygun olarak görüntüye yansımalarının azalması nedeniyle MTF değeri aşamalı olarak düşmüştür. Ancak 0 ve 1 (çç/mm) frekans aralığında ani bir azalmış göstermiştir. Bu aralıkta sistemin uzaysal frekans aralığının çok geniş olmadığı görülmüştür (Çizim 11).

Çizim 11. MTF grafiği



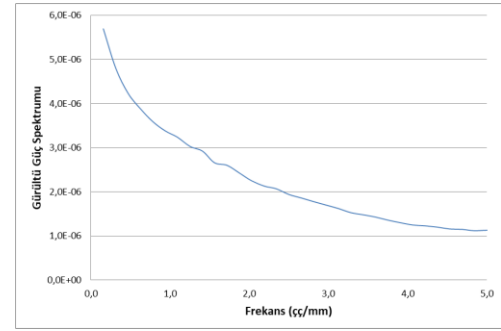
Görüntüleme sisteminin performansını ölçen kantitatif parametre olan DQE parametresi grafiği incelendiğinde daha dar bir aralıkta fotonu görüntü oluşumunda kullandığı görülmüştür (Çizim 12).

Çizim 12. DQE grafiği



NPS görüntüsünde gürültü şeklinde dalgalanmalar olmasa da grafik ani bir iniş göstermiş ve grafik alanı dar bir aralığa yayılmıştır (Çizim 13).

Çizim 13. NPS grafiği



Tartışma

Elde ettiğimiz sonuçlar EUREF standardına göre uyumludur ve bu bulgular da PMMA kalınlığı arttıkça AGD değerinin arttığı, CNR değerinin ise azaldığı bilgisini desteklemektedir. Bu nedenle; kVp, filtre ve sıkıştırma gibi faktörler, görüntü kalitesinden ödün vermeden mümkün olan en düşük doz elde edilecek şekilde optimize edilmelidir. Görüntünün kalitesini değerlendirirken Pro-Mam Fantomun rolü değerlendirilmiştir. Bununla birlikte, doz sonuçları ve görüntü kalitesi ölçümleri birleştirilerek, her bir sistem için en düşük maruziyette Avrupa yönergelerindeki ulaşılabilir görüntü kalitesi standardına ulaşmasını sağlayacak optimum pozlama faktörleri hesaplaması yapılmıştır.

Özetle ve yayınlanan diğer verilerle tutarlı olarak, bu sonuçlar; 4 cm'den 6 cm'ye kadar farklı meme glandülerliğine sahip sıkıştırılmış meme kalınlıkları için, W/Rh kombinasyonunun, daha düşük dozda yüksek görüntü kalitesi sunması açısından daha iyi bir seçim olduğunu göstermektedir. Jennifer M., Kenneth C., Gundogdu O., makalesinde yapılan çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiştir¹³.



Kaynaklar

1. Tükel S. Dijital mamografi. *Diagn Interv Radio*. 2002; 8: 222-227.
2. Perry N., Puthaar E, et al. editors. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. 4th ed. Luxembourg, Belgium; European Communities; 2006
3. Noel A, Thiabault F. Digital detectors for mamogra-phy: the technical challenges. *Euro Radiol*. 2004; 14(11):1990-1998. doi:10.1007/s00330-004-2446-6.
4. Jamal N, Ng KH, McLean D. A study of mean glandular dose during diagnostic mammography in Malaysia and some of the factors affecting it. *Br J Radiol*. 2003; 76(904):238-245. doi:10.1259/bjr/66428508.
5. Bacher K. Evaluation of image quality and patient radiation dose in digital mammography. Gent, Universiteit Gent; 2006.
6. Buhr E, Günther-Kohfahl S, Neitzel U. Accuracy of a simple method for deriving the presampled modulation transfer function of a digital radiographic system from an edge image. *Medical Physics*. 2003; 30(9):2323-2331. doi:10.1118/1.1598673.
7. Baldelli P, Phelan N, Egan G. A novel method for contrast-to-noise ratio (CNR) evaluation of digital mammography detectors. *Eur Radiol*. 2009; 19(9):2275-2285. doi:10.1007/s00330-009-1409-3.
8. Izdihar K, Kanaga KC, Krishnapillai V, et al. Determination of tube output (kVp) and exposure mode for breast phantom of various thicknesses/glandularity for digital mammography. *Malays J Med Sci*. 2015; 22(1):40-49.
9. Dance DR, Skinner CL, Young KC, et al. Additional factors for the estimation of mean glandular breast dose using the UK mammography dosimetry protocol. *Phys Med Biol*. 2000; 45(11):3225-3240. doi:10.1088/0031 9155/45/11/308.
10. Dance DR, Young KC, van Engen RE. Further factors for the estimation of mean glandular dose using the United Kingdom, European and IAEA breast dosimetry protocols. *Phys Med Biol*. 2009; 54(14):4361-4372. doi:10.1088/0031-9155/54/14/002.
11. Shaw J, Albagli D, Wei C-Y, et al. Enhanced a-Si/CsI-Based Flat-panel X-Ray Detector for Mammography. 2004. doi:10.1117/12.539141.
12. Yorker JG, Jeromin LS, Lee DLY, et al. Characterization of a full-field digital mammography detector based on direct x-ray conversion in selenium. In: *Medical Imaging 2002: Physics of Medical Imaging*. International Society for Optics and Photonics; 2002:21-30.
13. M. Oduko J, Young K, Gundogdu O, et al. Effect of using Tungsten-Anode X-Ray tubes on dose and image quality in full-field digital mammography. Springer-Verlag. Berlin, Heidelberg. 2008; 522-529. doi:10.1007/978-3-540-70538-3_73

ÖZGÜN ARAŞTIRMA

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ TOPLUMSAL CİNSİYET ROLLERİNE İLİŞKİN TUTUMLARININ BELİRLENMESİ

DETERMINATION OF HEALTH WORKERS' ATTITUDES TOWARDS GENDER ROLES

¹  Serpil Özden, ^{2*}  Zehra Gölbaşı

ÖZ

Amaç: Çalışmanın amacı sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının belirlenmesidir.

Yöntem: Çalışma, bir üniversite hastanesinde yapılmıştır. Çalışmanın evrenini kurumda görev yapan hekim ve hemşireler oluşturmuştur. Örnekleme alınacak hekim ve hemşire sayısı ağırlıklarına göre hesaplanmış ve 138 hekim, 133 hemşire basit rastgele örnekleme yöntemi ile araştırmaya alınmıştır. Araştırmanın verileri Sosyodemografik Özellikler Formu ve Toplumsal Cinsiyet Rollerine İlişkin Tutum Ölçeği (TCRTÖ) kullanılarak toplanmıştır. Veriler bilgisayar ortamında SPSS 16.0 programında değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çalışmadan elde edilen bulgulara göre sağlık çalışanlarının %77'si toplumsal cinsiyet kavramına ilişkin bilgi sahibi olduğunu belirtmiştir. Sağlık çalışanlarının %87'si ülkemizde toplumsal cinsiyete dayalı bir eşitsizlik olduğunu ve %86,8'si bu durumdan daha çok kadınların olumsuz olarak etkilendiğini ifade etmiştir. Sağlık çalışanlarının TCRTÖ toplam puan ortalamasının 141,55±19,25 (min:107, max:180) olduğu bulunmuştur. TCRTÖ alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; eşitlikçi cinsiyet rolü için 35,32±4,57, kadın cinsiyet rolü için 28,52±5,16, evlilikte cinsiyet rolü için 35,83±3,61, erkek cinsiyet rolü için 24,32±4,10 ve geleneksel cinsiyet rolü için ise 28,56±6,31 olduğu bulunmuştur. Hemşirelerin TCRTÖ toplam puan ortalamasının hekimlerden, kadın sağlık çalışanlarının puan ortalamasının erkeklerden, 35 yaş ve üzeri sağlık çalışanlarının puan ortalamasının, 34 ve altı yaş grubundan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Ayrıca toplumsal cinsiyet kavramına ilişkin bilgi sahibi olduğunu belirten sağlık çalışanlarının TCRTÖ toplam puan ortalaması bilgisi olmayanlardan anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0,05$).

Sonuç: Sonuç olarak bu çalışmada yer alan sağlık çalışanlarının genel olarak eşitlikçi toplumsal cinsiyet rol tutumlarına sahip oldukları bulunmuştur. Katılımcıların önemli bir kısmı toplumsal cinsiyet kavramı konusunda bilgi sahibidir. Hemşireler, kadınlar, 35 ve üzeri yaş grubunda olan sağlık çalışanları daha eşitlikçi bir toplumsal cinsiyet algısına sahiptir.

Anahtar sözcükler: Toplumsal cinsiyet, toplumsal cinsiyet rolleri, toplumsal cinsiyet tutumu, sağlık çalışanları

ABSTRACT

Objective: The aim of the study is to determine the attitudes of health professionals towards gender roles.

Methods: The study was performed at a university hospital. The universe of the study were physicians and nurses in the institution. The number of physicians and nurses to be sampled was calculated according to the weights and 138 physicians and 133 nurses were investigated by simple random sampling method. The data of the study were collected using the sociodemographic characteristics form and the Gender Roles Attitude Scale (GRAS). The data were evaluated in a computer programmed SPSS 16.0 program.

Results: According to the study, 77% of the health professionals have knowledge of the concept of gender. Eighty seven percent of the health professionals stated that there is a gender-based inequality in our country and 86.8% stated that women are negatively affected in this situation. It was found that the average score of the total score of health professionals was 141.55±19.25 (min: 107, max: 180). When the average of the subscale scores of GRAS are examined; 35.32±4.57 for the equality sex role, 28.52±5.16 for the female gender role, 35.83±3.61 for the gender role in marriage, 24.32±4.10 for the male gender role and 28.56±6.31 for the traditional gender role. It was found that the average score of the nurses' total score was higher than that of the physicians and that the average score of female health workers was higher than that of men, 35 years and above, and that of the health workers was statistically higher than 34 and 6 years age group. In addition, the average score of the GRAS score of the health professionals who indicated that they had knowledge about the concept of gender was significantly higher than those without knowledge ($p<0.05$).

Conclusion: Based on the results obtained from this study it was found that the participants had egalitarian gender role attitudes. A significant number of participants have knowledge of the concept of gender. Nurses, women, health workers with age groups of over 35 have a more egalitarian sense of gender.

Keywords: Gender, gender roles, gender attitude, health care workers

Giriş

İnsanı kadın ve erkek olarak tanımlayan biyolojik cinsiyet kavramından farklı olarak, toplumsal cinsiyet kavramı toplumun kadını ve erkeği algılama şeklini, sosyal olarak belirlenen rol ve sorumlulukları açıklamaktadır. Bu yönüyle toplumsal cinsiyet kavramı bireylerin hem sağlık hastalık durumunu hem de sağlık hizmetlerine ulaşabilme ve kullanabilme durumunu etkileyen bir faktör olarak değerlendirilmektedir¹⁻³. Toplumsal cinsiyette eşitlik kavramı; bireylerin cinsiyetleri nedeniyle, fırsatları kullanmada, kaynakların ayrılması ve kullanımında, hizmetleri elde etmede herhangi bir ayrımcılığa uğramaması demektir. Toplumsal cinsiyette hakkaniyet ise; kadın ve erkeğin farklı gereksinimi ve güçlerinin olduğu, bu farklılıkların belirlenerek iki cinsiyet arasındaki dengeyi düzelterek şekilde gerekenlerin yapılması anlamına gelmektedir²⁻⁴. Cinsiyete yönelik normlar ve değerler, cinsiyetler arasındaki farklılıkları güçlendirdiği gibi toplumsal eşitsizlikleri de beraberinde getirmektedir¹. Geçmişten günümüze birçok toplumda var olan ataerkil

kültür birçok konuda kadının aleyhinde bir ayrımcılık yaratmıştır. Bu durum kadının fiziksel, sosyal ve ruh sağlığını, bunlarla beraber özellikle de üreme sağlığını önemli ölçüde etkilemiştir. Dahası sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında da cinsiyet ayrımından kaynaklanan eşitsizlikler olduğundan söz edilmektedir⁵⁻⁸.

Sağlık hizmeti veren profesyonellerin tüm uygulamalara "toplumsal cinsiyet eşitliği" perspektifinden bakabilmesi gerekmektedir. Özellikle kadının cinsiyeti nedeniyle yaşadığı üreme sağlığı sorunlarının azaltılmasında ve önlenmesinde sağlık ekibi içerisinde yer alan tüm personelin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Ayrıca sağlık çalışanları toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin kalıp yargıları ve tutumları eşitlikçi bir biçimde şekillenilerek topluma benimsenmesinde önemli sorumlulukları olan kişilerdir^{4,7,10,11}. Sağlık çalışanlarına düşen görevler öncelikle; toplumsal cinsiyet ayrımcılığı hakkında bilgi sahibi olmak, nedenlerini algılamak ve cinsiyet ile ilgili sağlık adaletsizliklerini

Geliş Tarihi
02.05.2018

Kabul Tarihi
29.07.2018

Sorumlu Yazar
Zehra Gölbaşı

Cumhuriyet Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü,
Doğum ve Kadın Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı
Sivas, Türkiye

E-posta
zehragolbasi@gmail.com

öngörebilmektir. Sağlık çalışanı, hizmet verdiği toplumun kültürel özelliklerini bilerek potansiyel eşitsizliklerin bilincinde olmalı, kadının toplumdaki statüsünün yükseltilmesi için toplumsal rol ve ödevlerinin bilincinde olmalıdır. Çevresindeki insanların bilinçlenmesi için savunucu olmalı, toplumsal cinsiyete duyarlı politika ve gelişmelerin takipçisi olurken, yenilikleri öğrenmeli ve öğretmelidir. En önemlisi ise hizmet sunanın kendisi olarak ayrımcılık yapmadan eşitlikçi bir yaklaşımla hizmet sunmalıdır^{4,5}. Sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan birkaç çalışma bulunmaktadır^{8,12}, dolayısıyla farklı populasyonlarda bu konuda daha fazla araştırma yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı; bir üniversite hastanesinde çalışan sağlık personelinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarını belirlemektir.

Yöntem

Araştırmanın Türü

Araştırma, bir üniversite hastanesinde çalışan sağlık personelinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla, tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesinde görev yapan hemşire (n=445) ve hekimler (n=462) oluşturmuştur. Ebe, sağlık memuru, psikolog, diyetisyen ve sosyal çalışmacı sayı olarak az olduğu için çalışma kapsamı dışında tutulmuştur. Araştırmanın örnekleme evreninin bilindiği durumlarda örneklem sayısının belirlenmesi için kullanılan formül yardımıyla hesaplanmıştır ve örnekleme alınacak kişi sayısı 270 olarak bulunmuştur (n=907, d=0,05, p=0,50, q=0,50, t=1,96). Örnekleme alınacak hekim ve hemşire sayısı ağırlıklarına göre hesaplanmış; hekim için 138, hemşire için 133 olarak bulunmuştur. Belirlenen sayıda hekim ve hemşire basit rastgele örnekleme yöntemi ile çalışmaya dahil edilmiştir. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Sosyodemografik Özellikler Formu ve Toplumsal Cinsiyet Rollerini Tutum Ölçeği (TCRTÖ) ile toplanmıştır. Sosyodemografik Özellikler Formu araştırmacılar tarafından oluşturulmuş olup, sağlık çalışanlarının bireysel özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, evlilik yılı, çocuk sayısı ve cinsiyetleri, meslek, çalışma yılı vb.) ile ilgili bilgiler edinmeye yönelik 26 sorudan oluşmaktadır. TCRTÖ, 2008 yılında Zeyneloğlu tarafından üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının belirlenmesi için geliştirilmiştir²². TCRTÖ 38 madde ve 5 alt boyut içermektedir. Alt boyutlar Eşitlikçi Cinsiyet Rolü, Kadın Cinsiyet Rolü, Evlilikte Cinsiyet Rolü, Geleneksel Cinsiyet Rolü ve Erkek Cinsiyet Rolü'nden oluşmaktadır. Ölçek '5'li likert tipi' bir ölçektir. Bu ölçek, katılımcıların toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutum cümlelerine; 'tamamen katılıyorum' ise 5 puan; 'katılıyorum' ise 4 puan; 'kararsızım' ise 3 puan; 'katılmıyorum' ise 2 puan; 'kesinlikle katılmıyorum' ise 1 puan olacak şekilde puanlandırılır. Toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin geleneksel tutum cümleleri ise; yukarıda belirtilen puanlamanın tam tersi olarak öğrenciler; 'tamamen katılıyorum' ise 1 puan, 'katılıyorum' ise 2 puan, 'kararsızım' ise 3 puan, 'katılmıyorum' ise 4 puan, 'kesinlikle katılmıyorum' ise 5 puan olacak şekilde puanlandırılır. En yüksek puan 190'dır ve ölçekten elde edilen en yüksek değer bireyin toplumsal cinsiyet

rollerine ilişkin eşitlikçi tutuma sahip olduğunu gösterir. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirlik katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur ve ölçeğin maddelerinin birbiriyle yüksek iç tutarlığa ve yüksek güvenilirliğe sahip olduğunu göstermektedir¹³.

Çalışmaya katılmak için gönüllü olduğuna dair yazılı ve sözlü onam veren sağlık çalışanlarına veri toplama formları verilmiş ve bireysel olarak doldurmaları sağlanmıştır. Sağlık çalışanlarından kimlik bilgilerini yazmaksızın formlardaki soruları eksiksiz ve düşüncelerine uygun olduğu şekilde doldurup geri vermeleri istenmiştir. Formların uygulanması 10-15 dakika sürmüştür.

Araştırmanın uygulama sürecinden önce, Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay ve çalışmanın yapıldığı hastane yönetiminin yazılı uygulama izni alınmıştır.

Veriler bilgisayar ortamında SPSS 16.0 programında değerlendirilmiştir. Sağlık çalışanlarının bireysel özellikleri sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. TCRTÖ puanı ortalama standart sapma olarak gösterilmiştir, normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Eşitlikçi cinsiyet rolü, evlilikte cinsiyet rolü ve erkek cinsiyet rolü alt boyut puanlarının normal dağılıma uymadığı ($p < 0,05$), kadın cinsiyet rolü, geleneksel cinsiyet rolü alt boyutları ve TCRTÖ toplam puanlarının ise normal dağılıma uygun olduğu belirlenmiştir ($p > 0,05$). Sağlık çalışanlarının bireysel özelliklerine göre TCRTÖ ölçeği puan ortalamasının karşılaştırılmasında ikili gruplarda parametrik test varsayımları yerine getirildiğinde t testi, üçlü gruplarda varyans analizi; parametrik test varsayımları yerine getirilmediğinde ikili gruplarda Mann-Whitney U testi, üçlü gruplarda Kruskal Wallis analizi kullanılmış ve istatistiksel anlamlılık düzeyi için $p < 0,05$ alınmıştır.

Bulgular

Araştırmada yer alan sağlık çalışanlarının %57,4'ünü kadınlar, %42,6'sını erkekler oluşturmaktadır. Yaş grubu incelendiğinde katılımcıların %61,9'u 34 ve altı yaş grubundadır. Sağlık çalışanlarının %93,3'ünün çekirdek aileye sahip olduğu ve %65,2'sinin evli olduğu tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının %49,3'ü hemşire, %50,7'si hekimdir. Hemşirelerin %66,9'u lisans düzeyinde eğitime sahipken, hekimlerin %71,5'i araştırma görevlisidir. Sağlık çalışanlarının %42,2'sinin çalışma yılı 5 yıl ve azdır.

Çizelge 1'de sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet kavramına ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğine ilişkin görüşlerine göre dağılımı verilmiştir. Çizelgeye göre sağlık çalışanlarının %77'si toplumsal cinsiyet kavramına ilişkin bilgisi olduğunu ifade etmiştir. Sağlık çalışanlarının %76,7'si çocukluğunun geçtiği ailede, %88,6'sı ise mevcut ailesinde toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizlik yaşanmadığını belirtmişlerdir. Sağlık çalışanlarının %87'si ülkemizde toplumsal cinsiyete dayalı bir eşitsizlik yaşandığını düşünürken, %86,8'i bu eşitsizlikten kadın cinsiyetinin etkilendiğini belirtmiştir.

Çizelge 2'de sağlık çalışanlarının TCRTÖ toplam ve alt boyut puan değerleri verilmiştir. Çizelge incelendiğinde katılımcıların ölçekten aldıkları toplam puan ortalamasının $141,55 \pm 19,25$ olduğu görülmüştür. Eşitlikçi cinsiyet rolü altboyutundan aldıkları puan ortalaması $35,32 \pm 4,57$, kadın cinsiyet rolü alt boyutundan $28,52 \pm 5,16$, evlilikte cinsiyet rolü alt boyutundan $35,83 \pm 3,61$, erkek cinsiyet rolü alt boyutundan $24,32 \pm 4,10$ ve geleneksel cinsiyet rolü alt boyutundan $28,56 \pm 6,31$ 'dir.

Çizelge 1. Sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet eşitsizliğine ilişkin görüşlerine göre dağılımı (n=270)

Değişkenler	Sayı (%)
Toplumsal Cinsiyet Kavram Bilgisi	270
Olan	208 (77,0)
Olmayan	62 (23,0)
Büyüdüğü Ailede Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği	270
Olan	63 (23,3)
Olmayan	207 (76,7)
Suandaki Ailesinde Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği	176
Olan	20 (11,4)
Olmayan	156 (88,6)
Ülkemizde Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Yaşadığını Düşünme Durumu	270
Düşünen	235 (87,0)
Düşünmeyen	35 (13,0)
Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinden Etkilenen Cinsiyet	235
Kadın	204 (86,8)
Erkek	9 (3,8)
Her İki Cinsiyet	22 (9,4)

Çizelge 2. Sağlık çalışanlarının TCRTÖ toplam ve alt boyut puan ortalaması

TCRTÖ Toplam ve Alt Boyutları	Minimum	Maksimum	X (SD)
Eşitlikçi Cinsiyet Rolü	17,00	40,00	35,32 (4,57)
Kadın Cinsiyet Rolü	15,00	40,00	28,52 (5,16)
Evlilikte Cinsiyet Rolü	21,00	40,00	35,83 (3,61)
Erkek Cinsiyet Rolü	8,00	30,00	24,32 (4,10)
Geleneksel Cinsiyet Rolü	9,00	40,00	28,56 (6,31)
Toplam	107,00	180,00	141,55 (19,25)

Çizelge 3' te toplumsal cinsiyet kavramı hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre TCRTÖ alt boyut ve toplam puan ortalaması verilmiştir. Çizelge incelendiğinde; toplumsal cinsiyet kavramı hakkında bilgi sahibi olan sağlık çalışanlarının TCRTÖ tüm alt boyutlar ve toplam puan ortalamasının bilgi sahibi olmayan sağlık çalışanlarının puan ortalamasından yüksek olduğu ve tüm boyutlarda gruplar arasındaki farkını istatistiksel olarak anlamlı olduğu dikkati çekmektedir ($p<0,05$).

Çizelge 3. Sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet kavramı hakkında bilgi sahibi olma durumuna göre TCRTÖ alt boyut ve toplam puan ortalaması

TCRTÖ Toplam ve Alt Boyutları	Toplumsal Cinsiyet Kavramı Hakkında Bilgi Sahibi Olma Durumu		İstatistiksel Analiz
	Evet n=208 X (SD)	Hayır n=62 X (SD)	
Eşitlikçi Cinsiyet Rolü	35,89 (4,43)	33,40 (4,53)	$z=-4,11$ $p=0,000$
Kadın Cinsiyet Rolü	29,33 (5,04)	25,79 (4,62)	$t=4,94$ $p=0,000$
Evlilikte Cinsiyet rolü	36,31 (3,43)	34,24 (3,78)	$z=4,04$ $p=0,000$
Erkek Cinsiyet Rolü	24,90 (3,72)	22,38 (4,69)	$z=3,68$ $p=0,000$
Geleneksel Cinsiyet Rolü	29,60 (5,80)	25,08 (6,76)	$t=5,18$ $p=0,000$
Toplam	156,05(18,15)	140,90 (18,35)	$t=5,75$ $p=0,000$

Çizelge 4'te sağlık çalışanlarının ülkede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünme durumuna göre TCRTÖ alt boyut ve toplam puan ortalaması verilmiştir. Çizelgeye göre ülkemizde toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünen sağlık çalışanlarının TCRTÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamasının düşünmeyen sağlık çalışanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$). Çizelge 5'te sağlık çalışanlarının bazı mesleki özelliklerine göre TCRTÖ alt boyut ve toplam puan ortalaması verilmiştir. Sağlık çalışanlarının mesleklerine göre TCRTÖ erkek cinsiyet rolü ve geleneksel cinsiyet rolü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), bu alt boyutlara ilişkin hemşirelerin puan ortalamasının hekimlerden daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ancak sağlık çalışanlarının mesleğine göre TCRTÖ eşitlikçi cinsiyet rolü, kadın cinsiyet rolü, evlilikte cinsiyet rolü alt boyut ve toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Hemşirelerin eğitim durumlarına göre TCRTÖ toplam puan, kadın cinsiyet rolü, erkek cinsiyet rolü, geleneksel cinsiyet rolü alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), ancak TCRTÖ eşitlikçi ve evlilikte cinsiyet rolü alt boyut puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Hekimlerin akademik unvanına göre TCRTÖ kadın cinsiyet rolü, geleneksel cinsiyet rolü alt boyutları ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$) ve öğretim üyelerinin puan ortalamalarının araştırma görevlilerine göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak eşitlikçi cinsiyet rolü, evlilikte cinsiyet ve erkek cinsiyeti rolü alt boyut puan ortalaması arasında ise anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Sağlık çalışanlarının çalışma yılına göre TCRTÖ tüm alt boyutlar ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

Çizelge 4. Sağlık çalışanlarının ülkede toplumsal cinsiyet eşitsizliği olduğunu düşünme durumuna göre TCRTÖ alt boyut ve toplam puan ortalaması

TCRTÖ Toplam ve Alt Boyutları	Ülkede Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Olduğunu Düşünme Durumu		İstatistiksel analiz
	Düşünen n=235 X (SD)	Düşünmeyen n=35 X (SD)	
Eşitlikçi Cinsiyet Rolü	35,55 (4,47)	33,74 (4,97)	$z=-2,16$ / $p=0,030$
Kadın Cinsiyet Rolü	29,05 (4,99)	24,91 (4,90)	$t=4,59$ / $p=0,000$
Evlilikte Cinsiyet Rolü	36,19 (3,39)	33,45 (4,16)	$z=-3,89$ / $p=0,000$
Erkek Cinsiyet Rolü	24,65 (3,97)	22,14 (4,30)	$z=-3,25$ / $p=0,001$
Geleneksel Cinsiyet Rolü	29,17 (6,03)	24,51 (6,75)	$t=4,19$ / $p=0,000$
Toplam	154,63 (18,47)	138,77 (18,91)	$t=4,72$ / $p=0,000$

Çizelge 6'da sağlık çalışanlarının bazı bireysel özelliklerine göre TCRTÖ alt boyut ve toplam puan ortalamaları verilmiştir. Çizelge incelendiğinde; sağlık çalışanlarının cinsiyetlerine göre TCRTÖ tüm alt boyutlar ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), kadınların hem TCRTÖ alt boyut hem de toplam puan ortalamasının erkeklerden yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre TCRTÖ alt boyutları ve toplam puan ortalamaları incelendiğinde; TCRTÖ tüm alt boyut

yutlar ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0,05$), 35 ve üstü yaş grubunun hem TCRTÖ alt boyut hem de toplam puan ortalamasınının 34 ve altı yaş grubuna göre yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çizelge 5. Sağlık çalışanlarının bazı mesleki özelliklerine göre TCRTÖ alt boyut ve toplam puan ortalaması

Değişkenler	TCRTÖ Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalaması					
	Eşitlikçi Cinsiyet Rolü X (SD)	Kadın Cinsiyet Rolü X (SD)	Evlilikte Cinsiyet Rolü X (SD)	Erkek Cinsiyet Rolü X (SD)	Geleneksel Cinsiyet Rolü X (SD)	Toplam X (SD)
Meslek						
Hemşire	35,59 (4,72)	28,85 (5,13)	36,02 (3,96)	25,01 (3,99)	29,37 (5,79)	154,86 (19,07)
Hekim	35,05 (4,25)	28,19 (5,19)	35,65 (3,24)	23,66 (4,10)	27,78 (6,71)	150,35 (19,23)
İstatistiksel Analiz	$z=-1,437$ $p=0,151$	$t=1,050$ $p=0,295$	$z=-1,638$ $p=0,101$	$z=-2,638$ $p=0,005$	$t=2,087$ $p=0,038$	$t=1,933$ $p=0,054$
Hemşirelerin Eğitim Düzeyi						
SML /Önlisans	34,38 (4,52)	27,09 (4,66)	34,61 (4,42)	23,14 (3,49)	26,42 (4,26)	145,66 (16,50)
Lisans	35,60 (5,10)	28,56 (5,10)	36,03 (4,04)	24,91 (4,20)	29,28 (5,77)	154,39 (19,14)
Lisans Üstü	36,65 (3,77)	31,60 (4,79)	37,26 (2,76)	27,13 (2,45)	32,43 (5,81)	165,08 (16,67)
İstatistiksel Analiz	$Kw=3,06$ $p=0,219$	$F=4,967$ $p=0,006$	$Kw=4,79$ $p=0,091$	$Kw=11,64$ $p=0,003$	$F=6,409$ $p=0,001$	$F=6,231$ $p=0,001$
Hekimlerin Akademik Unvanı						
Öğretim Üyesi	35,69 (4,49)	29,87 (4,66)	36,23 (3,04)	24,48 (3,33)	29,74 (6,49)	156,02 (17,42)
Araştırma Görevlisi	34,80 (4,39)	27,53 (5,26)	35,42 (3,31)	23,33 (4,34)	27,00 (6,66)	148,10 (19,54)
İstatistiksel Analiz	$z=-1,296$ $p=0,195$	$t=2,423$ $p=0,017$	$z=-1,309$ $p=0,191$	$z=-1,161$ $p=0,246$	$t=2,190$ $p=0,030$	$t=2,206$ $p=0,029$
Çalışma Yılı						
5 Yıl Ve Daha Az	34,55 (4,66)	27,45 (5,04)	34,92 (3,61)	23,29 (4,22)	27,02 (6,46)	147,25 (19,19)
6-10 Yıl	34,88 (4,28)	27,35 (5,23)	35,16 (4,20)	23,81 (4,20)	27,35 (6,68)	148,58 (19,13)
11 Yıl Ve Üzeri	36,39 (4,44)	30,30 (4,80)	37,18 (2,84)	25,75 (3,50)	30,89 (5,22)	160,52 (16,69)
İstatistiksel Analiz	$Kw=12,55$ $p=0,002$	$F=10,58$ $p=0,000$	$Kw=25,13$ $p=0,000$	$Kw=19,89$ $p=0,000$	$F=12,29$ $p=0,000$	$F=15,84$ $p=0,000$

Sağlık çalışanlarının medeni durumuna göre TCRTÖ toplam ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde, eşitlikçi cinsiyet rolü, evlilikte cinsiyet rolü, erkek cinsiyet rolü alt boyut puan ortalaması ve toplam puanı ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

Sağlık çalışanlarının çocuk sahibi olma durumuna göre evlilikte cinsiyet rolü dışındaki ($p<0,05$) diğer alt boyutlar ve toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$). Sağlık çalışanlarının anne ve baba eğitim durumlarına göre de TCRTÖ alt boyut ve toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Çizelge 6. Sağlık çalışanlarının bazı bireysel özelliklerine göre TCRTÖ alt boyut ve toplam puan ortalaması

Değişkenler	TCRTÖ Alt Boyut Ve Toplam Puan Ortalaması					
	Eşitlikçi Cinsiyet Rolü X (SD)	Kadın Cinsiyet Rolü X (SD)	Evlilikte Cinsiyet Rolü X (SD)	Erkek Cinsiyet Rolü X (SD)	Geleneksel Cinsiyet Rolü X (SD)	Toplam X (SD)
Cinsiyet						
Kadın	36,21 (4,46)	29,97 (4,81)	36,87 (3,10)	25,43 (3,66)	30,72 (5,22)	159,22 (16,93)
Erkek	34,11 (4,45)	26,56 (4,99)	34,43 (3,79)	22,84 (4,20)	25,66 (6,51)	143,61 (18,59)
İstatistiksel Analiz	$z=-4,992$ $p=0,000$	$t=5,663$ $p=0,000$	$z=-5,597$ $p=0,000$	$z=-4,992$ $p=0,000$	$t=7,080$ $p=0,000$	$t=7,180$ $p=0,000$
Yaş Grubu						
34 ve altı	34,65 (4,63)	27,47 (5,12)	35,02 (3,81)	23,49 (4,26)	27,31 (6,54)	147,96 (19,43)
35 ve üzeri	36,39 (4,27)	30,22 (4,78)	37,14 (2,84)	25,68 (3,41)	30,60 (5,36)	160,05 (16,47)
İstatistiksel Analiz	$z=-3,279$ $p=0,001$	$t=-4,391$ $p=0,000$	$z=-4,750$ $p=0,000$	$z=-4,090$ $p=0,000$	$t=-4,290$ $p=0,000$	$t=-5,256$ $p=0,000$
Medeni Durum						
Evli	35,80 (4,41)	28,65 (5,16)	36,21 (3,51)	24,69 (4,09)	28,92 (6,30)	154,28 (18,72)
Bekar	34,41 (4,74)	28,26 (5,18)	35,13 (3,72)	23,64 (4,04)	27,90 (6,32)	149,37 (19,90)
İstatistiksel Analiz	$z=-2,557$ $p=0,011$	$t=0,595$ $p=0,552$	$z=-2,520$ $p=0,012$	$z=-2,092$ $p=0,036$	$t=1,261$ $p=0,209$	$t=2,011$ $p=0,045$
Çocuk Sahibi Olma Durumu						
Var	35,56 (4,49)	28,74 (4,99)	36,35 (3,51)	24,68 (3,95)	29,06 (6,15)	154,40 (18,77)
Yok	35,06 (4,65)	28,27 (5,35)	35,27 (3,65)	23,94 (4,23)	28,02 (6,47)	150,58 (19,63)
İstatistiksel Analiz	$z=-0,926$ $p=0,355$	$t=0,739$ $p=0,460$	$z=-2,740$ $p=0,006$	$z=-1,305$ $p=0,192$	$t=1,354$ $p=0,177$	$t=1,635$ $p=0,103$
Anne Eğitim Durumu						
İlkokul ve altı	35,51 (4,36)	28,58 (4,95)	35,85 (3,74)	24,47 (3,99)	28,33 (6,15)	152,72 (18,69)
Ortaokul ve üzeri	34,89 (5,00)	28,38 (5,62)	35,89 (3,34)	24,01 (4,33)	29,07 (6,67)	152,25 (20,53)
İstatistiksel Analiz	$z=-0,830$ $p=0,407$	$t=0,301$ $p=0,763$	$z=-0,113$ $p=0,910$	$z=-0,814$ $p=0,415$	$t=-0,882$ $p=0,379$	$t=0,188$ $p=0,851$
Baba Eğitim Durumu						
İlkokul ve altı	35,30 (4,61)	28,61 (5,29)	35,83 (3,79)	24,09 (4,05)	28,36 (6,18)	152,21 (19,12)
Ortaokul ve üzeri	35,33 (4,56)	28,47 (5,11)	35,84 (3,52)	24,45 (4,13)	28,67 (6,40)	152,77 (19,37)
İstatistiksel Analiz	$z=-0,026$ $p=0,979$	$t=0,207$ $p=0,837$	$z=-0,158$ $p=0,875$	$z=-0,755$ $p=0,450$	$t=-0,379$ $p=0,705$	$t=-0,231$ $p=0,818$

Tartışma

Sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada katılımcıların yaklaşık olarak 3/4'ünün toplumsal cinsiyet kavramı hakkında bilgisi sahibi olduğu bulunmuştur. Sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet kavramı ile ilgili bilgilerinin olması; toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile ilgili sorunların farkına varmaları, toplumsal cinsiyet eşitliğini yaygınlaştırma, topluma yerleştirme ve toplumsal cinsiyet eşitliği temelli bir sağlık hizmeti sunmaları açısından önemlidir. Buna karşın sağlık çalışanlarının yaklaşık 1/4'ünün toplumsal cinsiyet kavramı hakkında bilgilerinin olmaması dikkat çekici bir bulgudur. Kavram olarak toplumsal cinsiyet hakkında bilgisi olmayan sağlık çalışanlarının, toplumsal cinsiyet eşitliğine duyarlı bir sağlık hizmeti sunması ve toplumsal cinsiyet eşitliğini topluma yerleştirme olasılığının zayıf olacağı düşünülebilir.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğu ülkemizde toplumsal cinsiyete dayalı bir eşitsizlik yaşandığını ve toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden kadın cinsiyetinin olumsuz etkilendiğini ifade etmiştir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ülkemizde ve dünyada kabul edilen önemli bir sorundur ve ağırlıklı olarak bu durumdan olumsuz etkilenen cinsiyet kadındır. Bu eşitsizlik kadının eğitimi, çalışma yaşamına katılımı ve gelir düzeyine kadar pek çok konuda olumsuzluklara neden olmaktadır. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, toplumsal baskı ile birleştiğinde ise sağlık sorunları başta olmak üzere çeşitli problemler oluşturmaktadır^{5,14,15}. Bu nedenle Dünya Ekonomik Forumu 2006 yılından itibaren toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizliğin büyüklüğünü rakamlarla göstermek ve zaman içinde göstergelerdeki ilerlemeleri izlemek amacıyla küresel toplumsal cinsiyet uçurumu raporu yayınlamaktadır. Toplumsal Cinsiyet Uçurumu 2017 yılı raporunda Türkiye 144 ülke arasında 131. sırada yer almıştır¹⁶. Ayrıca Türkiye'nin kadın toplumsal cinsiyet eşitliğini il düzeyinde ölçmek için yapılan "81 İl İçin Toplumsal Cinsiyet Eşitliği Karnesi-2017" sonuçlarına göre Sivas, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin yüksek olduğu iller arasında yer almıştır¹⁷. Bu sonuçlar sağlık çalışanlarının ülkemizde toplumsal cinsiyet eşitsizliği yaşanmasına ilişkin görüşlerini doğrular niteliktedir.

Bu çalışmada katılımcıların TCRTÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması 141,55±19,25 olup, ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 190 olduğu göz önüne alındığında, katılımcıların genel olarak eşitlikçi toplumsal cinsiyet rol tutumlarına sahip oldukları düşünülebilir. Sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet algısını belirlemek amacıyla yapılan çalışmalar kısıtlıdır. Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde çalışan personelin toplumsal cinsiyet rol tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, katılımcıların TCRTÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması 143,3±20,8 olarak bulunmuştur¹². Bu bulgu çalışma sonucumuzla benzerdir. Diğer taraftan; Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Hastanesinde 128 araştırma görevlisi doktorla yapılan çalışmada katılımcıların TCRTÖ'den aldıkları toplam puan ortalamasının 124±4,48 olduğu belirlenmiştir⁸. Ebelik ve hemşirelik 1. ve 4. sınıf öğrencilerinde yapılan bir çalışmada 1. sınıf öğrencilerinin TCRTÖ toplam puan ortalaması 148,2, 4. sınıf öğrencilerinin puan ortalaması 157,1 olarak bulunmuştur¹⁰. Tıp fakültesi öğrencilerinde yapılan başka bir çalışmada katılımcıların TCRTÖ toplam puan ortalaması 139¹⁸, Batı Karadeniz Bölgesi'ndeki bir sağlık yüksekokulunda yapılan çalışmada, hemşirelik bölümü öğrencilerinin TCRTÖ toplam puan ortalaması 104,7±12,6 olarak bulunmuştur¹¹. Gördüğü gibi hem sağlık

çalışanlarında hem de öğrenci popülasyonu ile yapılan çalışmalarda katılımcıların nispeten eşitlikçi cinsiyet rol tutumlarına sahip oldukları dikkati çekerken; araştırma sonuçları arasında, çalışmanın yapıldığı bölge ve örneklem grubunun özelliğine bağlı olarak farklılıklar olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha eşitlikçi tutuma sahip oldukları tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yapılan birçok çalışmada da kadınların erkeklere göre daha eşitlikçi toplumsal cinsiyet rol tutumuna sahip olduğu belirtilmektedir^{9,10,18-20}. Bunlardan farklı olarak bir çalışmada erkek katılımcıların kadınlardan daha eşitlikçi toplumsal cinsiyet rollerine sahip olduğu bulunmuştur²¹. Çoğu çalışmada kadınların erkeklerden daha eşitlikçi tutumlara sahip olmasının nedeni, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinden ağırlıklı olarak kadının olumsuz etkilenmesi olabilir.

Bu çalışmada hemşirelerin hekimlere göre daha eşitlikçi tutuma sahip oldukları bulunmuştur. Kurşun'un¹² çalışmasında ise bizim çalışmamızdan farklı olarak hekimlerin hemşirelere göre daha eşitlikçi bakış açısına sahip oldukları görülmüştür. Bizim çalışmamızda hemşirelerin daha eşitlikçi rol tutumlarına sahip olmaları hemşire katılımcıların çoğunluğunu kadınların oluşturması ve kadınların daha eşitlikçi toplumsal cinsiyet rollerini benimsemeleri ile açıklanabilir. Lisansüstü eğitime sahip hemşirelerin daha eşitlikçi tutuma sahip olmaları ise eğitimin toplumsal cinsiyet eşitliği bakış açısını geliştirmedeki önemini göstermektedir.

Çalışmamızda evli sağlık çalışanlarının toplam TCRTÖ puanının bekar olanlardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çelik Bekleviç⁸ ve Kurşun'un¹² çalışmasında ise bizim çalışmamızdan farklı olarak medeni duruma göre TCRTÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

Bu çalışmada ülkemizde toplumsal cinsiyete dayalı bir eşitsizlik olduğunu düşünen sağlık çalışanlarının düşünmeyenlere göre daha eşitlikçi toplumsal cinsiyet rollerine sahip oldukları belirlenmiştir. Bu sonuç hem dünyada hem de ülkemizde var olan somut verilerle de gösterilen toplumsal cinsiyete dayalı eşitsizliğin farkında olmanın konuya duyarlılığı artırdığı ve daha eşitlikçi bir bakış açısı geliştirme üzerinde etkili olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmada katılımcıların anne ve baba eğitim düzeyine göre TCRTÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuçları destekler şekilde yapılan iki çalışmada da katılımcıların anne ve babalarının eğitim düzeyi ile toplumsal cinsiyet rol tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır^{11,22}. Ancak Kurşun'un¹² yaptığı çalışmada katılımcıların anne ve babalarının eğitim düzeyi arttıkça toplumsal cinsiyet rol tutumu eşitlikçi yönde artmaktadır. Tıp fakültesi öğrencileri ile yapılan bir başka çalışmada anne eğitim düzeyi yükseldikçe katılımcıların tutumlarının daha eşitlikçi olduğu bulunmuş ancak babaların eğitim düzeyi ile katılımcıların tutumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır¹⁸. Ebelik ve hemşirelik bölümü öğrencileri ile yapılan bir başka çalışmada ise annelerinin öğrenim düzeyleri yükseldikçe toplumsal cinsiyet rol tutumlarının daha eşitlikçi olduğu bulunmuştur¹⁰. Bizim çalışmamızda anlamlı bir fark bulunmamasına karşın, birçok çalışmada özellikle anne eğitim düzeyinin toplumsal cinsiyet rollerini olumlu yönde etkilediğini belirtilmektedir. Bu durum kadının aile içinde ve çocuk yetiştirmedeki rollerinin önemini göstermektedir.

Çalışmada 35 yaş ve üzerindeki katılımcıların, 34 yaş ve altı katılımcılara göre daha eşitlikçi tutumlara sahip olduğu belirlenmiştir. Zeyneloğlu'nun²² çalışması sonuçlarımızla

benzerlik gösterirken; çalışmamızdan farklı olarak Seyitoğlu'nun¹⁸ araştırmasında genç yaş grubunun ileri yaş gruba göre daha eşitlikçi tutuma sahip oldukları belirlenmiştir. Kurşun'un¹² çalışmasında ise 42 yaş ve üzeri bireylerde eşitlikçi tutumda azalma olduğu gözlenmektedir.

Bu çalışmada ortalama çalışma yılı 10,44±8,69 olup, 11 yıl ve üzeri çalışma yılına sahip olan katılımcıları, 5 yıl ve altı ile 6-10 yıl çalışma süresine sahip olanlara göre daha eşitlikçi bakış açısına sahip oldukları bulunmuştur. Çelik Bekleviç'in⁸ araştırma görevlilerinde yaptığı çalışmada, kişilerin çalışma yılına göre toplumsal cinsiyet rolleri tutum puanları arasında herhangi bir anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$). Bizim çalışmamızda katılımcıların çalışma yılı aralığının daha geniş olması fark yaratmış olabilir. Yaşla birlikte mesleki ve sosyal deneyimlerin artmasının kişinin toplumsal cinsiyet algısının değişmesini sağladığı söylenebilir.

Sonuç olarak, sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlara göre; sağlık çalışanlarının nispeten eşitlikçi bir tutuma sahip olduklarını ve sağlık çalışanlarının sahip olduğu tutumu bireysel ve mesleki bazı özelliklerinin etkilediği söylenebilir. Bu doğrultuda sağlık çalışanlarının hem mesleki hem de mezuniyet sonrası eğitimleri kapsamına toplumsal cinsiyet kavramına ilişkin bilgilerin entegre edilmesi, sağlık çalışanlarının ülkemizdeki toplumsal cinsiyet eşitsizliği ve bunun sağlık üzerindeki yansımaları konularında farkındalıklarının artırılmasına yönelik aktivitelerin düzenlenmesi ve sağlık çalışanlarının toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının verdikleri hizmete yansımaya boyutunu değerlendiren daha ileri araştırmaların yapılması önerilir.

Açıklamalar

Bu çalışma 5. Uluslararası-16. Ulusal Hemşirelik Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur (5-8 Kasım 2017, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Litai Hotel Kongre ve Kültür Merkezi, Ankara).



Kaynaklar

1. Demirel S. Toplumsal cinsiyet. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. L. Taşkın (Ed). Ankara: Sistem Ofset Matb, 2009.
2. Sezgin D. Toplumsal cinsiyet perspektifinde sağlık ve tıbbileştirme. *SAD*. 2015; 18 (1):153-186.
3. Akın A, Demirel S. Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*. 2003; 25(4):73-82.
4. Akın A. Toplumsal cinsiyet (Gender) ayrımcılığı ve sağlık. *Toplum Hekimliği Bülteni*. 2007; 26(2):1-9.
5. Coşkun A, Özdelek R. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği: Sağlığa yansımaları ve kadın sağlığı hemşiresinin rolü. *HEAD*. 2012; 9(3):30-39.
6. Zorlu R. Toplumsal cinsiyet olgusunun farklı eğitim düzeyindeki hemşireler üzerindeki etkisinin incelenmesi. Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2011, İstanbul.
7. Özcan A. Toplumsal cinsiyet eğitiminin üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rol tutumlarına etkisi. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Kayseri, 2012.
8. Bekleviç Çelik A. Bir Üniversite Hastanesi Araştırma Görevlilerinin Toplumsal Cinsiyet Rollerine Tutum Ölçeği ve Çalışma Yaşamında Toplumsal Cinsiyet Rollerine Algısının Değerlendirilmesi, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak, 2013.
9. Vefikuluçay DY, Zeyneloğlu S, Eroğlu K, ve diğ. Kafkas üniversitesi son sınıf öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin bakış açıları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 2007; 14(2):26-38.
10. Atuş F. Ebelik/Hemşirelik 1. ve 4. sınıf öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının belirlenmesi. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adana, 2010.
11. Aydın M, Bekar EÖ, Gören ŞY, ve diğ. Hemşirelik öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları. *ASBED*. 2016; 16(1):223-242.
12. Kurşun E. Samsun Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde Çalışan Personelin Toplumsal Cinsiyet Rol Tutumlarının Belirlenmesi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Samsun, 2016.
13. Zeyneloğlu S, Terzioğlu F. Toplumsal Cinsiyet Rollerine Tutum Ölçeğinin geliştirilmesi ve psikometrik özellikleri. *HU Journal of Education*. 2011; 40:409-420.
14. Başar F. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği: Kadın sağlığına etkisi. *ACU Sağlık Bil Derg*. 2017; 3:131-137.
15. Bal MD. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğine genel bakış. *KASHED*. 2014; 1(1):15-28.
16. The Global Gender Gap Report 2017. Makale 29 Nisan 2017 tarihinde <https://www.weforum.org/reports/the-global-gender-gap-report-2017> adresinden indirildi.
17. Kavas A. Karşılaştırmalarla 81 il için toplumsal cinsiyet eşitliği karnesi. 2018. Makale 29 Nisan 2017 tarihinde www.tepav.org.tr adresinden indirildi.
18. Seyitoğlu DÇ, Güneş G, Gökçe A. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının belirlenmesi. *Med Science*. 2015; 5(1):102-116.
19. Öngen B, Aytac S. Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları ve yaşam değerleri ilişkisi. *Sosyoloji Konferansları*. 2013; 48:1-18.
20. Vefikuluçay DY, Zeyneloğlu S, Kocaöz S, ve diğ. Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin görüşleri. *UIBD*. 2009; 6(1):775-792.
21. Önder ÖR, Yalçın AS, Göktaş B. Sağlık kurumları yöneticiliği bölümü öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2013; 2(1-2-3); 55-78.
22. Zeyneloğlu S. Ankara'da hemşirelik eğitimi gören üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara, 2008.

CASE REPORT

THREE DIFFERENT TYPES OF SKIN NEOPLASMS ON THE FACE

YÜZDE ÜÇ FARKLI TİPTE DERİ KANSERİ

^{1*} Aysun Şikar Aktürk, ² Songül Bulca, ¹ Nilgün Sayman, ³ Selin Çorak Alponat, ¹ Rebiay Kıran

ABSTRACT

Skin cancers are mainly subclassified into two types: melanoma and non-melanoma skin cancers (NMSC) including basal cell carcinoma (BCC) and squamous cell carcinoma (SCC). There are some reported cases of multiple BCC and SCC of the skin in the literature. However, to our knowledge there is no case report about melanoma and NMSC in the same patient at the same time. Here, the authors report a female patient who had simultaneously BCC, SCC and lentigo maligna on her face.

Keywords: *Malign, skin, cancer, face, multiple*

ÖZ

Deri kanserleri melanom ve bazal hücreli karsinom (BHK) ve skuamöz hücreli karsinomu (SHK) içeren nonmelanom deri kanserleri olmak üzere temel olarak iki gruba ayrılır. Literatürde bildirilmiş deride çok sayıda BHK ve SHK olguları vardır. Ancak bilgimize göre aynı hastada eş zamanlı olarak melanoma ve nonmelanom deri kanseri olan vaka bildirilmemiştir. Burada, eş zamanlı olarak yüzünde BHK; SHK ve lentigo malignası olan bir kadın olgu bildirilmektedir.

Anahtar sözcükler: *Malign, deri, kanser, yüz, multipl*

Introduction

Skin cancers are subclassified into two types: melanoma and non-melanoma skin cancers (NMSC) including basal cell carcinoma (BCC) and squamous cell carcinoma (SCC)¹. Although the major risk factor in the etiopathogenesis of both melanoma and NMSC is ultraviolet (UV) irradiation, clear etiology, biology and pathology of these tumours have not been completely understood yet². There are few reported cases of multiple primary malignancies including BCC and SCC of the skin in the literature²⁻⁵. However, there is no case report about melanoma and NMSC in the same patient at the same time. Here, we report a female patient who had BCC, SCC and lentigo maligna on her face.

Case Report

A 79-year old with light skin colour (type II) female patient admitted to our Dermatology Clinic with an ulcerated lesion on the face for one year. Except occasional bleeding and crusting she had no complaint about her lesion. Her and her family's past medical history were unremarkable. She has no history of xeroderma pigmentosum, immunosuppression and any other photosensitive dermatosis. Dermatological examination revealed a sharply demarcated brown patch of 3.5x2 cm with irregular borders on her left temporal region (Figure 1a). There was an erythematous and hyperkeratotic infiltrated plaque of 1.5x1.2 cm sized on her infiltrum (Figure 1b). There were also two flesh colored papules with telangiectasia on the left and right side of the infiltrum (Figure 1c). In addition, there was a 1.5x1.1 cm sized, erythematous and ulcerated lesion on the right side of her chin (Figure 1d). She had got signs of chronic sun damage, such as lentigo and marked wrinkling with yellow discoloration on the face.

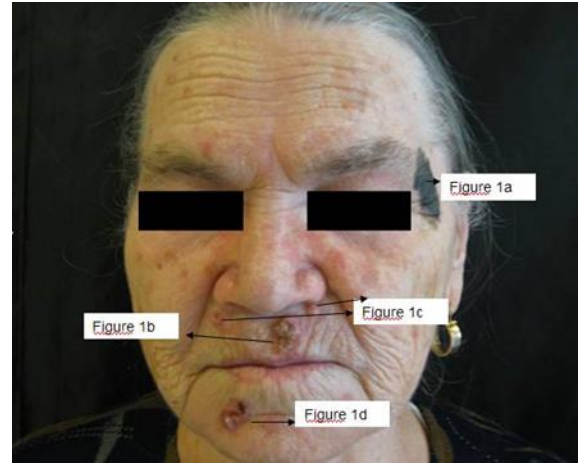


Figure 1a. A 3.5x2 cm sized sharply demarcated irregular bordered brown patch on her left temporal region

Figure 1b. A 1.5x1.2 cm sized erythematous and hyperkeratotic infiltrated plaque on her infiltrum

Figure 1c. Two flesh colored papules with telangiectasias on the left and right side of Figure 1b

Figure 1d. A 1.5x1.1 cm sized, erythematous and ulcerated lesion on the right side of her chin

Dermoscopic examination of the pigmented lesion on the left temporal region showed asymmetric follicular openings. Skin biopsy specimens taken from each of the lesions showed the findings of lentigo maligna on the left temporal region, BCC in the lesions on the left corner of the infiltrum and the right side of the chin, SCC in the lesions on the infiltrum. Physical examination, routine biochemical, hematological and urine analysis were within normal limits. Our patient was diagnosed as lentigo maligna, BCC and SCC at the same time according to these clinical, dermoscopic, and histopathological findings. There was no metastasis and all lesions were excised.

¹Kocaeli University,
Faculty of Medicine,
Department of Dermatology,
Kocaeli, Turkey
²Clinic of Dermatology,
Kocaeli Medical Center,
Kocaeli, Turkey
³Hospital of Acibadem,
Department of Pathology,
Aydın, Turkey

Received
21.03.2018

Accepted
04.09.2018

Corresponding Author
Aysun Şikar Aktürk

Kocaeli University,
Faculty of Medicine,
Department of Dermatology,
Kocaeli, Turkey

E-mail
aysun9442@hotmail.com

Discussion

Non-melanoma skin cancers especially BCC are the most common cancers in humans. BCC is derived from non-keratinizing cells that originate in the basal layer of the epidermis¹. The majority of BCC (65-83%) occurs on the head and neck region^{1,6,7}. The tumour characteristically occurs more frequently on sun-exposed skin of lighter-skinned individuals such as our case. The pathogenesis of BCC involves exposure to UV light, particularly the UVB spectrum (290-320nm) that induces mutations in tumor suppressor genes¹. Cutaneous SCC is a malignant neoplasm derived from suprabasal epidermal keratinocytes. Whereas BCC is thought to arise de novo, SCC probably evolves in most cases from precursor lesions of actinic keratosis and Bowen disease. The clinic presentation of SCC can be variable, but most of the lesions can be easily identified. Similar to the etiopathogenesis of BCC, exposure to UV light plays a major role in the pathogenesis of SCC¹.

Lentigo maligna (LM) is an overgrowth of atypical melanocytes at the dermal-epidermal junction also known as melanoma in situ. It is most commonly found on the face of elderly patients with chronically sun-damaged skin. Clinically, it presents as a gradually enlarging tan to brown macular lesion with irregular borders. LM is a potential precursor of melanoma and can present with a wide variable behaviour, ranging from a rare spontaneous regression to persisting lentigo maligna melanoma (LMM) in a 5 to 20 years period⁸.

Although the major risk factor in the etiopathogenesis of both of the melanoma and NMSC is UV irradiation, clear etiology, biology and pathology of these tumors have not been completely understood yet². But, exposure to solar UV radiation is a major risk occurrence of three different tumors⁷.

There are reported cases of multifocal primary malignancies, including BCC and SCC of the skin in the literature²⁻⁵. However, there is no case report about melanoma and NMSC in a patient at the same time in the literature to our knowledge. Here, we report a female patient who had BCC, SCC and lentigo maligna on her face. There were findings showing the effects of chronic exposure to UV such as lentigo and marked wrinkling with yellow discoloration in our case. She has no history of xeroderma pigmentosum, immunosuppression and any other photosensitive dermatoses. Our case was unique because of the simultaneous presence of SCC, BCC and melanoma.


References

1. Duncan OK, Geisse JK, Leffell DJ. Epidermal and appendageal tumors. In: Wolff K, Goldsmith LA, Katz SI, eds. Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine. 7th ed. New York: McGraw Hill Co; 2008. p.1007-1094.
2. Nowak K, Szmaja Z, Kaczmarek J. Multipl primary neoplasms on the face. *Otolaryngol Pol.* 2002; 56:89-93.
3. Lin Y, Zhao Y, Xie M, et al. A patient with four different kinds of skin tumors on the forehead. *Chin Med Sci J.* 1992; 7:244-245.
4. Tmir G, Murakami C, Berg D. Moh's surgery as an approach to treatment of multipl skincancer in rhinophyma. *J Cutan Med Surg.* 1999; 3: 169-171.
5. An JH, Abu-Serriah M, Ameerally P. Multipl synchronous cutaneous squamous cell carcinomas of the head and neck: a case report. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011; 69:317-323
6. Bstiaens MT, Hoefnagel JJ, Bruijn JA, et al. Differences in age, site distribution, and sex etween nodular and superficial basal cell carcinomas indicate different types of tumrs. *J Invest Dermatol.* 1998; 110:880-884.
7. Rasch BA, Buettner PG. Basal cell carcinoma: histological classification and body-site istribution. *Br J Dermatol.* 2006; 155:401-407.
8. Odom RB, James WD, Berger TG. Melanocytic nevi and neoplasms. In: Odom RB, James WD, Berger TG, eds. Andrew's diseases of the skin. Philadelphia: WB Saunders Co; 2000. p. 869-892.

DERLEME

TÜRKİYE'DE LYME HASTALIĞI

LYME DISEASE IN TURKEY

 Selim Öncel

ÖZ

Lyme hastalığı, Batı Avrupa'da ve Amerika Birleşik Devletleri'nin kuzeydoğusunda en sık görülen vektör kaynaklı hastalıktır. Lyme hastalığı, bildirim zorunlu bir hastalıktır. Türkiye'de çeşitli bölgelerden Lyme hastalığına yönelik seroprevalans çalışmaları ve vaka bildirimleri olmasına karşın, geniş epidemiyolojik araştırma bulunmamaktadır.

Hastalık, adını Amerika Birleşik Devletleri'nin Connecticut eyaletindeki Old Lyme köyünden almaktadır ve ilk kez 1980'lerin başında Willy Burgdorfer tarafından yalıtılan etkenleri arasında *Borrelia burgdorferi* sensu stricto, *B. garinii*, *B. afzelii* ve *B. mayonii* bulunmaktadır.

Lyme hastalığı etkenleri, *Ixodes* cinsi kenelerle bulaşır. Bu keneler larva, nimfa ve erişkinlik evrelerinde kemirgenlerin, kuşların, geyiklerin veya insanların ektoparaziti olarak barınabilir. İnsanlar, borrelia spiroketlerinin doğal yaşam siklusunun bir parçası değildirler.

Türkiye'de Lyme hastalığının yayılması için gerekli ekosistemin mevcut olduğu iklim özellikleri; sığır, koyun, keçi, tilki ve kaplumbağalarda saptanan vektör keneler ve en önemlisi, Borrelia ile enfekte *Ixodes ricinus* türü keneler bakımından kesinleşmiştir. Türkiye'de insanlarda Lyme seropozitifliği %2-44 arasında değişmektedir.

Türkiye'den sunulan Lyme vakalarının uluslararası tıp literatürüne katkısı, daha çok pediatrik nöroborelyoz vakalarında öne çıkmaktadır. Literatürdeki altıncı borrelyozla ilişkili pediatrik transvers myelitin ve intravenöz immünoglobüline yanıt vermeyen, *B. burgdorferi*'ye bağlı Guillain-Barré sendromlu bir çocukta plazmaferezin yararının bildirildiği vaka sunumları buna güzel örneklerdir.

2010 yılına kadar yaklaşık 60 olgunun bildirildiği ve günümüze değin bildirilmiş vaka sayısının 80'i geçmediği Türkiye'de Lyme hastalığı, medyadaki bazı desteksiz iddialara karşın, şimdilik büyük bir sağlık sorunu olarak görünmemektedir.

Anahtar sözcükler: Lyme hastalığı, *Borrelia burgdorferi*, *Ixodes ricinus*, Türkiye

ABSTRACT

Lyme disease is the most common vector-borne infection in West Europe and United States of America's northeastern territories. Despite seroprevalence studies and case reports from various regions, widespread epidemiologic studies are lacking in Turkey. The disease takes its name from Old Lyme village in the State of Connecticut, United States and its causative agents, first isolated by Willy Burgdorfer in early 80's, include *Borrelia burgdorferi* sensu stricto, *B. garinii*, *B. afzelii*, and *B. mayonii*. The causative agents of Lyme disease are transmitted by *Ixodes* ticks, which may be harbored by rodents, birds, deer, or humans as ectoparasites in larva, nymph, or adult forms. Humans are not a part of the natural life cycle of *Borrelia* spirochetes. The presence of ecosystem, required for the spread of Lyme disease in Turkey, has been confirmed in respect to climatic characteristics, vector ticks found in cattle, sheep, goats, foxes, and tortoises, and most importantly, *Borrelia*-infected *Ixodes ricinus* ticks. Human Lyme seropositivity in Turkey varies between 2% and 44%. The contribution of Lyme cases presented from Turkey to international medical literature is prominent mostly in pediatric neuroborreliosis cases, for which, the presentations of sixth borreliosis-associated pediatric transverse myelitis in literature and the benefit of plasmapheresis in intravenous immunoglobulin-nonrespondent *B. burgdorferi*-related Guillain-Barré syndrome in a child are good examples. Lyme disease, as which 60 cases have been reported till 2010, and the number of reported cases of which does not exceed 80 until now, does not seem to be a big health problem in Turkey for now despite some unfounded arguments in mass media.

Keywords: Lyme disease, *Borrelia burgdorferi*, *Ixodes ricinus*, Turkey

Giriş

Lyme hastalığı veya Lyme borreliyozu, Avrupa'da ve Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) en sık görülen kene kaynaklı enfeksiyondur¹. Türkiye'de çeşitli bölgelerde Lyme hastalığına yönelik seroprevalans çalışmaları ve olgu bildirimleri olmasına karşın geniş epidemiyolojik araştırma bulunmamaktadır.

Tarihçe

Hastalık, adını ABD'nin Connecticut eyaletindeki Old Lyme köyünden almaktadır. Epidemiyologlar, bu köyde çocukluk çağı romatoid artrit vaka sıklığının beklenenin 100 katından fazla olduğuna dikkat çektiler². Daha sonra Yale Üniversitesi'nden araştırmacılar, 1977'de bazı çocuklarda görülen artritinin nedeninin kene ısırığı olduğunu saptadılar³. Lyme hastalığının etkeni, yaklaşık beş yıl sonra Willy Burgdorfer tarafından yalıtıldı ve bunun *Borrelia burgdorferi* sensu lato (s.l.) kompleksindeki mikroorganizmalar olduğu anlaşıldı⁴.

Etken

Borrelia cinsi bakterilerin taksonomisi güncellenmektedir ve bu kapsamda Lyme hastalığı etkenlerinin ve bu

hastalığa neden olmayan *Borrelia* türlerini ayırt etmek üzere, *Borrelia* cinsi adlandırması önerilmiştir. Bilinen *Borrelia* türlerinden altısı, Lyme hastalığına neden olmaktadır⁵. *B. spielmanii* varlığı Türkiye'de de saptanmıştır⁶ ve *B. bavariensis*'in Avrupa ve Asya'da etken olabileceği dile getirilmişse de bu iki kitada ana etkenler *B. burgdorferi* s.l. içindeki üç genotür (genetik özellikleri açısından birbirine benzer alttürler) olan *B. burgdorferi* sensu stricto, *B. garinii* ve *B. afzelii*'dir. ABD'deki Lyme etkenleri ise *B. burgdorferi* sensu stricto (s.s.) ve *B. mayonii*'dir^{7,8}. Kuzey Amerika'da *B. burgdorferi* s.l. içindeki bakterilerden *B. americana*, *B. andersoni*, *B. bissettii*, *B. carolinensis* ve *B. kurtenbachii*'nin Lyme hastalığıyla ilişkisi, şimdiye kadar gösterilmemiştir⁵.

Vektörler

Lyme hastalığı etkenleri, *Ixodes* cinsi kenelerle bulaşır; yani hastalığının meydana gelmesi için öncelikle enfekte bir *Ixodes* kenesinin insana tutunması gerekmektedir. Bu vektör kene türleri ABD'de *Ixodes scapularis* ve *I. pacificus*, Asya'da *I. persul-*

Kocaeli Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı,
Kocaeli, Türkiye

Geliş Tarihi
14.05.2018

Kabul Tarihi
16.07.2018

Sorumlu Yazar
Selim Öncel

Kocaeli Üniversitesi,
Tıp Fakültesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı,
Kocaeli, Türkiye

E-posta
SelimOncel@doctor.com

catus ve Avrupa'da *I. ricinus*'tur⁹. İnsanlar, normalde borrelyla spiroketlerinin doğal yaşam siklusunun bir parçası değildirler; bu nedenle Lyme hastalığı olgusu, insan adı verilen davetsiz misafirin borrelyla taşıyan kenelerin, geyiklerin ve keneleri barındıran diğer rezervuar hayvanların biyolojik etkileşimlerinin gerçekleştiği bölgelere girmesiyle başlamıştır denilebilir⁷.

Etkenin Yaşam Döngüsü

İlkbaharda kene larvaları bir önceki sonbaharda bırakılan yumurtalarından çıkar. Bu larvalar enfekte değildir; çünkü borrelyanın transovaryal bulaşı yoktur. Birkaç gün süren olgunlaşma evresinden sonra larva keneler yapraklara tırmanır ve kan emecekleri ilk kurbanlarını beklemeye başlar. Bu kurbanlar kemirgenler, kuşlar veya geyiklerdir. İlk kurban -ki bu daha çok, bir kemirgendir- yazın sonlarına doğru çıkarılır. Bu, borrelyanın keneye bulaşmak için ilk fırsatıdır. Kene larvası, bu rezervuar hayvanın kanıyla üç gün boyunca beslenir ve kanla şişerek toprağa düşer. Kemirgen veya kuş borrelyla ile enfekteyse spiroket, beslenme sırasında kenenin vücuduna girebilir⁷.

Kene larvaları nimfalarla dönüşür. Nimfalar, yine yapraklarda kanı emilecek kurbanlarını bekler. Bu sefer kurban, bir insan da olabilir. İlkbaharın sonları veya yazın başında gerçekleşen bu beslenme seansı yaklaşık beş gün sürer. Bu sürenin sonunda kene yine kanla şişerek toprağa düşer ve erişkin formuna evrilir⁷.

Geyikler, kene için besin kaynağı olabilir, dolayısıyla Lyme hastalığı dolaşımına katkıda bulunur; ancak geyik komplemanı borrelyaya litik etki gösterdiği için geyikten kene larvasına spiroket bulaşmaz¹⁰.

Mevsim, artık sonbahardır ve erişkin keneler yeniden kan emmek için ava çıkar. Kurban bir insansa ve kene enfekteyse yine spiroket bulaşı gerçekleşebilir. Kene bir hafta süren bir beslenmeden sonra yere düşer. Dişi kene, artık ömrünün sonuna gelmiştir. Bin-on bin yumurta bırakır ve ölür⁷.

Beslenme sırasında spiroket, kenenin orta bağırsağında çoğalır. Bu sırada dış yüzey proteini (Osp) A, Osp C haline dönüşür. Etken, daha sonra orta bağırsaktan kenenin tükürük bezlerine ulaşır. Buradan da insana bulaş gerçekleşir. Spiroketin orta bağırsaktan tükürük bezlerine ulaşması için 36-48 saate gereksinimi vardır; dolayısıyla kene 24 saatten önce çıkarılırsa bulaş riski, önemli derecede azalır^{7,9}.

İnsan bulaşından sonra spiroket eklem, kalp ve sinir sistemi dokularına yayılır⁷.

Türkiye'de Lyme hastalığının gerçek boyutlarını saptamak için öncelikle hastalığın ortaya çıkışı ve yayılması için gerekli ortam, vektör ve rezervuar gibi etmenlerin izini sürmek gerekmektedir:

Türkiye'de Lyme Hastalığının Yayılması İçin Gerekli Ekosistem (İklim, Vektör ve Rezervuarlar) Mevcut mu?

Borrelyla spiroketlerini taşıyan vektörler (keneler), -10°C - +35°C'lık sıcaklıklarda yaşamayı sever; daha düşük ve daha yüksek sıcaklıklara kısa süre dayanabilir. Taşıyıcı kenelerin ideal habitatlarına nemlilik açısından bakıldığında havadaki nem oranının %80, topraktaki nemin ise suyla doygunluk derecesinde olduğu iklim bölgelerinde kene nüfusunun hayli yoğun olduğu görülmektedir^{2,11}. Bu koşullar, Türkiye'nin birçok yöresinde mevcuttur.

Türkiye'de Lyme hastalığını bulaştırma potansiyeli olan *I. ricinus* türü keneler görülmektedir. Yazkenesigiller (*Ixodidae*) familyasından olan *I. ricinus* (sakirga), Türkiye'de Karadeniz Bölgesi, Marmara Bölgesi'nin Karadeniz iklimine açık kesimleri ve özellikle sahil bölgeleri olmak üzere, nemli ve uygun taban örtüsünün bulunduğu alanlarda yılın her

mevsiminde görülmektedir. Keneye özellikle nem oranının yüksek olduğu, taban bitki örtüsünün sık ya da dökülmüş ve üst üste yığılmış yaprakların yoğun olarak görüldüğü, fare, sincap gibi küçük memelilerin sık olduğu doğal alanlarda rastlanmaktadır¹²⁻¹⁴. *I. ricinus*'un Karadeniz bölgesi sığırlarında (orta sıklıkta), Burdur ve Kütahya illerinde bulunduğu ve Güney Marmara'nın evcil ruminantlarında rastlanan kenelerin dörtte birinin *I. ricinus* olduğu yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur¹⁴⁻¹⁷. Kar ve diğ.'nin yaptıkları çalışmanın sonuçlarına göre *I. ricinus*, İstanbul ve çevresinde en sık rastlanan kene türlerinden biridir¹⁸.

Aynı familyadan bir borrelyla vektörü olan *I. hexagonus*'un (kirpikenesi), insanlara tutunma olasılığı düşük de olsa, taşıdıkları, kendisiyle aynı ortamları (kasaba ve şehirleri) paylaşan *I. ricinus* türü kenelere aktarması mümkündür^{19,20} ve Türkiye'de var olduğu bilinmektedir¹⁷.

Lyme etkeninin ana rezervuarlarından beyaz ayaklı fare (*Peromyscus leucopus*) ve beyaz kuyruklu geyik (*Odocoileus virginianus*), Türkiye'de yaşayan memeliler dizelgesinde yer almamaktadır; ancak Türkiye'de doğrudan varlığı henüz araştırılmamış da olsa vektör keneleri barındırabilme olasılığı yüksek olan fare ve geyik türleri mevcuttur: Örneğin, Karadeniz Bölgesi'nde yapılan bir çalışmada yabanfarelerinin (*Apodemus sylvaticus*) %9'unun *B. afzelii* antikorları taşıdığı saptanmıştır²¹.

Türkiye'de bundan başka sığırlarda, koyunlarda, keçilerde, tilkilerde ve kaplumbağalarda vektör keneler tespit edilmiştir^{14,15,22-24}. Kar ve diğ.'nin çalışmasında doğal yaşamdaki kaplumbağalarda borrelyayla enfekte kenelere rastlanırken kirpi kenelerinde borrelyla enfeksiyonu bulunmamıştır; ancak bunun çalışmadaki kirpi sayısının sınırlı olmasından kaynaklanabileceği ve Türkiye'de kirpilerin borrelyla rezervuarı olmadığı sonucunun çıkarılmasının hatalı olacağı belirtilmektedir²³. *I. ricinus* ve kirpi türlerinden *Erinaceus concolor*'un yaşadığı bölgeler, Türkiye'de kesişmektedir; bu da Türkiye'de kirpilerin borrelyla spiroketleri için pekala uygun bir rezervuar olabileceğini göstermektedir². Ayrıca Türkiye'de atlarda ve köpeklerde önemli oranda (sırasıyla %6 ve %23) anti-*B. burgdorferi* antikorları mevcut olup bir köpeğin de Lyme hastalığına yakalandığı müşahade edilmiştir^{25,26}.

Türkiye'de Lyme Hastalığının Etkeni Var mı?

Türkiye'de Lyme hastalığının etkeni, ilk kez Trakya'nın ormanlık alanlarındaki *I. ricinus* türü kenelerden yalıtılmıştır. Çalışmada toplanan tüm *I. ricinus* türü kenelerin %4'ü enfekte iken çalışmanın yapıldığı bazı alanlarda bu oran %17'ye kadar yükselmektedir. *I. ricinus* tarafından taşındığı bilinen *Borrelia* türlerinin hepsinin bu çalışmadaki izolatlarda mevcut bulunması ilginçtir. Araştırmanın sonuçlarına göre vektör kene ve Lyme hastalığı ile ilişkili *Borrelia* türleri, Türkiye'de Avrupa ile benzer özelliktedir²⁷.

Türkiye'de Lyme seropozitifliği, çeşitli çalışmalara göre %2-44 arasında değişmektedir²⁸. Bu çalışmaların başlıcaları, Çizelge 1'de özetlenmiştir.

Türkiye'den Seçilmiş Lyme Vakaları

Türkiye'de 1995-2017 yıllarında Lyme hastalığını ele alan 13 tez hazırlanmıştır²⁹. Türk tıbbının Lyme hastalığı literatürüne katkısı ise daha çok pediyatrik nöroborrelyoz vakaları üzerinden olmuştur:

Türkiye'de etkenin ilk kez yalıtıldığı bildirilen yayın, biri leptospiroz koenfeksiyonlu olmak üzere toplam üç olgu olarak Polat ve diğ.tarafından 2010 yılında yapılmıştır³⁰. Anlar ve diğ., doğrulama testi olarak kabul gören Western blot yöntemiyle Lyme hastalığı tanısı koyulan hastalardan birinde artralji, fasiyal paralizi, hemiparezi, baş ağrısı,

koryoretinit gibi sistemik belirtiler saptadıklarını bildirmişlerdir³¹. Anlar ve diğ.'nin 12 vakalık serisi Türkiye'den bildirilen en geniş Lyme hastalığı serisi olup bunu Akın Belli ve diğ.'nin bildirdiği 10 vaka izlemektedir^{31,32}. Araştırmacıların bildirdikleri 10 hastanın tümünde eritema migrans vardır ve bu hastalardan biri, dokuz yaşında bir çocuktur³².

Akut serebellar ataksi, Lyme hastalığının nadir nörolojik bulgularından biridir ve çocuklarda nadiren bildirilmiştir. Erol ve diğ., 2013 yılında yayımlanan makalelerinde beş yaşında, Adana'da yaşayan ve akut serebellar ataksisi olan bir çocuğu sunmuşlardır³³. Yine Erol ve diğ., aynı yıl tıp literatüründeki altıncı borrelyozla ilişkili pediatrik transvers miyelit vakasını yayımlamışlardır³⁴. Çelik ve diğ., ataksili bir çocuğa *B. burgdorferi*'ye bağlı Guillain-Barré sendromu tanısı koymuşlar ve intravenöz immünoglobüline yanıt vermeyen hastalarını plazmaferezle sağlığına kavuşturarak pediatrik nöroborelyozun tedavisinde plazmaferezin yararlı etkisini belgelemişlerdir³⁵. Lyme hastalığının nadir klinik bulgularından psödötümör serebri, Şahin ve diğ. tarafından sekiz yaşında bir çocukta bildirilmiştir³⁶.

Sonuç olarak, ABD'de ve Almanya'da dikkat çekici derecede fazla olmak üzere, dünyanın birçok ülkesinde kendilerini Lyme eğitimlisi ("Lyme-literate") olarak tanıtan ve bazıları hekim bile olmayan veya alternatif ve tamamlayıcı tıp çevresinden gelen bazı kişiler, multiple skleroz (MS), amiotropik lateral skleroz (ALS) ve otizm gibi tatminkar düzeyde tedavi edilemeyeabilen hastalıkları olan kişileri bilimsel yönden geçerliği kanıtlanmamış, pahalı tetkiklerle "kronik Lyme has-tası" olarak damgalamakta ve onlara yalancı bir umut vaat ederek yüksek meblağlar gerektiren tedaviler uyguladığı tak-dirde hastalıklarından kurtulabileceklerini söylemektedirler³⁷.

Bunlara örnek olarak üroterapi (idrar içme), hiperbarik oksijen tedavisi, koloidal gümüş, elektromanyetik frekans aletleri, hidrojen peroksit, diş dolgusunun sökülmesi, uzun süreli intravenöz antibiyotik ve sentetik tiroid hormonu

tedavilerini verebiliriz³⁸. Yanlış ve bilimsel temeli olmayan bu tedaviler, yıllarca sürebilmektedir.

Geçerli olmayan testlerle ve Western blot doğrulaması yapılmadan konulan Lyme hastalığı tanıları yüzünden bütün dünyada binlerce MS ve ALS hastası ve yakınları, tanının gerçekten Lyme hastalığı olduğuna inanıp, bu tanıyı daha önce koyamadıkları için hekimleri bilgisizlikle, beceriksizlikle suçlamakta ve gerçek hastalıklarını iyileştiremeyecek ilaçlar olarak görmeleri gereken tedaviden de geri kalmaktadırlar.

Türk toplumunda da Lyme hastalığına karşı duyarlılık giderek artmaktadır. Türkiye'de 7-10 milyon Lyme hastası bulunduğu gibi, temeli belirsiz savlar bazı çevrelerce dillendirilmektedir^{39,40}. Bazı laboratuvarlar, lenfosit transformasyon testi gibi, Lyme hastalığı tanısında kullanılması önerilmeyen tetkiklerin sonucunu Lyme hastalığı olarak yorumlamaktadır. Buradan hareketle Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığı'na, Türkiye'de Lyme hastalığının durumuyla ilgili bir soru önergesi verilmiştir⁴¹. Dokuz Eylül Üniversitesi bünyesinde Lyme Hastalığı Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi adı altında bir birim, kurulma aşamasındadır ve yönetmeliği Resmi Gazete'de yayımlanmıştır⁴². Ayrıca Lyme Hastalığı Mücadele Derneği adında bir de dernek kurulmuştur⁴⁰.

Türkiye'de 2010 yılına kadar yaklaşık 60 Lyme vakası bildirilmiştir ve bugüne kadar bildirilen vaka sayısının 100'den az olduğu bilinmektedir⁴³. Bu veriler, son olarak Türk Klinik Mikrobiyoloji ve Enfeksiyon Hastalıkları Derneği tarafından 30 Ocak 2018'de İstanbul'da düzenlenen "Lyme: Ülkemiz İçin Sorun mu?" adlı Sempozyum ve Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği'nce 4-8 Nisan 2018'de Antalya'da toplanan 11. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kongresi'nin ilgili oturumunda da vurgulandığı üzere, Türkiye'de Lyme hastalığının yaygın olmadığı ve özel bir çaba gerektirecek bir halk sağlığı sorunu oluşturmadığı sonucuna işaret etmektedir^{44,45}.

Çizelge 1. Türkiye'deki Lyme seropozitifliğinin araştırıldığı başlıca çalışmalar

Yazar	Bölge	Örneklem büyüklüğü (kişi)	ELISA pozitifliği (%)	Western blot ile doğrulama (%)
Cora ve diğ. ⁴⁶	Trabzon	884	26,7	14,4
Utaş ve diğ. ⁴⁷	Kayseri	50	10	Çalışılmamış
Mutlu ve diğ. ⁴⁸	Antalya	89	33,6	Çalışılmamış
Göral ve diğ. ⁴⁹	Bursa	322	Köyde 35,8, kasabada 1,4	Çalışılmamış
Hızal ve diğ. ⁵⁰	Ankara	115	10,4	Çalışılmamış
Birengel ve diğ. ⁵¹	Ankara	54 hasta, 50 riskli grup, 50 kontrol	Hasta 13, riskli grup 6, kontrol 4	Çalışılmamış
Çelik ve diğ. ⁵²	Denizli	95	18,9	Çalışılmamış
Demirci ve diğ. ⁵³	Isparta	122	Kene ısırığı öykülü hastalarda 17, kontrol	Çalışılmamış
Aydın ve diğ. ⁵⁴	Trabzon	90	6,6	Çalışılmamış
Kaygusuz ve diğ. ⁵⁵	Elazığ	19	0	Çalışılmamış
Güneş ve diğ. ⁵⁶	Sivas	405	Risk grubu 0,4, kontrol grubu 0,7	Çalışılmamış
Kaya ve diğ. ⁵⁷	Düzce	349 ormancı ve çiftçi, 193 kan donörü	Risk grubu 10,9, kan donörü 2,6	1,1
Aslan Basbulut ve diğ. ⁵⁸	Samsun	419	4	3,3
Bucak ve diğ. ⁵⁹	Bolu	196	13,7	4,6
Parlak ve diğ. ⁶⁰	Van	446	3,8	0,9
Cevizci ve diğ. ⁶¹	Çanakkale	30 şizofren, 60 sağlıklı	Şizofrenlerde 13,3, sağlıklılarda 15,0	Çalışılmamış
Gazi ve diğ. ⁶²	Manisa	324	Bildirilmemiş	0,9

Teşekkür

Yazar, Doç. Dr. Halil Özdemir'e, bu yazının tamamlanması için sunduğu katkılar nedeniyle teşekkürü bir borç bilir. Bu derlemenin kapsamı, 4-8 Nisan 2018'de toplanan 11. Ulu-

sal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kongresi'nde yazar tarafından sözlü bildiri olarak sunulmuştur.

Yazar, hiçbir çıkar çatışması olmadığını bildirmiştir.

Kaynaklar

- Akbaş E. Ulusal Mikrobiyoloji Standartları: Bulaşıcı Hastalıklar Laboratuvar Tanı Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Mikrobiyoloji Referans Laboratuvarları Daire Başkanlığı, Ankara, 2014.
- Braks M, van Wieren S, Takken W, et al. Ecology and prevention of Lyme borreliosis. In: Ecology and control of vector-borne diseases (Volume 4). Wageningen, Wageningen Academic Publishers, 2016.
- Steere AC, Malawista SE, Snyderman DR, et al. Lyme arthritis: an epidemic of oligoarticular arthritis in children and adults in three connecticut communities. *Arthritis Rheum.* 1977; 20(1):7-17.
- Burgdorfer W, Barbour AG, Hayes SF, et al. Lyme disease-a tick-borne spirochetosis? *Science.* 1982; 216(4552):1317-1319.
- Barbour AG. Microbiology of Lyme disease. UpToDate, Post T (Ed). Waltham, Massachusetts, 2018.
- Gargili A, Midilli K, Ergin S ve diğ. First record of *Borrelia spielmani* in Turkey. *Kafkas Univ Vet Fak Derg.* 2010; 16:167-169.
- Forrester JD, Vakkalanka JP, Holstege CP, et al. Lyme disease: what the wilderness provider needs to know. *Wilderness Environ Med.* 2015; 26(4):555-564.
- Pritt BS, Mead PS, Johnson DKH et al. Identification of a novel pathogenic *Borrelia* species causing Lyme borreliosis with unusually high spirochaetemia: a descriptive study. *Lancet Infect Dis.* 2016; 16(5):556-564.
- Beard CB. Epidemiology of Lyme disease. UpToDate, Post TW (Ed). Waltham, Massachusetts, 2018.
- Ullmann AJ, Lane RS, Kurtenbach K et al. Bacteriolytic activity of selected vertebrate sera for *Borrelia burgdorferi* sensu stricto and *Borrelia bissetii*. *J Parasitol.* 2003; 89(6):1256-1257.
- Dautel H, Kämmer D, Kahl O. How an extreme weather spell in winter can influence vector tick abundance and tick-borne disease incidence. Ecology and Prevention of Lyme Borreliosis, Braks MAH, van Wieren SE, Takken W et al. (Ed). Wageningen. Wageningen Academic Publishers, 2016; s. 335-350.
- Sakirga-Wikiwand. <http://www.wikiwand.com/tr/Sakirga#/Kaynakça> (Erişim: 6 Mart 2018).
- Kar S, Yılmaz N, Midilli K et al. *Borrelia burgdorferi* s.l. and *Rickettsia* spp. in ticks collected from European part of Turkey. *Kafkas Univ Vet Fak Derg.* 2013; 19(1):19-24.
- Yukarı BA, Umur Ş. The prevalence of tick species (Ixodoidea) in cattle, sheep and goats in the Burdur region, Turkey. *Turk J Vet Anim Sci.* 2002; 26(6):1263-1270.
- Göksu K. Bazı Karadeniz Bölgesi illerinin sığırlarında müşahade edilen Babesidae (Sporozoa: Proplasmida) enfeksiyonları ve kene enfestasyonları. *Ankara Üniv Vet Fak Derg.* 1968; 15(1):46-57.
- Aydın L. Güney Marmara Bölgesi Ruminantlarında Görülen Kene Türleri ve Yayılışları. 1994. 6 Mart 2018'de <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> adresinden indirildi.
- Ica A, Ozkan F. Distribution of tick species spread in Kütahya vicinity. *Turkish J Parasitol.* 2015; 39(2):117-123.
- Kar S, Yılmaz N, Akyıldız G et al. The human infesting ticks in the city of Istanbul and its vicinity with reference to a new species for Turkey. *Syst Appl Acarol.* 2017; 22(12):2245.
- Davies S, Abdullah S, Helps C et al. Prevalence of ticks and tick-borne pathogens: Babesia and Borrelia species in ticks infesting cats of Great Britain. *Vet Parasitol.* 2017; 244:129-135.
- Kirpi kenesi-Wikiwand. http://www.wikiwand.com/tr/Kirpi_kenesi (Erişim: 6 Mart 2018).
- Bilim ve Teknik Web Sitesi: Türkiye Tür Listeleri-Memeliler. http://www.bilimteknik.tubitak.gov.tr/sites/default/files/bilgipaket/canlilar/TR_tur_listesi/liste_memeliler.htm (Erişim: 6 Mart 2018)
- Arserim NB, Mete Ö. Diyarbakır ve yöresi ruminantlarında görülen Ixodidae'ların mevsimsel etkinliği. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Vet Fakültesi Derg.* 2014; 23(1):5-9.
- Kar S, Yılmaz N, Midilli K ve diğ. Doğal yaşamdaki kaplumbağa ve kirpilerin kenelerinde zoonotik *Borrelia burgdorferi* s.l. ve *Rickettsia* spp. varlığı. *Clin Exp Heal Sci.* 2013; 1(3):166-170.
- Aydın MF, Balkaya I, Aktas M et al. Tick (Ixodoidea) and flea (Siphonaptera) species on three red foxes (*Vulpes vulpes*) in Erzurum province. *Turkish J Parasitol.* 2011; 35(2):110-113.
- Bhide M, Yılmaz Z, Golcu E et al. Seroprevalence of anti-*Borrelia burgdorferi* antibodies in dogs and horses in Turkey. *Ann Agric Environ Med.* 2008; 15(1):85-90.
- Gülanber EG, Gülanber A, Albayrak R et al. Lyme disease (borreliosis) in a Saint Bernard dog: First clinical case in Turkey. *Turk J Vet Anim Sci J Vet Anim Sci.* 2007; 31(5):367-369.
- Güner ES, Hashimoto N, Takada N et al. First isolation and characterization of *Borrelia burgdorferi* sensu lato strains from *Ixodes ricinus* ticks in Turkey. *J Med Microbiol.* 2003; 52(Pt 9):807-813. doi:10.1099/jmm.0.05205-0
- Hatipoğlu M, Turhan V. Lyme Disease. *Mediterr J Infect Microb Antimicrob.* 2016; 5:3.
- Yükseköğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp> (Erişim: 30 Nisan 2018).
- Polat E, Turhan V, Aslan M et al. First report of three culture confirmed human Lyme cases in Turkey. *Mikrobiyol Bült.* 2010; 44(1):133-139.
- Anlar FY, Durlu Y, Aktan G et al. Clinical characteristics of Lyme disease in 12 cases. *Mikrobiyol Bul.* 2003; 37(4):255-259.
- Akın Belli A, Derviş E, Özbaş Gök S et al. Evaluation of 10 cases of Lyme disease presenting with erythema migrans in Istanbul, Turkey. *Mikrobiyol Bul.* 2015; 49(4):525-531.
- Erol I, Saygı S, Alehan F. Acute cerebellar ataxia in a pediatric case of Lyme disease and a review of literature. *Pediatr Neurol.* 2013; 48(5):407-410.
- Erol I, Kılıçarslan B, Saygı S et al. Acute transverse myelitis in a child with Lyme disease and a review of literature. *Pediatr Neurol.* 2013; 48(4):325-328.
- Çelik T, Çelik Ü, Kömür M et al. Treatment of Lyme neuroborreliosis with plasmapheresis. *J Clin Apher.* 2016; 31(5):476-478.
- Şahin B, İncecik F, Hergüner ÖM et al. A presentation of Lyme disease: pseudotumor cerebri. *Turk J Pediatr.* 2015; 57(5):522-524.
- Marzec NS, Nelson C, Waldron PR et al. Serious bacterial infections acquired during treatment of patients given a diagnosis of chronic Lyme disease-United States. *Morb Mortal Wkly Rep.* 2017; 66(23):607-609.
- Lantos PM, Shapiro ED, Auwaerter PG et al. Unorthodox alternative therapies marketed to treat Lyme disease. *Clin Infect Dis.* 2015; 60(12):1776-1782.
- "Türkiye'de 7 milyon Lyme hastası var ama bilmiyorlar"- Cumhuriyet Sağlık Haberleri. Cumhuriyet (2017). http://www.cumhuriyet.com.tr/haber/saglik/826563_Turkiye_de_7_milyon_Lyme_hastasi_var_ama_bilmiyorlar_html# (Erişim: 19 Nisan 2018).
- Türkiye'nin ilk Lyme hastalığı derneği kuruldu-Cumhuriyet Sağlık Haberleri. Cumhuriyet (2015). http://www.cumhuriyet.com.tr/haber/saglik/289315_Turkiye_nin_ilk_lyme_hastaligi_dernegi_kuruldu.html (Erişim: 19 Nisan 2018).
- Bakan M. Soru Önergesi. Ankara: Türkiye Büyük Millet Meclisi Başkanlığı (2017). <http://www2.tbmm.gov.tr/d26/7/7-13662s.pdf> (Erişim: 19 Nisan 2018).
- Dokuz Eylül Üniversitesi Lyme Hastalığı Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetmeliği. Resmî Gazete (2018). <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/02/20180227-10.htm> (Erişim: 19 Nisan 2018).
- Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Lyme hastalığı. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Bulaşıcı Hastalıkların Laboratuvar Tanısı İçin Saha Rehberi, Ankara. <http://mikrobiyoloji.thsk.saglik.gov.tr/ums/L/Lyme-hastaligi-Borrelia-burgdorferi-enfeksiyonu.pdf> (Erişim: 14 Nisan 2018).
- Lyme: Ülkemiz İçin Sorun mu? (İstanbul) | Klimik. <http://www.klimik.org.tr/meeting/lyme-ulkemiz-icin-sorun-mu/> (Erişim: 20 Nisan 2018).
11. Ulusal Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kongresi (2018). <http://www.cocukenfeksiyon2018.org/index.asp?sayfa=bilimsel-program> (Erişim: 20 Nisan 2018).
- Cora M, Kaklıkkaya N, Topbaş M et al. Determination of seroprevalence of *Borrelia burgdorferi* IgG in adult population living in Trabzon. *Balk Med J.* 2017; 34(1):47-52.
- Utaş S, Kardeş Y, Doğanay M. *Borrelia burgdorferi* ile ilişkili olabilecek semptomları olan hasta grubunun Lyme serolojisi yönünden değerlendirilmesi. *Mikrobiyol Bült.* 1994; 28(2):106-112.
- Mutlu G, Gültekin M, Ergin Ç ve diğ. Antalya yöresinde *Borrelia burgdorferi* antikorlarının ve vektörlerinin araştırılması. *Mikrobiyol Bült.* 1995; 29(1):1-6.
- Göral G, Kılıçturgay K, Aydın L. Antibody prevalence against *Borrelia burgdorferi* in some villages in the province of Bilecik. *Turk J Med Sci.* 1997; 27(1):51-53.
- Hızal K, Ulutan F, Akta F. Lyme hastalığı ile uyumlu bulgusu olan hastalarda *Borrelia burgdorferi* antikorlarının araştırılması. *İnfekt Derg.* 1997; 11(1):87-91.
- Birengel S, Boşça A, Kurt H ve diğ. Sağlıklı bireylerde ve bazı hasta gruplarında Lyme seropozitifliği. *Flora.* 1999; 4(1):51-57.
- Çelik A, Turgut H, Çetin Ç ve diğ. Denizli yöresinde *Borrelia burgdorferi* antikor sıklığının araştırılması. *İnfekt Derg.* 2001; 15:439-441.
- Demirci M, Yorgancıgil B, Tahan V et al. Lyme disease seropositivity in people with history of tick bite in the Isparta region of Turkey. *İnfekt Derg.* 2001; 15(1):17-20.
- Aydın K, Köksal İ, Çaylan R ve diğ. Trabzon yöresinde Lyme seropozitifliği. *İnfekt Derg.* 2001; 15:141-144.
- Kaygusuz I, Gödekmerdan A, Karlıdağ T et al. An investigation of patients with acute peripheral facial palsy with regard to Lyme disease. *Kulak Burun Bogaz İhtis Derg.* 2003; 10(4):143-147.
- Güneş T, Poyraz Ö, Kaya S et al. Investigation of vectors for *Borrelia burgdorferi* and Lyme seropositivity in Sivas region. *Mikrobiyol Bült.* 2005; 39:503-508.
- Kaya AD, Parlak AH, Öztürk CE et al. Seroprevalence of *Borrelia burgdorferi* infection among forestry workers and farmers in Duzce, north-western Turkey. *New Microbiol.* 2008; 31(2):203-209.
- Aslan Başbulut E, Gözalan A, Sönmez C et al. Seroprevalence of *Borrelia burgdorferi* and tick-borne encephalitis virus in a rural area of Samsun, Turkey. *Mikrobiyol Bul.* 2012; 46(2):247-256.
- Bucak Ö, Koçoğlu ME, Taş T et al. Evaluation of *Borrelia burgdorferi* sensu lato seroprevalence in the province of Bolu, Turkey. *Turkish J Med Sci.* 2016; 46(3):727-732.
- Parlak M, Bayram Y, Çıkmak A et al. Seropositivity of *Borrelia burgdorferi* in risky groups in Van region, Turkey. *Mikrobiyol Bul.* 2015; 49(3):439-445.
- Cevizci S, Celik M, Akcalı A et al. Seroprevalence of anti-*Toxoplasma gondii* and anti-*Borrelia* species antibodies in patients with schizophrania: a case-control study from western Turkey. *World J Biol Psychiatry.* 2015; 16(4):230-236.
- Gazi H, Özküttük N, Ecemis Ö et al. Seroprevalence of West Nile virus, Crimean-Congo hemorrhagic fever virus, Francisella tularensis and *Borrelia burgdorferi* in rural population of Manisa, western Turkey. *J Vector Borne Dis.* 2016; 53(2):112-117.

YAZARLARA BİLGİ

MAKALE YAZIM KURALLARI

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, sağlık bilimleri alanındaki çalışmalara yer verir ve sadece çevrimiçi (online) olarak Ocak, Mayıs ve Eylül aylarında yılda 3 kez yayınlanır. Derginin yayın dili Türkçe veya İngilizce'dir. Sağlık bilimleri ile ilgili olabilecek özgün araştırma, derleme, olgu sunumu ve editöre mektup dergimizde yayınlanmaktadır.

A. Genel Bilgiler

Dergiye gönderilen makalelerin daha önce başka bir yerde yayınlanmamış ya da yayın için kabul edilmemiş olması, bilimsel ve etik kurallara uygun olması gereklidir. Yazarlar, makalelerin bilimsel ve etik kurallara uygunluğundan sorumludur (<http://www.icmje.org/about-icmje/faqs/conflict-of-interest-disclosure-forms/>).

Dergide çıkan yazıların tüm hakkı dergiye aittir. Yazılar için yazarlara telif hakkı ödenmez. Makaleye ek olarak yukarıdaki şartları kaşif taramalarına dayalı yazılarda Anabilim Dalı (Bilim Dalı) Başkanlığı, Başhekimlik veya Servis Şefliği tarafından arşivde çalışılmasına izin verdiğine dair bir belgenin çalışmaya eklenmesi zorunludur. Prospektif klinik çalışmalar için resmi gazetenin 29.01.1993 tarih ve 21480 sayılı nüshasında yayımlanan yönetmeliğe uygun bir şekilde Etik Kurulu onayı alınmalıdır. Dergide yer alan makalelerin etik sorumluluğu yazarlarına aittir.

Dergiye gönderilen makalelerden hakeme gönderilmesi uygun görülen makaleler konunun uzmanı olan en az iki hakem tarafından değerlendirilir. Hakemlerden birinin olumsuz, diğerinin olumlu görüş bildirmesi durumunda makale üçüncü hakeme gönderilir. Makalenin yayımlanabilmesi için iki hakemin de olumlu görüş bildirmesi gerekmektedir. Değişikliğe gerek görüldüğü takdirde, istenilen değişiklikler yazarlarca **15 gün içerisinde** yapıldıktan sonra yayın tekrar incelemeye alınır, yazım ve dil bilgisi hataları makalenin içeriğine dokunulmaksızın yayın kurulu tarafından düzeltilir.

Etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel insan ve hayvanlar üzerindeki çalışmalar için etik kurul onayı alınmış olmalı, bu onay makalede "Etik Kurul Onay Numarası" ile belirtilmelidir ve belgelendirilmelidir.

Derleme yazılarında, tüm yazarların derleme konusu ile ilgili en az bir SCI/SCI-expanded indekse giren yayınının bulunması gerekmektedir.

Makale gönderimi çevrimiçi olarak <http://dergipark.gov.tr/kusbed> adresine Microsoft Word dosyası olarak eklenmelidir. Öz, ana metin ve kaynaklar (çizelgeler dahil) 12 yazı boyutunda Times New Roman ve satır aralığı 1,5 olacak şekilde gönderilmelidir. Makalelerin değerlendirilmeye alınabilmesi için, başvuru esnasında 'Telif Hakkı devir formu' doldurulmalıdır. Bu formu içermeyen yazılar değerlendirmeye alınmaz.

Dergi İntihal İlkesi

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi'nde iThenticate (Akademik intihal engelleme programı) kullanılmaktadır. Dergimize makale göndermeden önce uygun intihal yazılım programlarıyla (iThenticate, Turnitin: Tezler için vb.) makalenizdeki benzerlik durumunu belirlemeniz tavsiye olunur. Bu itibarla, dergimize gönderilen makaleler/derlemeler ön değerlendirme sürecinde; iThenticate yazılımı yardımıyla benzerlik oranları belirlenmekte, bu oranın dergimiz için % 30'un altında olması Editörler Kurulumuz tarafından kabul görmektedir. Belirlenen bu oranının üzerinde olan makaleler/derlemeler yazar(lar)a iade edilir.

B. Yazım Kuralları

Metin içi ve metin sonu kaynak gösterimi için, **AMA (Amerikan Tıp Birliği/American Medical Association)** stili kullanılmalıdır (<http://library.nymc.edu/informatics/amastyle.cfm>).

Dergide **kör hakemlik** uygulaması söz konusu olduğundan makale ana metin üstünde yazarlara ilişkin herhangi bir bilgi bulunmamalıdır.

Tüm makale yazarlarının, ORCID (Open Researcher and Contributor ID) numaraları başlık sayfasına eklenmelidir.

B. 1. Başlık Sayfası

Yazılar başlık sayfasından başlanarak numaralandırılmalı, sayfa numaraları sağ alt köşeye yazılmalıdır.

Başlık sayfasında; yazının başlığı (Türkçe ve İngilizce), başlık altında tüm yazarların ad ve soyadları, kurumları yer almalıdır. Sorumlu yazarın adı ve soyadı, telefon numarası, e-posta ve yazışma adresleri bulunmalıdır.

B. 2. Öz Sayfası

Öz (Abstract), Türkçe ve İngilizce olarak en fazla 300 sözcük olacak şekilde; ‘Amaç (Objective)’, ‘Yöntem (Methods)’, ‘Bulgular (Results)’ ve ‘Sonuç (Conclusion)’ bölümlerinden oluşmalıdır.

Derleme ve olgu sunumunda öz sayfası bölümlere ayrılmadan yazılmalıdır.

Özün altına anahtar sözcükler (en az 3, en fazla 6) verilmelidir. Anahtar sözcükler Türkçe ve İngilizce yazılmalıdır. İngilizce anahtar sözcükler Index Medicus’da “Medical Subjects Headings” listesine uygun olmalıdır (Bkz: www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html). Türkçe anahtar sözcükler Türkiye Bilim Terimleri’ne uygun olarak verilmelidir (Bkz: www.bilimterimleri.com).

B. 3. Ana Metin

B. 3. 1. Özgün Araştırma

Sırasıyla ‘Giriş’, ‘Yöntem’, ‘Bulgular’ ve ‘Tartışma’ bölümlerinden oluşmalıdır. Tartışma kısmının son paragrafında çalışmanın sonuçları ifade edilebilir, ek bir başlık açılmasına gerek yoktur.

En çok 15 sayfa (öz, teşekkür ve kaynaklar hariç) olmalıdır.

B. 3. 2. Derleme

En çok 20 sayfa (öz ve kaynaklar hariç) olmalıdır.

B. 3. 3. Olgu Sunumu

En çok 10 sayfa (öz, teşekkür ve kaynaklar hariç) olmalıdır.

-Olgu sunumlarında ise sırasıyla giriş, olgu sunumu ve tartışma bölümlerini içermelidir.

B. 3. 4. Editöre Mektup

En çok 5 sayfa (öz ve kaynaklar hariç) olmalıdır.

Çizim ve çizelge içermez.

Bir makaleye ithaf olarak yazılmış ise sayı ve tarih verilerek belirtilmeli ve metnin sonunda yazarın ismi, kurumu ve adresi bulunmalıdır.

B. 4. Çizim ve Çizelgeler

Metin içerisinde kullanılan fotoğraf, grafik, şekil, resim gibi görsel sunum araçları ‘**Çizim**’ olarak tanımlanır. ‘**Çizelge**’ ise sınıflandırılmış verilerin yer aldığı görsel sunum araçlarıdır.

Çizelgeler kaynaklardan sonra başlıklarıyla birlikte verilmelidir.

Çizelgeler, başlığın alt ve üstünde, ayrıca alt satırın altında yatay kenarlık ve sol sütunun sağ dikey kenarlığı olacak şekilde düzenlenmelidir.

Çizim ve çizelgeler, numaraları ile metin içinde geçtiği yerlerde ilgili cümlelerin sonunda ayraç içinde belirtilmeli; sırayla numaralandırılmalıdır.

Örnek çizelge:

Çizelge 1. Araştırmaya katılanların ilk başvurularını birinci basamakta çalışan hekime yapmama nedenleri.

Başvurmama Nedeni	*n	%
Sadece psikiyatri uzmanı ruh sağlığı hizmeti sunabilir	47	53,4
Birinci basamakta çalışan hekimin bu hizmeti sunduğunu bilmemem	17	19,3
Ebeveyn kararıydı	12	13,6
Birinci basamakta çalışan hekime güveniyorum ancak tercih etmedim	12	13,6

*Toplam hasta sayısı.

Çizimler, metne dahil edilmemeli ve sistem üzerinden “Görseller” başlığı seçilerek yüklenmelidir. Görseller; JPG, GIFF, PNG veya TIFF formatında gönderilmelidir.

Metine ek olarak sisteme yüklenen tüm çizim başlıkları, “Çizim Başlığı” altında, kaynaklardan sonra listelenmelidir.

Kullanılan kısaltmalar çizim ve çizelgelerin altındaki açıklamada 10 yazı boyutunda belirtilmelidir.

Ondalıklı sayıların belirtilmesinde Türkçe metinlerde virgül işareti, İngilizce metinlerde nokta işareti kullanılmalıdır. Yüzde ile belirtilen sayılarda Türkçe metinlerde sayı önünde, İngilizce metinlerde ise sayı arkasında % işareti kullanılmalıdır.

B. 5. Açıklamalar

Çalışmada teşekkür, daha önce sunulduğu kongre, çıkar çatışması olmadığı, maddi destek, bağış ya da teknik yardım gibi konular metnin sonunda belirtilmelidir.

Araştırma desteği (Üniversite Bilimsel Araştırma projeleri , TÜBİTAK projeleri ve benzeri kurumlardan) alınmışsa, proje numarası belirtilmelidir.

C. Kaynak Gösterimi

Dergimiz, kaynak yazımında atıf düzenleme programlarının kullanımını tavsiye etmektedir (EndNote, Mendeley vb.).

C. 1. Metin İçinde;

Kaynaklar, metinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalıdır ve kaynak numaraları üst simge olarak verilmelidir. Örneğin, "... belirtilmektedir⁸". Daha önce kullanılmış kaynak aynı numara ile yazılmalıdır. Birden fazla kaynak var ise aralarına virgül konularak ayrılmalıdır. Örneğin, ... bildirilmektedir^{8,13,18}. Birbirlerini izleyen makalelerde, ilk ve son numara "-" ile ayrılarak gösterilmelidir. Örneğin, ... bildirilmektedir^{3,13-16}.

C. 2. 'Kaynaklar' Başlığı Altında;

Kaynaklar ayrı bir liste olarak metin içindeki sıralamalarına göre numaralandırılarak verilmelidir. Kaynak sayısı özgün araştırmalarda en çok 60, olgu sunumlarında en çok 20, editöre mektuplarda ise en çok 5 olmalıdır.

Kaynaktaki yazar sayısı 3 veya daha az ise tüm yazarlar belirtilmeli; 3'den fazla ise, Türkçe kaynak gösteriminde sadece ilk 3 isim yazılmalı "ve diğ." şeklinde, İngilizce kaynak gösteriminde ise ilk 3 isim yazılmalı ve "et al." şeklinde gösterilmelidir.

Diabetes mellitus is associated with a high risk of foot ulcers¹⁻³.

Several interventions have been successful at increasing compliance^{11,14-16}.

The data of Smith et al¹⁸ is further evidence of this effect.

As reported previously,^{1,3-6}

The results were as follows⁴:

Kişisel deneyimler ve basılmamış yayınlar kaynak olarak gösterilemez. Çevrim içi yayınlar için DOI (digital object identifier) numarası verilmelidir.

Örnek:

1. Gage BF, Fihn SD, White RH. Management and dosing of warfarin therapy. *Am J Med.* 2000;109(6):481-488. doi:10.1016/S0002-9343(00)00545-3.

Kaynak listesindeki bir makale yazar soyadı, yazarın adının ilk harfi, kaynak makalenin adı, dergi adı, yayın yılı, cilt ve sayı numarası ve sayfa numarası yazılmalıdır. Dergi adları Index Medicus kısaltmalarıyla ya da dizinlere girmiyorsa tam adıyla italik olarak yazılmalıdır.

Örnek:

1. Debes-Marun CS, Dewald GW, Bryant S, et al. Chromosome abnormalities clustering and its implications for pathogenesis and prognosis in myeloma. *Leukemia.* 2003; 17:427-436.

2. Ozelik F, Oztosun M, Gülsün M, ve diğ. İdiopatik trombositopenik purpura ön tanılı bir olguda EDTA'ya bağlı psödotrombositopeni. *Turk J Biochem.* 2012; 37(3):336-339.

Örnek:

1. Keçeli S, Dünder D, Sönmez TG. Anti-candidal activity of clinical *Pseudomonas aeruginosa* strains and *in vitro* inhibition of *Candida* biofilm formation. *Mikrobiyol Bul.* 2012; 46(1):39-46.

Bir derginin ek sayısı (Supplement) kaynak gösterileceği zaman; İngilizce makalelerde (Suppl.) ve Türkçe makalelerde ise (ES) şeklinde gösterilmelidir.

Çevrimiçi makale ise tam yayın tarihi kullanılır. Genellikle cilt ve dergi sayıları, sayfa numaraları yoktur. Makaleye doğrudan ulaşım adresi ve indirilen tarih verilmelidir.

Örnek:

5. Frederickson BL (2000, Mart 7). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. Prevention & Treatment 3, Makale 0001a. 20 Kasım 2000'de

<http://journals.apa.org/prevention/volume3/pre003000-1a.html> adresinden indirildi.

Kitabın kaynak gösterimi ise yazarların adı, kitabın adı, birden çok basımı varsa kaçınıcı basım olduğu, basımevi, basım yeri, basım tarihi belirtilmelidir

Örnek:

2. Strunk W Jr., White EB. The Elements of Style (4. baskı). Longman, New York, 2000.

Kaynak çok yazarlı bir kitabın bölümü ya da bir makalesi ise bölümün ya da makalenin yazarı, bölümün ya da makalenin adı, kitabın adı, kaçınıcı baskı olduğu, cildi, kitabın yayın yönetmenleri, basım yeri, sayfaları, tarih yazılmalıdır.

Örnek:

3. Meltzer HY, Lowy MT. Neuroendocrin function in psychiatric disorders. American Handbook of Psychiatry, 2. Baskı, cilt 8, PA Berger, HKH Brodie (Ed), New York. Basic Books Inc, 1986; s. 110-117.

Çeviri kitaplar aşğıdaki şekilde kaynak olarak gösterilmelidir.

Örnek:

4. Liberman RP. Yetiyitiminden İyileşmeye: Psikiyatrik İyileştirim Elkitabı. American Psychiatric Publishing Inc. Washington DC. 2008. Çev. Mustafa Yıldız, Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği, Ankara, 2011.

Kaynak çevrimiçi (internette yer alıyor) ise erişim tarihi ile birlikte yazılmalıdır.

SÜREÇ YÖNETİMİ**A. Çift-Kör Hakemlik**

Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi (KOU Sag Bil Derg.), yılda 3 kez yayınlanan ve çift-kör hakemlik sürecinden geçen bilimsel makalelerin yayınlandığı ulusal/uluslararası ve hakemli bir akademik dergidir.

Yayınların incelenmesi için çalışmaların içeriğine ve hakemlerin uzmanlık alanlarına göre en az iki hakem, makale alan editörü/leri tarafından atanır. Bu süreçte hakem değerlendirme raporları elektronik ortamda isimsiz olarak gönderilir. Değerlendirmeyi yapan hakemlerin isimleri çift-kör yöntemi gereği raporlarda ve dergide belirtilmemektedir. Talep edilmesi halinde, hakem olarak dergiye katkı sağladığına ilişkin yazılı bir belge hakemlere verilebilir.

Yazarlar, hakemlerle doğrudan iletişime geçemez, değerlendirme ve hakem raporları dergi yönetim sistemi aracılığıyla iletilir. Bu süreçte değerlendirme formları ve hakem raporları editör aracılığıyla sorumlu yazara iletilir.

B. Karar Alma Süreçleri

Yayınlanmak üzere gönderilen tüm çalışmalar, değerlendirme için alanlarında uzman en az iki hakeme gönderilir. İnceleme sürecinin tamamlanmasının ardından editör, söz konusu çalışmanın doğruluğu, araştırmacı ve okuyucular için önemi, hakem raporları, telif hakkı ihlali ve intihal gibi yasal düzenlemeleri de göz önünde bulundurarak hangi çalışmaların yayınlanacağına karar verir. Editör, bu kararı verirken diğer editörlerden veya hakemlerden de tavsiyeler alabilir.

C. İvedilik

Hakem değerlendirmesi yapmak üzere davet alan bir hakem, ilgili çalışma için hakemlik yapmayı yapamayacağını yedi gün içinde editöre bildirmelidir. Kabul edilen hakemlik değerlendirme süreci onbeş, sorumlu yazara bildirilen değişikliklerin tamamlanması için, yazarlara verilen süre ortalama onbeş gündür. Sorumlu yazara son okuma için gönderilen metnin değerlendirme süresi ise üç gündür.

D. Gizlilik

Değerlendirme için hakemlere gönderilen çalışmalar gizli belge olarak tutulmalıdır. Çalışmalar başkalarına gösterilmemeli, içerikleri tartışılmamalıdır. Gerekli durumlarda editörün izni dahilinde hakemler başka meslektaşlarından tavsiye isteyebilirler. Editör, bu izni ancak istisnai bir koşul olması durumunda verebilir. Gizlilik kuralı, hakemlik yapmayı reddeden kişileri de kapsamaktadır.

E. Tarafsızlık İlkesi

Değerlendirme sürecinde yazarlara yönelik kişisel eleştiri yapılmamalıdır. Değerlendirmeler, nesnel ve çalışmaların geliştirilmesine katkı sağlayacak şekilde olmalıdır.

F. Kaynak Belirtme

Hakemler, çalışmada atıf olarak belirtilmeyen alıntılar varsa bunları yazarlara bildirmekle yükümlüdür. Hakemler, alanda atıfta bulunulmayan eserlere ya da benzer eserlerle çakışan alıntılara özellikle dikkat etmelidir. Hakemler, daha önce yayınlanmış herhangi bir çalışma ya da bilgiyle benzerliği olan yayınların farkedilmesi durumunda editörleri bilgilendirmelidir.

G. Bilgilendirme ve Çıkar Çatışması

Hakemler, çalışmasını değerlendirmekle görevlendirildikleri herhangi bir yazar, şirket ya da kurumla işbirliğine dayalı herhangi bir bağlantıları olması durumunda değerlendirme yapmayı kabul etmemeli ve durumdan editörü haberdar etmelidir.

Hakemler, değerlendirme için gönderilmiş, yayınlanmamış eserleri ya da eserlerin bölümlerini yazar(lar)ının yazılı onayı olmadan kendi çalışmalarında kullanamaz. Değerlendirme sırasında elde edilen bilgi ve fikirler hakemler tarafından gizli tutulmalı ve kendi çıkarları için kullanılmamalıdır. Bu kurallar, hakemlik görevini kabul etmeyen kişileri de kapsamaktadır.