



**Derginin Sahibi**

Prof. Dr. İbrahim AYDINLI

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekan V.

**Bas Editör**

Dr. Öğretim Üyesi Nazan TORUN

Ankara Yıldırım Beyazıt Bölümü, Sağlık Yönetimi Bölümü

**Editör Yardımcıları**

Doç. Dr. Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Banu MÜJDECİ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Odyoloji Bölümü

**Teknik Editörler**

Arş. Gör. Oğuzhan METE, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Taşkın ÖZKAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Çağlar SOYLU, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

**Biyoistatistik Editörleri**

Prof. Dr. Selim Yavuz SANİSOĞLU, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Pervin DEMİR, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

**Yazı İşleri Müdürü**

Dr. Öğretim Üyesi Hilal TÜZER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

**Sekreterva**

Arş. Gör. Mustafa KARABULUT, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Kürşad KARAKOÇ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

**Redaktörler**

Arş. Gör. Elmas AKIN ALTINCI, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Arş. Gör. Dr. Sibel PEKSOY, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Ankara

Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergi'si (TUSBAD), Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nin bir yayın organıdır.

### *Bilimsel Danışma Kurulu*

Prof.Dr. Nazan AKTAŞ, Selçuk Üniversitesi, Konya, Türkiye

Prof.Dr. Yeşim BAKAR, Bakırçay Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Prof.Dr. Mehmet GÜNAY, Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof.Dr. Ayşegül GÜVEN, Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof.Dr. İsmail Hakkı DEMİRCİOĞLU, T.C. İçişleri Bakanlığı Jandarma ve Sahil Güvenlik Akademisi, Ankara

Prof.Dr. Sevim SAVAŞER, Biruni Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof.Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU, Atılım Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç.Dr. Müdriye YILDIZ BIÇAKÇI, Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç.Dr. Tarık TUNCAY, Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

### *Editör Kurulu*

Prof.Dr. Cengiz ÖZBESLER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Hizmet Bölümü

Prof.Dr. Baki YILMAZ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Spor Bilimleri Bölümü

Doç.Dr. Sena KAPLAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Doç.Dr. Banu MÜJDECİ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Odyoloji Bölümü

Dr. Öğretim Üyesi Ertuğrul DEMİRDEL, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Dr. Öğretim Üyesi Lale Sariye AKAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Dr. Öğretim Üyesi Fatma Elif KILINÇ, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Çocuk Gelişimi Bölümü

Dr. Öğretim Üyesi Hilal TÜZER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğretim Üyesi Nazan TORUN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Adres: ‘‘Etlik Doğu Kampüsü’’ Ayvalı Mahallesi Gazze Caddesi Keçiören Belediyesi Yüzme Havuzu Üstü  
Keçiören/ANKARA

E-mail: saglikbilfakulte@ybu.edu.tr

Tel: (0312) 324 1555/1908/1909/1910/1911

Belgegeçer (Faks): (0312) 906 2967

### *Derginin Bu Sayısında Görev Alan Hakemlerimiz*

Ayten ARIÖZ DÜZGÜN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Evrin KIZILER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Hicran ÇETİN, Başkent Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Bölümü

Lale AKAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Nazan TORUN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü

Rıza GÖKLER, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sosyal Hizmet

Sevil ŞAHİN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü

Sinem TARHAN, Bartın Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Bölümü

Yahya ÖZDOĞAN, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

## ARAŞTIRMA MAKALESİ

**Alt-Sosyo Ekonomik Düzeye Sahip Ailelerin Çocuk İstismarı ve İhmali Konusunda Farkındalık Düzeylerinin İncelenmesi***Selin MERAĞI<sup>1</sup>, Esra ÇALIK VAR<sup>2</sup>*

## ÖZ

**Amaç:** Araştırmanın amacı, sosyo-ekonomik düzeyi düşük ailelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalık düzeylerinin incelenmesidir.

**Yöntem:** Ankara ilinde ikamet etmekte olup sosyal yardımlardan faydalandığını belirten 137 çocuğun anne-babasına ‘İstismar Farkındalık Ölçeği’ uygulanmıştır. Katılımcıların bahsi geçen ölçekten aldıkları puanlar ile sosyo-demografik özellikleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını test etmek amacıyla parametrik testlerden Bağımsız Örneklemeler için T Testi ve Tek Yönlü Anova analizleri kullanılmıştır.

**Bulgular:** Ailelerin ‘İstismar Farkındalık Ölçeği’nden aldıkları puanlar ile eğitim durumu ve medeni durum arasında anlamlı bir farklılık bulunmuş; yaş ve sosyal yardımlardan faydalanma süresi ile ölçekten alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

**Sonuç:** Bu çalışmada, alt sosyo-ekonomik düzeye sahip ailelerin çocuk istismarı bilinç düzeyinde anne-babanın yaşının önemi olmadığı; katılımcıların eğitimi durumu arttıkça bilinç düzeylerinin arttığı, boşanmış ve eşini kaybetmiş ebeveynlerin istismar ve ihmal bilinç düzeyinin daha düşük olduğu, sosyal yardımlardan faydalandıklarını söyleyen anne ve babaların sosyal yardımdan faydalanma süresi ile çocuk istismarı ve ihmali bilgi düzeyleri ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonuçlarına ulaşılmıştır. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi için risk faktörlerine sahip özellikle alt sosyo-ekonomik seviyedeki ailelerin bilinçlendirilebilmesi için eğitimlerin planlanması, risk grubundaki yoksul ailelerin tespiti ve bu ailelere yapılan yardımların geliştirilebilmesi için izlenmesi gerekliliği düşünülmektedir.

**Anahtar kelimeler:** Aile, Çocuk, Çocuk İhmali, Çocuk İstismarı

**A Survey about the Awareness Level of the Child Abuse and Neglect among the Socioeconomically Low-Level Families***Selin MERAĞI<sup>1</sup>, Esra ÇALIK VAR<sup>2</sup>*

## ABSTRACT

**Aim:** The purpose of this survey is examining the awareness level of families with low socio-economic status about child abuse and neglect.

**Methods:** A survey (Abuse Awareness Scale) was conducted among the 137 children's parents who dwell in the Ankara city and intend to apply to social aid system. In order to test whether there is a significant difference in terms of sociodemographic characteristics of the participants, T-test among the parametric tests and Anova methods were used.

**Results:** A significant relevance was detected between the scores of the parents on the scale and their education level and marital status. But apparently, there was no significant relationship between age and duration of receiving social aids.

**Conclusion:** In this research, it was found out that the level of child abuse awareness of the families with the lower socio-economic level was not important for the age of the parents. But the education level of the participants increased, awareness of the parents about child abuse and neglect also has increased. Furthermore, results revealed that single parents are less aware of the child abuse and neglect, and there was no significant relevance between the level of awareness of child abuse and duration of receiving social aids of the families.

**Keywords:** Family, Children, Children Neglect, Children Abuse

<sup>1</sup> Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Politikaları ve Uygulamaları Bölümü

<sup>2</sup> Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sosyal Hizmet Bölümü

**Sorumlu Yazar:** Esra ÇALIK VAR

**E-posta adresi:** esracalik82@gmail.com

**ORCID No:** 0000-0002-6025-0576

**Gönderi Tarihi:** 05.05.2019

**Kabul Tarihi:** 28.05.2019

## GİRİŞ

Çocukluğun genel kabul gören kavramsal bir tanımını yapabilmek zorlayıcı bir süreçtir. Çocukluğun geçtiği bağlam, kültür, yasalar, dönemin genel kabulleri, anne-babalık anlayışı, yetişkinliğin ne zaman başladığına ilişkin algılar çocukluk tanımını da farklılaştırmaktadır.

Wyness, çocukluğu “Çocukların doğasını ve toplumun diğer üyeleriyle ilişkilerinin türlerini tanımlayan bir soyutlama, fikirler takımı” olarak tanımlanmıştır (1). Çağdaş çocukluğu anlamlandırabilmek adına dört yaklaşım bulunmaktadır. Toplumsal olarak kurulmuş çocuk yaklaşımı, çocukluğun hem tarihsel hem de kültürel anlamda değiştiğini vurgulamaktadır. Toplumsal yapısal çocuk yaklaşımı ise çocukların toplumdaki konumlarından topluma değişen görünüşleri olduğunu ancak her toplumda değişmez bir grup olarak toplumsal hayatın bir parçası olduklarını ileri sürmektedir. Azınlık grubu çocuğu yaklaşımı toplumsal yapısal çocuk yaklaşımı ile benzerlik gösterirken onun siyasi bir versiyonudur. Kabile çocuğu yaklaşımı ise toplumsal olarak kurulmuş çocuk yaklaşımının siyasi formudur. Her iki yaklaşım da çocuğun özgürlüğü üzerine odaklanır (2). Tüm bu tanımlamaların dışında çocukluk, hayatın bütün evrelerini etkileyen önemli bir yaşam dönemidir. Kişinin yetişkinlik dönemindeki fiziksel ve zihinsel sağlığı ve üretime katılımının niteliği çocukluk dönemi yaşantıları ile doğrudan ilişkilidir. Gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlarda çocuğun faydacı değeri azalarak psikolojik değeri

artmaya başlamıştır (3). Bu nedenle, gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlar hem devlet politikaları hem de uygulamalarında çocuk haklarına yer vermekte (4) çocukları aile yanında, okulda ve farklı çevrelerde korumaya çalışmaktadır. Çocuğa yönelik bu bakış açısını destekleyen düşüncenin bir ürünü olarak Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından Çocuk Hakları Sözleşmesi imzalanmıştır.

Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi, Birleşmiş Milletler 44. Genel Kurulunda 20 Kasım 1989 yılında oy birliğiyle kabul edilmesinin ardından Türkiye’de 2 Eylül 1990 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Sözleşme ile 18 yaşın altındaki her birey çocuk olarak kabul edilmiş ve çocuklara sunduğu haklar ile dünyadaki bütün çocukların sağlıklı bir şekilde yaşamlarını sürdürebilmeleri için her türlü ihmal ve istismardan korunmalarını sağlamayı amaç edinmiştir (5). Son yıllarda bütün toplumlarda yapılan çalışmalarla çocuk istismarı ve ihmalini engelleme konusunda olumlu gelişmeler kaydedilse de dünyanın pek çok yerinde çocuklar aileleri ya da yabancı kişilerce kötü muameleye maruz kalmakta; beslenme, barınma, hijyen gibi temel ihtiyaçlarından yoksun bir şekilde büyümektedirler (6). Kontrolsüz kentleşme, artan nüfus, yoksulluk, çocuğa yönelik algı gibi nedenlerle çocuğun sadece çocukluk dönemini değil tüm yaşantısını etkileyen çocuk istismarı ve ihmalinin görülme sıklığı giderek artmaktadır. 2000 yılında, Türkiye’nin 27 ilinde Türkiye Devlet

İstatistik Enstitüsü'nce gerçekleştirilen çalışmada 6758 çocuğun istismar ve ihmal mağduru olduğu açığa çıkmıştır (7) fakat bu verilerin sayı bakımından daha fazla olduğu ve geleneksel toplumlarda kültürel nedenlerle bazı vakaların gizli tutulduğu ve bildirilmediği düşünülmektedir (8).

Çocuk istismarı kavramını ilk kez ortaya atan isim 1962 yılında Henry Kempe olmuştur. Kempe, ilk olarak "hırpalanmış çocuk" terimini ortaya koymuştur ve bu önemli gelişmeden sonra Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırmalar yaygınlaşmaya başlamıştır (9). Çocuk istismarı ve ihmali, bir yetişkin tarafından bilinçli veya bilinçsiz bir şekilde çocuğa yöneltilen, profesyonel kişilerce uygunsuz olarak nitelendirilen ve çocuğun gelişimini olumsuz etkileyen tüm davranışlar olarak tanımlanabilir. Bu davranışların sonucu olarak çocuğun fiziksel ve ruhsal sağlığının zarar görmesi söz konusudur. Çocuk istismarı fiziksel, cinsel ve duygusal olmak üzere üçe ayrılmaktadır (10).

Fiziksel istismar, çocuğun kaza dışı yaralanması ve fiziki sağlığının tehlikeye girmesi durumudur (11). Çocuk fiziksel istismarının nedenleri incelendiğinde kültürün ve anne babaların çocukluk çağı yaşantılarının önemli bir faktör olabileceği düşünülmektedir. Çocuklarına fiziksel istismarda bulunan ebeveynler genellikle yalıtılmış bir çevrede yaşadıkları, kendilerinin de çocukluk çağı ihmal ve istismar öyküsü bulunduğu, çocuklarından gelişim düzeylerinin üzerinde beklentide bulunduğu ve düşük sosyo-ekonomik

düzey ve benlik saygısına sahip oldukları görülmüştür (12).

Duygusal istismarın fiziksel istismara göre tanımlanması daha zordur. Ebeveynlerin çoğunun çocuklarına gösterdikleri davranış biçimlerinin istismar olduğunun farkında olmadıkları görülmüştür. Duygusal istismara maruz kalmış çocukta fiziksel istismara göre daha somut kanıtlar olmadığından ortaya çıkarılması da daha güç olmuştur. Duygusal istismar, çocuğa karşı sözle ya da eylemle gerçekleştirilen onur kırıcı davranışlar olarak tanımlanabilir. Yetişkinlerin yaşadığı stres, sosyoekonomik durum, geleneksel inançlar çocuklarını duygusal istismara maruz bırakmalarına neden olmaktadır (13).

Cinsel istismar; çocuğun en az kendisinden altı yaş büyük bir kişi tarafından cinsel doyum için zorla veya ikna edilerek kullanılması olarak tanımlanabilir. Cinsel istismar olarak kabul gören eylemler ise şunlardır: Ensest, çocuk pornografisi, teşhircilik, cinselliği kışkırtan konuşmalar, cinsel organları okşama (14).

İhmal, çocuğun bakımını sağlamakla yükümlü bireyin bu görevini yerine getirmemesi, çocuğun gelişimini sağlıklı bir şekilde tamamlayabilmesi açısından temel ihtiyaçlarının hiç karşılanmaması olarak tanımlanabilir. İhmali fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olarak iki sınıfa ayırmak mümkündür. İstismarda olduğu gibi fiziksel ihmalin fark edilmesi duygusal ihmale göre daha kolaydır. Fiziksel ihmal, ebeveynin çocuğunun beslenme, giyim, eğitim, sağlık, temizlik gibi temel ihtiyaçlarını karşılamaması anlamına gelmektedir

(15). Duygusal ihmal ise çocukların duygusal gelişimleri için gereken ihtiyaçlarının karşılanmaması, gelişim dönemlerinin gerekliliklerinin yerine getirilmemesinden dolayı çocuğun zarar görmesi ve gelişiminin sekteye uğramasıdır. İhmal olguları, istismara göre daha göreceli olduğu için ortaya çıkması ve tanımlanması her zaman daha zordur. Uzun süreli bir şekilde okula devam etmeyen, gelişme geriliği olan, ruhsal problemler yaşayan çocuklarda ihmalden şüphelenilmelidir (16).

Çocukluk döneminde çocuğun gelişiminden sorumlu olan kişilerin anne babalar olduğu düşünüldüğünde çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili yapılan çalışmalarda ebeveynlerin özelliklerinin araştırılmasına ağırlık verilmiştir. Çocuğuna kötü davranan ve ihmal eden ailelerin tümü için geçerli olmamakla birlikte ailelerde bazı benzer ortak özellikler dikkati çekmektedir. Sosyal izolasyon, kültürel etkenler, istismara maruz kalmış ebeveyn, geniş aile yapısı, ebeveynlerin eğitim düzeyleri, parçalanmış aile yapısı, geleneksel inançlar, ailede alkol ve madde kullanımı, çocuğun engel durumu veya ailede engelli bir bireyin bulunması, ailenin ekonomik durumu çocuk istismarı için risk faktörü konumundadır (17). Ailenin gelir durumu ve sosyo-ekonomik düzeyi çocukların fiziksel ve psikososyal gelişimini ciddi ölçüde etkilemektedir. Dünyada her gün hayatını kaybeden 18.000 çocuktan büyük bir bölümünün ailesinin yoksul olduğu, bu çocuk ve ailelerin kırsal kesimde yaşadığı ve sağlıkları için gerekli olan basit tedavilere dahi ulaşamadıkları anlaşılmıştır (18).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmada ise 1.25 milyondan fazla çocuğun yıl içinde kötü muameleyle maruz kaldığı görülmüştür (19).

Bu konuyu açıklamak adına "Yatırım Teorisi" ve "İyi Aile Teorisi"si ortaya konmuştur. Yatırım teorisine göre aileler çocuklarına genetik özelliklerinin yanında yaşadıkları çevrenin sosyokültürel özelliklerini de aktarırlar. Çocuğun gelecekte başarılı olma ve sağlıklı bir gelişim seyri izleme şansı, ailesinin ona ne derecede iyi imkânlar sunabildiği ile doğru orantılıdır. İyi aile teorisine göre ise düşük geliri aileler çocuklarıyla sağlıklı iletişim kuramamaktadır. Bu ailelerde işsizlik, sağlık sorunları vs. gibi birçok stres faktörü bulunmaktadır. Teoriye göre bu etkenler ailedeki huzuru ve dolayısıyla çocuğun psikolojik gelişimini olumsuz etkilemektedir. Yatırım ve iyi aile teorilerine göre devletlerin yoksul anne-babaları ekonomik açıdan desteklemesi çocukların uğrayacakları istismar ve ihmal riskini azaltmanın yanı sıra zengin ailelerin çocuklarıyla aralarındaki farkı kapatma ve bu çocukların sosyal dışlanmaya maruz bırakılmasının önüne geçebilmektedir (20).

Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi için çocuklar üzerinde ihmale ve istismara yol açan nedenlerin bilinmesi, bu nedenlerin irdelenmesi gerekmektedir. Yapılan araştırmalar aile içinde gelişen çocuk istismarı ve ihmalinin nedenlerini, anne-babanın genç olması, parçalanmış aileler, eşin ölümü, ailede ruhsal ya da fiziksel hastalık bulunması olarak sıralamış, bunun yanı sıra bu olguların en büyük nedenlerinden birinin de



yoksulluk olduğunu göstermiştir. Ailenin gelir durumu çocukların fiziksel ve psikososyal gelişimini ciddi ölçüde etkilemekte; çocukları kötü muameleye açık bir konuma sürüklemektedir (20). 2011 yılında UNICEF tarafından gerçekleştirilen bir araştırmaya göre 15 yaşından küçük çocukların dörtte biri yoksulluk sınırının altındadır. Yoksul ailelerde, ailedeki üye sayısı diğer aileler ile karşılaştırıldığında daha fazladır ve bu da çocukları yoksulluğa açık bir konuma sürüklemektedir (21). Avrupa Komisyonu yoksul ailelerin çocuklarının sağlık sorunlarıyla daha fazla karşılaştığını, akademik başarılarının daha düşük olduğunu, psikososyal gelişimlerinin daha geride olduğunu ve kronik rahatsızlıklara daha açık konumda bulduklarını belirtmiştir (22). Yoksulluk çocukların eğitim hayatlarını da olumsuz etkilemektedir. Çoğu çocuk maddi imkânsızlıklardan dolayı okula devam edememektedir (6).

Çocuk sayısı fazla olan aileler, kırsal alanda yaşayan aileler, tek ebeveynli aileler, kırdan kente göç eden aileler, düzenli bir gelire sahip olmayan aileler, eğitim seviyesi düşük aileler ve engel durumu bulunan aileler yoksullukla karşı karşıya kalan çocukların ailelerinin özellikleridir (21). Yoksul ailelerde büyüyen çocukların ihmalden kaynaklı yaralanmalar, yetersiz beslenmeden kaynaklanan gelişim geriliği, suça sürüklenme sorunları ile karşılaşmaları ekonomik anlamda yeterli ailelerin çocuklarına göre daha yüksektir (23). Yoksul aileler, çocuklarını yaşa ve gelişimlerine uygun olmayan işlerde çalıştırarak çocuk işçiliğine sebep olmaktadır. Bu durum

çocukların eğitim hayatını yarıda bırakmasına, uzun saatler sokakta kalarak sağlık sorunları yaşamalarına, beslenme sorunlarının olmasına ve ihmal-istismara uğramalarına neden olmaktadır (24). Yoksul ailelerin çocuklarında uyaran eksikliği, stres, yetersiz ilgi sebebi ile öğrenme güçlüğü, anksiyete, hiperaktivite, saldırganlık gibi davranış sorunları daha fazla görülmekte ve bu çocuklar sıklıkla yaşitlarına göre psikososyal gelişimleri açısından daha fazla sorunla karşılaşmaktadırlar (22). 2009 yılında TÜİK tarafından yürütülen araştırmada, 6 yaşından küçük çocukların %24'ünün yoksulluk sınırı altında yaşadığı ortaya konmuştur. Aynı zamanda, araştırmada çocuk işçiliğine dair veriler; çalıştırılan çocukların büyük çoğunluğunun eğitim hayatına devam etmediğini, bunun da yoksulluğun nesiller arası geçişe neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır (25).

Toplumların kalkınabilmesi, içinde yaşayan çocukların sağlıklı bir şekilde gelişebilmeleri ve her türlü kötü muameleden korunarak mümkün olabilmektedir. Özellikle yoksul ailelerin çocuklarının da diğer çocuklar gibi eğitim ve sağlık alanında eşit katılımının sağlanabilmesi, bu ailelere sunulan hizmetlerin geliştirilebilmesi ve yoksul ailelerde yetişen çocukların kendi potansiyellerini gerçekleştirebilecekleri kaliteli hizmetlere erişimlerini sağlamak önemlidir (24). Yoksul ailelerde çocukların yaşadığı ihmal ve istismardan korunabilmesi için ailelerinin yaşam kalitesi ve eğitimi artırılmalı, ebeveynlerin çocuk bakımında geleneksel değerlerle hareket etmesinin önüne geçilmeli, ekonomik eşitsizliklerin giderilmeye

çalışılmalı bunun yanı sıra var olan hizmetlere ek hizmetler geliştirilmelidir (4). Bu çalışmanın amacı, alt sosyo-ekonomik düzeye sahip ailelerin çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki farkındalık düzeylerinin incelenmesi oluşturmaktadır.

## YÖNTEM

Araştırma betimleyici tipte kesitsel bir çalışma olup araştırmada düşük sosyo-ekonomik düzeye sahip ailelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalık düzeylerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın evrenini Ankara'da yaşayan 137 anne/baba oluşturmaktadır. Araştırma kriterlerine uygun olarak dâhil edilen 137 yetişkine ölçek soruları yüz yüze görüşme tekniğiyle uygulanmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu ve "Ebeveynlere Yönelik İstismar Farkındalık Ölçeği" uygulanmıştır. Ölçekte toplamda 18 madde vardır ve alınabilecek en düşük puan 18 en yüksek puan ise 90'dır. 18-42 puan aralığı düşük düzeyde istismar, 42-66 puan aralığı orta düzeyde istismar, 66-90 puan aralığı ise yüksek düzeyde istismarı ifade etmektedir.

Araştırmacı tarafından geliştirilen kişisel bilgi formu için uzman görüşü alınmıştır. Katılımcıların ölçekten aldıkları puanlarla sosyodemografik özelliklerine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla İlişkisiz (Bağımsız) Örneklem T-Testi ve İlişkisiz Örneklem için Tek Faktörlü Varyans Analizi kullanılmıştır. İstatistiksel analizler için IBM SPSS

Statistics 23.0 kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edilmiştir.

## BULGULAR

**Tablo 1'**de görüldüğü gibi araştırmaya katılan kişilerin %1,5'i 18-24 yaş aralığında, %19'u 25-30 yaş aralığında, %42,3'ü 31-36 yaş aralığında, %25,5'i 37-42 yaş aralığında ve %11,7'si 42 ve üstü yaş aralığındadır. %94,9'u kadın, %5,1'i ise erkektir. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde, %12,4'ünün okur-yazar olmadığı, %43,8'i ilkokul, %24,1'i ortaokul, %18,2'si lise ve %1,5'i üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcılardan %2,2'si hiç evlenmediğini, %36,5'i evlilik birliğinin devam ettiğini, %3,6'sı gayri resmi birliktelik yaşadığını, %11,7'si eşi ile ayrı yaşadığını, %7,3'ü eşinin öldüğünü ve %38,7'si ise eşi ile boşandığını belirtmiştir. Katılımcıların %40,9'u il merkezinde, %56,2'si ilçe merkezinde, %2,9'u ise bucak veya köyde yaşamaktadır. Katılımcıların sosyal yardımlardan faydalanma sürelerine bakıldığında ise %70,1'inin 1 yıl, %29,9'u 2 yıl ve üstüdür.

**Tablo 2.'**de görüldüğü gibi kadın katılımcıların ebeveynlere yönelik istismar farkındalık ölçeğinden aldıkları ortalama puan ( $\bar{X}=2,34$ ) ve erkek katılımcıların aynı ölçekten aldıkları ortalama puan ( $\bar{X}=2,33$ ) arasında istatistiksel anlamda bir farklılık bulunmamaktadır ( $t_{(135)} = -0,005$ ;  $p>0,05$ ).

**Tablo 1.** Katılımcıların Demografik Özellikleri

Yaş	n(%)
18-24	2(1,5)
25-30	26(19,0)
31-36	58(42,3)
37-42	35(25,5)
42 ve üstü	16(11,7)
<b>Cinsiyet</b>	
Kadın	130(94,9)
Erkek	7(5,1)
<b>Eğitim Durumu</b>	
Okur-yazar değil	17(12,4)
İlkokul	60(43,8)
Ortaokul	33(24,1)
Lise	25(18,2)
Üniversite	2(1,5)
<b>Meslek</b>	
İşçi	2(1,5)
Kendi işini yapıyor	1(0,7)
Diğer	5(3,6)
Çalışmıyor	129(94,2)
<b>Medeni Durum</b>	
Hiç Evlenmedi	3(2,2)
Evli	50(36,5)
Gayri Resmi Birliktelik	5(3,6)
Ayrı yaşıyor	16(11,7)
Eşi Öldü	10(7,3)
Boşandı	53(38,7)
<b>Yaşanılan yer</b>	
İl merkezi	56(40,9)
İlçe merkezi	77(56,2)
Bucak/köy	4(2,9)
<b>Sosyal Yardımlardan faydalanma süresi</b>	
1 yıl	96(70,1)
2 yıl ve üstü	41(29,9)

**Tablo 2.** Ailelerin İstismar Farkındalık Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre farklılaşmasını gösteren T-Testi Sonuçları

Ailelerin İstismar Farkındalık Ölçeği Puanlarının Cinsiyete Göre T-Testi Sonuçları							
Ölçek	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	S	Sd	t	p
İstismar farkındalık ölçeği	Kadın	130	2,33	,45	135	-	,99
	Erkek	7	2,33	,59			

**Tablo 3.**'te görüldüğü gibi okur-yazar olmayan katılımcıların ebeveynlere yönelik istismar farkındalık ölçeğinden aldıkları ortalama puan ( $\bar{X}=2,52$ ), ilkokul eğitim durumuna sahip olan katılımcıların aynı ölçekten aldıkları ortalama puan

( $\bar{X}=2,47$ ), ortaokul eğitim durumuna sahip olan katılımcıların aldıkları ortalama puan ( $\bar{X}=2,13$ ), lise eğitim düzeyine sahip katılımcıların aldıkları ortalama puan ( $\bar{X}=2,13$ ) ve üniversite eğitim düzeyine sahip katılımcıların aldıkları ortalama puan ( $\bar{X}=2,12$ ) olarak hesaplanmıştır. ‘‘Ebeveynlere Yönelik İstismar Farkındalık Ölçeği’’nden alınan ortalama puanlar katılımcıların eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ( $F_{(4,132)}=5,82;p<0,05$ ). Okur-yazar olmayan katılımcıların ortalaması en yüksek değere sahiptir ( $\bar{X}=2,52$ ). Okur-yazar olmayan katılımcıları ilkokul eğitim durumuna sahip katılımcılar izlemektedir ( $\bar{X}=2,47$ ). Sonuç olarak, okur-yazar olmayan ve ilkokul eğitim düzeyine sahip kullanıcıların ölçekten aldıkları ortalama puanlar diğer eğitim durumuna sahip katılımcılardan daha yüksektir. Hiç evlenmeyen katılımcıların ölçekten aldıkları ortalama puan ( $\bar{X}=2,33$ ), evli olan katılımcıların ölçekten aldıkları ortalama puan ( $\bar{X}=2,24$ ), gayri resmi birliktelik yaşayan katılımcıların ortalama puanı ( $\bar{X}=1,80$ ), ayrı yaşayan katılımcıların ortalama puanı ( $\bar{X}=2,31$ ), eşi ölen katılımcıların ortalama puanı ( $\bar{X}=2,90$ ) ve boşanmış olan katılımcıların ortalama puanı ( $\bar{X}=2,38$ ) ile katılımcıların medeni durumları arasında istatistiksel anlamda farklılaşma vardır.

( $F_{(5,131)}=3,28;p<0,05$ ). Sonuç olarak, eşi ölmüş ve bekâr olan katılımcıların ölçekten aldıkları ortalama puanlar diğer medeni durumdaki katılımcılardan daha yüksektir.

**Tablo 4.** Ailelerin ölçekten Aldıkları sosyal yardımlardan Faydalanma Süresi Arasındaki İlişkiyi Belirlemek Üzere Yapılan Pearson Korelasyon Analiz Sonuçları

Değişkenler	R	P	N
Yaş	,11	,21	
Faydalanma süresi	,03	,69	137

**Tablo 4'**te görüldüğü gibi ailelerin ebeveynlere yönelik istismar farkındalık ölçeğinden aldıkları puanlar ile sosyal yardımlardan faydalanma süresi arasında istatistiksel açıdan pozitif yönde (0,034) istatistiksel anlamda bir ilişki yoktur ( $p>0,05$ ).

**Tablo 5'**te görüldüğü gibi araştırmaya katılan katılımcılar arasında en yüksek puan 72, en düşük puan ise 24'tür. Katılımcıların ölçekten aldıkları ortalama puan 57.18'dir.

**Tablo 5.** Katılımcıların İFÖ'den Aldıkları Ortalama Puanlar

Ölçek	Min-Max	X±SD
İFÖ	24-72	57.18±f .08

## TARTIŞMA

Yapılan araştırmada anne-babaların çocuk istismarı ve ihmali hakkındaki bilgi düzeylerinin eğitim düzeyi ile birlikte arttığı saptanmıştır. Katılımcıların eğitim düzeyinin düşük olduğu, doğru bilgiye ulaşmakta güçlük çektikleri ve bu nedenle çocuk istismarı hakkındaki yanlış tutum ve davranışlarının devam ettiği düşünülmektedir. Zeytinoğlu ve Kozcu (1990), anne-babaların

fiziksel istismarla ilgili tutumlarını incelemek amacıyla Ege Bölgesi'ndeki çeşitli illerde yaşayan 767 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada elde edilen bulgulara göre çocuğunu istismar eden anne-babaların düşük eğitim düzeyine sahip oldukları görülmüştür (6). Zuravin yaptığı araştırmada çocuklarını ihmal eden anne-babaların etmeyenlere göre daha az eğitim seviyesine sahip olduklarını bulmuştur (26). Kağıtçıbaşı tarafından yapılan çocuğun değeri araştırmasında çocuğun algılanan değeri ile eğitim arasında bir ilişki bulunduğu; çocukların ev işlerine yardımı ve ailenin ekonomik açıdan gelir getirmesi gerekliliği düşüncesi anne-babaların eğitim seviyesi yükseldikçe azalmaktadır (3).

Anne/babaların yaş durumu ile istismar bilgi düzeyleri açısından bir farklılık bulunamamıştır. Bu durumdan çocuk istismarının tüm yaş grupları için ağır bir durum olduğunu, ebeveynlerin tümünü içine alan politikalar geliştirilmesi ve üretilmesi gerektiği sonucuna ulaşılabilir. Koçak ve Büyükgönenç tarafından 2011 yılında 425 erişkinle toplumdaki bireylerin çocuk istismarı ve ihmeline bakış açısını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen araştırmada ise anne ve babanın yaşının çocuk istismarında önemli olmadığı görülmüştür (27). Bilir, Arı, Dönmez ve Güneysu (1991) sekiz ildeki 4-12 yaşları arası 16.100 çocuğu içeren, fiziksel ve duygusal istismara maruz kalan çocukların oranlarını belirlemek amacıyla yaptığı araştırmada ise genç yaşta anne babaların çocuklarını daha çok örselediği ve bu konudaki bilinç düzeylerinin daha düşük olduğu göze çarpmaktadır (28).

Barlet'in adölesan annelerle yaptığı çalışmada ortaya çıkan sonuçlara göre, annenin yaşından çok annelerin çocukluk çağında istismara maruz kalıp kalmamalarının ihmal ve istismar davranışında belirleyici olduğunu belirtmiştir (29).

Sosyal yardımlardan faydalandıklarını söyleyen anne ve babaların sosyal yardımdan faydalanma süresi ile çocuk istismarı ve ihmali bilgi düzeyleri ile arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Bu bulguya göre, yapılan sosyal yardımların ailede yoksulluk sonucu yaşanan çocuk istismarı ve ihmali önlemeye yetmediği, bu ailelerin kronik yoksulluğa itildiği ve uzun dönemde yardım almaya devam ettikleri görülmüştür. Araştırma sonuçlarına benzer şekilde, Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yoksul ailelerin yoksulluğunu azaltmaya yönelik yapılan çalışmaların çocuk istismarını ve ihmali azaltmaya yetmediği görülmüştür. Yardımların fiziksel anlamda istismarı azaltabildiği ancak yardım alan ailelerin çocuklarını duygusal olarak istismar ve ihmale devam ettiği saptanmıştır. Bu yüzden ihmal ve istismar olgularına daha geniş bir perspektiften bakmak yararlı olacaktır (30). Sedlak ve Broadhurst da ailelere yapılan sosyal yardımların aileyi ekonomik anlamda güçlendirmesine rağmen aile içindeki çocuk istismarı ve ihmali azaltmaya yetmediği sonucuna ulaşmıştır (31).

Anne ve/veya babadan birinin olmaması ve parçalanmış ailelerin istismar ve ihmali konusundaki bilincinin düşük olduğu bulunmuştur. Hancı (2008) tarafından, İzmir'de beş eğitim hastanesinde, çocuk istismarı tanısı alan 32 olguya

ilgili araştırmada çocuk istismarı ile ilişkili risk faktörlerinden en sık saptananlar sırayla: Düşük eğitim düzeyi %75, anne/babada ruhsal sorun %69, düşük sosyo-ekonomik düzey %56 ve parçalanmış aile %44 oranında belirlenmiş, anne ve babanın medeni durumunun ihmal ve istismar bilinç düzeyinde önemli bir etkiye sahip olduğu anlaşılmaktadır (32). Sedlak ise araştırmasında tek ebeveynli özellikle sadece baba ile yaşanan evlerde istismar ve ihmali riskinin arttığını saptamıştır (33).

## SONUÇ

Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmali son zamanlarda özellikle dikkate alınmaya başlanmış ve bu konuda çalışmalar sıklaşmıştır fakat bu konuda yapılan çalışmalar daha çok meslek grupları ve kuruluşlarda çalışan meslek elemanlarına yöneliktir. Bu çalışmada alt sosyo-ekonomik düzeye sahip ailelerin çocuk istismarı bilinç düzeyinde anne-babanın yaşının önemi olmadığı; ancak yaşça büyük ebeveynlerin çocuk ihmali konusunda daha az bilinçli olduğu, katılımcıların eğitim durumu arttıkça bilinç düzeylerinin arttığı, boşanmış ve eşini kaybetmiş ebeveynlerin ihmali istismar bilinç düzeyinin daha düşük olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Çocuk istismarı ve ihmalinin nedenlerinin tespit edilmesi ihmali ve istismarın önlenmesinde önemli bir yere sahiptir. Yoksulluk, çocukların fiziksel ve psikososyal gelişimini ciddi ölçüde etkilemektedir. Sosyo-ekonomik düzeyi düşük ailelerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda farkındalık düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada, katılımcıların eğitimi

durumu arttıkça bilinç düzeylerinin arttığı, boşanmış ve eşini kaybetmiş ebeveynlerin ihmal ve istismar konusundaki bilinç düzeylerinin daha düşük olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Çocuk istismarı ve ihmalinin önlenmesi için risk faktörlerine sahip özellikle alt sosyo-ekonomik seviyedeki ailelerin bilinçlendirilebilmesi için eğitimlerin planlanması, risk grubundaki yoksul ailelerin tespiti ve bu ailelere yapılan yardımların geliştirilebilmesi için izlenmesi gerekliliği düşünülmektedir. Önleyici eğitim ve farkındalık çalışmaları vasıtasıyla ailelerin ihmal ve istismar bilinç düzeyinin artırılması gerekmektedir. Bu eğitimlerin kapsamını, anne ve babaların çocuklarına yönelik yanlış tutumlarını değiştirmek, çocukla doğru bir şekilde iletişim kurma becerilerini anne ve babalara anlatmak, bunun yanı sıra çocuğun gelişimsel özellikleri hakkında ebeveynlere bilgi vermek oluşturmaktadır.

Ailelerin koşullarına göre sosyal hizmet ve sosyal yardım sağlanması, sağlanan sosyal yardımların içeriğinin ailenin içinde bulunduğu koşulları iyileştirecek, ailedeki bireylerin yaşam kalitesini artıracak, çocuk ihmal ve istismarına neden olabilecek risk faktörlerini elimine edecek şekilde değiştirilmesi ve yeniden yapılandırılması ve sosyal yardımdan faydalandırılan ailelerin düzenli aralıklarla izlenmesi gerektiği düşünülmektedir.

## KAYNAKLAR

1. Wyness Michael. Childhood and society. Hamshire: Palgrave Macmillan; 2006.
2. James A, Jenks C, Prout A. Theorizing childhood. Cornwall: Polity Pres; 1999.
3. Kağıtçıbaşı C. The changing value of children in turkey. Honolulu: East-West Center; 1982.

4. Acehan S, Bilen A, Gülen M. Çocuk istismarı ve ihmalinin değerlendirilmesi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi. 2013; 22(4): 591-614.
5. Cılga İ. Çocuk sağlığı ve refahı açısından çocuk hakları sözleşmesi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 1996; 5(4): 123-124.
6. Zeytinoğlu S, Kozcu Ş. Fiziksel çocuk istismarı konusunda bir araştırma. Seminer Psikoloji. 1990; 6(7): 77-84.
7. T.C. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü. Güvenlik birimine gelen veya getirilen çocuk istatistikleri. Ankara; D.E; 2000.
8. Bilir Fİ, Arı M, Atik B, San NP. Konya, kayseri, denizli il merkezlerinde 4-12 yaş grubu 4003 çocuk üzerinde dövülme sıklığı ve bununla ilgili bazı duygusal sorunların taranması. Çocuk Gelişimi ve Eğitimi Dergisi. 1987; 2(1): 3-9.
9. Polat O. Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı. 2. Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2017.
10. Polat O. Çocuk ve şiddet. 1.Baskı. İstanbul: Der Yayıncılık; 2001.
11. Cüceloğlu D. İkimizdeki çocuk. 38.Baskı. İstanbul: Remzi Kitabevi; 2007.
12. Polansky NA, Gaudin JM, Ammons PW. The psychological ecology of the neglectful mother. Child Abuse Neglect. 1985; 9(1): 265-275.
13. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk istismarı ve ihmal. Dicle Tıp Dergisi. 2007; 34(1): 82-86.
14. Harrington D, Zuravin S, Depanfilis D, Ting L. Theneglectscale: confirmatory factor analyses in a low-income sample. Child Maltreat. 2002; 4(1): 359-368.
15. Polat O. Klinik adli tıp. 1.Baskı. Ankara: Seçkin Yayıncılık; 2004.
16. Polat O. Tüm boyutları ile çocuk istismarı. 2.Baskı. İstanbul: Seçkin Yayınları; 2007.
17. United Nations children's fund, committing to child survival: a promise renewed, progress report.[Internet]. 2013 [15 Nisan 2019 tarihinde erişildi] Erişim adresi: [http://www.unicef.org/lac/Committing\\_to\\_Child\\_Survival\\_APR\\_9\\_Sept\\_20\\_13.pdf](http://www.unicef.org/lac/Committing_to_Child_Survival_APR_9_Sept_20_13.pdf).
18. US Department of Health and Human Services. Fourth national incidence study if child abuse and neglect.[Internet]. 2001 [19Mayıs 2019 tarihinde erişildi] Erişim adresi: <https://www.acf.hhs.gov/sites/default>
19. Mayer S. What money can't buy: family income and children's life changes. Chicago: The University of Chicago Pres; 2003.
20. Türkiye'deki çocukların durumu raporu yoksul çocuklar.[Internet]. 2001 [15 Nisan 2019 tarihinde erişildi] Erişim adresi: [www.unicef.org](http://www.unicef.org)
21. Anthony EK, King B, Austin MJ. Reducing child poverty by promoting child well-being: identifying best practices in a time of great need. Child and Youth Services Review. 2011; 33(10): 1999-2009.
22. Aber JL, Jones S, Cohen S. The impact of poverty on the mental health and development of very young children. New York: Guildford Press; 2000.
23. Kurnaz Ş. Çocuk yoksulluğu. Aile ve Toplum Dergisi. 2007; 9(3): 47-55.
24. Karakaş B, Çevik ÖC. Çocuk refahı: çocuk hakları perspektifinden bir değerlendirme. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2006; 18(3): 887-906.
25. Zuvarin SJ, Taylor R. The ecology of child maltreatment: identifying and characterizing high risk neighborhoods. Child Welfare. 1987; 66(1): 497-506.
26. Koçak C, Büyükgöncü L. Toplumdaki bireylerin çocuk istismarına yönelik bilgi ve görüşleri. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2011; 4(1): 89-104.
27. Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB, Atik B. Türkiye' nin 16 ilinde 4-12 yaşlar arasındaki 50.473 çocuğa fiziksel ceza verme sıklığı ve buna ilişkin problem durumlarının incelenmesi. Aile ve Toplum. 1991; 1(1): 32-56.
28. Barlett DJ, Easterbrooks A. Links between physical abuse in childhood and child neglect among adolescent mothers. Children and Youth Services Review. 2012; 34(11): 2164-2169.

29. Crittenden PM. Child neglect: causes and contributors. Thousand Oaks: CA Sage; 1999.
30. Sedlak AJ, Broadhurst DD. Third national incidence study of child abuse and neglect. Washington: U.S. Government Printing Office; 1996.
31. Hancı İH. (2008). İzmir'de eğitim hastanelerinde çocuk istismarı tanısı alan olgularla ilgili İzmir çocuk istismarı araştırma grubunun on sekiz aylık deneyimi.[Internet]. 2008 [24 Nisan 2019 tarihinde erişildi]. Erişim adresi: <http://www.sosyalhizmetuzmani.org/cocukistismari>
32. Sedlak AJ. Risk factors for the occurrence of child abuse and neglect. J. Aggression Maltreatment. 1997; 1(1): 149-187.

**Tablo 3.** Ailelerin ölçekten alınan puanlarla eğitim durumu ve medeni duruma göre farklılaşmasını gösteren ANOVA tablosu

Ölçek	Özellikler	N	$\bar{x}$	S	Varyansın Kaynağı	Kareler Toplamı	Sd	Kareler Ortalaması	F	P
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	17	2,52	0,22	Gruplararası Gruplarıçi Toplam	4,20	4	1,06 0,18	5,82	0
	İlkokul	60	2,47	0,50		23,98	132			
	Ortaokul	33	2,13	0,40		28,21	136			
	Lise	25	2,12	0,38						
	Üniversite	2	2,12	0,12						
Medeni Durum	Hiç Evlenmedi	3	2,33	0,58	Gruplararası Gruplarıçi Toplam	5,18	5	1,04 0,32	3,28	0,008
	Evli	50	2,24	0,52		41,38	131			
	Gayri Resmi Birliktelik	5	1,80	0,45		46,55	136			
	Ayrı Yaşiyor	16	2,30	0,48						
	Eşi Öldü	10	2,90	0,74						
	Boşandı	53	2,38	0,59						



## ARAŞTIRMA MAKALESİ

## Kadına Yönelik Şiddet ve Kadın Konukevi Hizmetine İlişkin Bir Araştırma: Ankara Örneği

*Çağrı ÇİLTAS<sup>1</sup>, Esra ÇALIK VAR<sup>2</sup>*

## ÖZ

**Amaç:** Araştırmanın amacı Ankara ilinde Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (AÇSHB)'na bağlı 4 kadın konukevinde hizmet almakta olan kadınların sosyo-demografik özelliklerini, kadın konukevine başvuru nedenlerini ve kurumda aldıkları hizmetten memnun olup olmadıklarını belirlemektir.

**Yöntem:** Araştırma evrenini, Ankara ilinde AÇSHB'ye bağlı kadın konukevlerinden hizmet alan kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise Ankara ilinde AÇSHB'ye bağlı konukevlerinde çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında hizmet alan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 42 kadın oluşturmaktadır. Örneklemin, araştırma evrenini temsil etme oranı %46,6'dır. Araştırma nicel araştırma modellerinden tarama araştırması deseniyle kurgulanmıştır. Katılımcılara anket formu uygulanmış ve veriler betimsel istatistiklerle değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan 42 katılımcının yaşları 20 ile 55 arasında değişmekte olup, katılımcıların %38,9'unun 18 yaşından önce evlendiği ve %41,7'sinin görücü usulüyle evlenmeye karar verdiği; %73,7'sinin lise ve üstü kademedeki eğitimi almadığı, %57,1'inin şiddet nedeniyle; %42,9'unun sosyo-ekonomik yoksunluk nedeniyle kalacak yeri olmadığı için kadın konukevine başvurduğu; %45,3'ünün 60 günden daha fazla süredir kadın konukevinde kaldığı ve katılımcıların %50'sinin ise geçmişte de konukevi hizmeti aldığı tespit edilmiştir. Katılımcılar kadın konuk evlerine sunulan hizmetlerden memnun olduklarını belirtmişlerdir.

**Sonuç:** Kadın konukevlerindeki kadınların sosyodemografik özellikleri incelendiğinde erken yaşta evliliklerin yüksekliği ve eğitim düzeyinin düşüklüğü dikkat çekicidir. Ayrıca, katılımcıların "barınma, danışmanlık ve yönlendirme" hizmetinden çok memnun olduğu; "psikolojik, hukuki, tıbbi ve ekonomik destek" hizmetlerinden ise memnun olduğu tespit edilmiştir. Sunulan destek hizmetlerinin etkililiğinin artırılmasının kadınların yaşamlarına tekrar uyum sağlayabilmeleri ve kaliteli şekilde devam edebilmeleri üzerinde etkili olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile İçi Şiddet, İnsan Hakları, Kadın Hakları, Şiddet.

## Research On Violence Against Women And Service From Women's Shelter House: Example Of Ankara

*Çağrı ÇİLTAS<sup>1</sup>, Esra ÇALIK VAR<sup>2</sup>*

## ABSTRACT

**Aim:** The aim of this study was to determine the socio-demographic characteristics of women receiving service in 4 women's shelters under the Ministry of Family, Labor and Social Services (MoFLSS) in Ankara and to determine the reasons for applying to the women's guesthouse and whether they are satisfied with the services they receive.

**Method:** The research population consisted of women receiving service in women's shelter in the province of Ankara. The sample of the study consisted of 42 women who were volunteers to participate in the research between the dates of the study in the women's shelters of MoFLSS. The rate of representation of the sample is 46.6%. The research was designed with a survey research pattern from quantitative research models. A questionnaire was applied to the participants and the data were evaluated with descriptive statistics.

**Results:** The ages of the 42 participants were between 20 and 55, 38.9% were married before the age of 18, and 41.7% decided to marry. 73.7% did not receive education in high school or higher level, 57.1% due to violence; 42.9% of the women did not have a place to stay because of socio-economic deprivation. 45.3% have been staying in the women's guesthouse for more than 60 days and 50% of the participants have been in the past in the guesthouse service. However, the participants stated that they were satisfied with the services offered to women's guest houses.

**Conclusion:** When the sociodemographic characteristics of women staying in women's shelters are examined, the height of early marriages and low level of education are remarkable. Moreover, the participants were very satisfied with the "housing, counseling and guidance" service; or psychological, legal, health and economic support, are satisfied with the services. It is thought that increasing the effectiveness of the support services offered will have an impact on the ability of women to adapt to their lives and to continue with quality.

**Key words:** Domestic Violence, Human Rights, Women's Rights, Violence.

## GİRİŞ

Şiddet; toplumun genelinde ruh ve beden sağlığı için tehlike teşkil eden, sürdürülebilir sosyal gelişime engel olan, bireyin diğer insanlara ve yaşama dair inancını zedeleyen, kişilik değerlerini ve özgüvenini sarsan, gerginlik ve umutsuzluk duygusu oluşturan, birey ve halk sağlığını riske atan sosyal bir sorundur (1). Kadınların insan haklarından eşit şekilde faydalanmalarını ciddi şekilde engelleyen kadına yönelik şiddet ise; ayrımcılık ve insan hakkı ihlali bağlamında ekonomik, kültürel ve coğrafi konum farkı tanımaksızın tüm dünyada yaygın bir şekilde gözlemlenmektedir. Kadına yönelik şiddet kadınların yaşam, hürriyet, eğitim, bedensel ve psikolojik sağlık hakkı gibi başlıca haklarını ihlal etmekte veya bu haklara ulaşmalarını engellemektedir (2). Uluslararası ve ulusal hukuki metinlerde kadına yönelik şiddetin sadece fiziksel şekilde olmadığı, kadınların cinsel, duygusal veya ekonomik şiddete de maruz kaldıkları belirtilmektedir. Literatür incelendiğinde, kadına şiddet yönelik şiddet ekonomik, fiziksel, cinsel ve duygusal (psikolojik) şiddet olarak gruplandırılmaktadır (3).

Farklı şiddet türlerine maruz kalan ya da maruz kalma riski taşıyan kadınlar ve varsa beraberindeki çocuklar güvenlik, barınma, psiko-sosyal destek ve sosyo-ekonomik güçlendirilmelerine yönelik sunulan hizmetleri konukevlerinden alabilmektedir. Diğer bir ifadeyle kadın konukevleri farklı şiddet türlerine

maruz kalan ya da maruz kalma riski taşıyan kadınlara yönelik koruyucu, güçlendirici ve destekleyici hizmetlerin yürütüldüğü kuruluşlardır.

Kadınlar kişisel başvuru, kurumlar arası yönlendirme ve üçüncü kişilerin ihbarı ile kadın konukevi hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Müracaatçıların sosyo-demografik özellikleri, ihtiyaçları, sorunları ve sosyal hizmet uygulamalarına olan gereksinimleri farklılık gösterdiği için kadın konukevi başvuruları meslek elemanları tarafından görüşmeler gerçekleştirilerek değerlendirilmekte ve bireye en uygun sosyal hizmet modeli belirlenmektedir. Bu bağlamda şiddet deneyimi olan kadınların özelliklerini, kuruma başvuru nedenlerini ve kurum yaşantısı ile ilgili memnuniyetlerini bilmek çok yönlü mücadele edilmesi gereken şiddet olgusunun anlaşılabilmesi ve kadınların yaşamlarına sağlıklı devam edebilmeleri için önemlidir.

Alan yazında yapılan çalışmalar şiddetin nedenlerini ortaya koyarken şiddetle mücadele ve sunulan hizmetlerin değerlendirilmesi açısından yetersiz kalmaktadır. Ayrıca, alan yazında kadın konukevlerinin işleyişinin ve hizmet alan kadınların profillerinin bir arada bulunduğu araştırmalar da sınırlıdır. Bu çalışma, kadınların özelliklerini ve kurumdan alınan hizmetlerden memnuniyetlerini belirleyebilmek ve kadın

konukevlerindeki hizmet süreçlerini iyileştirebilmek açısından önemlidir.

Bu çalışma ilerleyen süreçte hizmet alacak kadınlara daha iyi hizmet sunumu sağlanabilmesi için var olan hizmetlerin değerlendirilmesi; hizmetten yararlanan kadınların sosyo-demografik özelliklerini, kadın konukevine başvuru nedenlerini ve sunulan hizmetlerden memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

### Şiddet ve Kadına Yönelik Şiddet Tanımları

Kadına yönelik şiddet kavramından önce şiddetin tanımının bilinmesi gerekmektedir (4). İnsanlık tarihinin başlangıcı ile ortaya çıkmış olan şiddet, 19. yüzyıl itibariyle incelenmeye başlanmış, günümüzde hala toplumsal yaşamın tüm alanlarında, bütün ırk ve kültürlerde yaygın olarak gördüğümüz ve hakkında pek çok tanım yapılmış bir olgudur. Kişilere fiziki ve ruhsal açıdan zarar veren her eylem genellikle şiddet olarak değerlendirilmektedir (5).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından şiddet; “*bir yaralanma veya yaralanma riski, ölüm, ruhsal zarar, gelişim sorunu ya da muhtaçlıkla neticelenen, bir bireye, bireyin kendi kendine, grup ya da topluma bilerek fiziksel ya da psikolojik eziyet etmesi, cebir uygulaması veya gözdağı*” olarak tanımlanmıştır (6).

1993 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda kabul edilen “Kadınlara Karşı Şiddetin Tasfiye Edilmesine Dair Bildiri”de kadına şiddet

kavramına ilk kez hukuki bir metinde yer verilmiştir. Bildiride kadına yönelik şiddet “*Hem kamu hem özel yaşamda karşılaşılan, kadınlara fiziksel, cinsel veya ruhsal sıkıntı veya ıstıraba neden olan veya neden olabilecek olan cinsiyete dayalı bir davranış veya bu tür davranışlarla gözdağı, baskı veya keyfi olarak hürriyetten mahrum etmek.*” olarak tanımlanmıştır (7).

### Kadınlara Yönelik Şiddetle Mücadelede Kurumsal Hizmet Birimleri

Şiddetle mücadele kapsamında oluşturulan kurumsal yapılar ve bu kurumsal yapılarda verilen destek hizmetleri insan hakları bağlamında mağdurlara yönelik hizmet sunumu açısından önem arz etmektedir.

Şiddetin nereden yöneldiğine bakılmaksızın her türlü şiddetle mücadele edilebilmesine yönelik, mağdurların ihtiyaç duydukları hizmet modellerinin belirlenmesi ve sunulmasına için ilgili kurum/kuruluşlarca çalışmalar yürütülmektedir. AÇSHB’ye bağlı hizmet sunan İl Müdürlükleri, Şiddet Önleme ve İzleme Merkezleri, Kadın Konukevleri, Sosyal Hizmet Merkezleri ve ALO183 Sosyal Destek Hattı; İçişleri Bakanlığı’na bağlı Valilik- Kaymakamlık, Aile içi ve Kadına Karşı Şiddetle Mücadele Büro Amirliği, ALO 155 Polis İmdat ve Kolluk Birimleri; Jandarma Genel Komutanlığı’na bağlı Aile İçi Şiddetle Mücadele ve Çocuk Şube Müdürlüğü, ALO 156 Jandarma İmdat ve Belediyelere ait Kadın Danışma Merkezleri kadınlara yönelik şiddetle mücadelede kurumsal hizmet birimleridir.

## Kadın Konukevleri

Ülkemizde 1980’li yıllarda konuşulmaya başlanan kadın hareketi ile kadına yönelik şiddet konusu aile ve özel yaşam alanında görünürlük kazanmış ve sosyal bir sorun olarak tartışılmaya başlanmıştır (8). Bu dönemde kadına yönelik şiddetle mücadele etmek için kadın konukevleri ve kadın danışma merkezlerinin açılmasının kaçınılmaz ve ivedi bir gereksinim olduğu anlaşılmıştır (9). Bu kapsamda şiddet mağduru kadınlara yönelik barınma, güvenlik ve danışmanlık hizmeti alabileceği kadın konukevleri açılmaya başlamıştır.

Dünya genelinde kadın konukevleri ülkemize nazaran daha erken ortaya çıkmış olup ülkemizde bir kamu kurumu tarafından açılan ilk kadın konukevi Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu bağlı olarak 1990 yılında hizmet sunmaya başlamıştır (10,11). 1993 yılında Belediye desteğiyle Kadın Dayanışma Vakfı tarafından bağımsız ilk kadın konukevi Ankara’da açılmıştır (12).

Hâlihazırda şiddet mağduru kadınlara barınma hizmeti Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (AÇSHB), Belediye, Göç İdaresi ve Sivil Toplum Kuruluşlarına bağlı kadın konukevlerinde sunulmaktadır (13).

Kadın Konukevlerinin Açılması ve İşletilmesi Hakkında Yönetmelik’te kadın konukevleri “*Fiziksel, cinsel, ekonomik ve duygusal istismar veya şiddet mağduru kadınların, şiddetten*

*korunması, psikososyal ve ekonomik problemlerinin çözülmesi ve güçlendirilmesi amacıyla geçici süreyle yatılı hizmet alabileceği kuruluş.*” olarak tanımlanmıştır (14).

## Kadın Konukevleri ile İlgili İstatistikler

Türkiye Kadın Raporu’na göre “Ülkemizde AÇSHB’ye bağlı 110; Göç İdaresi Genel Müdürlüğü’ne bağlı 1; Belediyelere bağlı 32 ve Sivil Toplum Kuruluşu’na bağlı 1 olmak üzere toplam 144 kadın konukevi bulunmaktadır” (13).

**Tablo 1.** Kadın konukevi hizmeti sunan kurum/kuruluş bilgisi.

Kadın Konukevi Hizmeti Sunan Kurum/Kuruluş Bilgisi	Sayı	Kapasite
Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı	110	2.697
İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü	1	12
Belediye	32	725
Sivil Toplum Kuruluşu	1	20
Toplam	144	3.454
Hizmet Alan Sayısı (Yıl Bazlı)	Kadın	Çocuk
2016	29.612	17.956
2017	33.413	23.575
2018	36.767	26.769
Toplam	99.792	68.300

Türkiye’de Kadın Raporu verilerine göre kadın konukevlerinden 2016-2018 yılları arasında 99.792 kadın ve 68.300 çocuk olmak üzere toplam 168.092 kişi hizmet almıştır (13). Kadın konukevi hizmeti alan kadınların ekonomik ve sosyal olarak güçlenmesine yönelik;

- 2018 yılında hizmet alan **8.055** kadın, farkındalık eğitimlerine; **1.299** kadın, okuma yazma kursuna; **5.260** kadın, meslek edindirme kursuna ve **10.724** kadın, sosyo-

kültürel çalışmalara katılım sağlamıştır. Kadın konukevlerinde kalmakta anneleri ile birlikte **5.420** çocuk kreş ve çocuk kulüplerinden hizmet almıştır. Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı ve yerel yönetimler vasıtasıyla **2.044** kadın, maddi destek hizmeti almış; **1.202** kadın, istihdam edilmiş ve **5.904** kadın, hukuki destek hizmeti almıştır (13).

### **Kadın Konukevine Başvuru**

Kadın konukevlerine başvuru işlemleri kadın konukevi yönetmeliğinin 11. maddesi kapsamında sağlanmakta olup gizlilik ve güvenlik gerekçesiyle kadınların konukevlerine doğrudan başvurmaları söz konusu değildir. Mağdurlar kişisel başvuru, kurumlar arası yönlendirme ve üçüncü kişilerin ihbarı ile bu hizmetlerden yararlanabilmektedir. (14).

### **Kadın Konukevinde Sunulan Hizmetler**

Kadın konukevlerinde kadınlar ve beraberindeki çocukların huzurlu bir ortamda, maruz kaldıkları şiddet ve olumsuz durumlarla baş edebilmelerine ve güçlenmelerine yönelik mesleki çalışmalar yürütülmektedir. Kadın konukevi yönetmeliğinin 19. maddesine göre kadın konukevlerinde “*barınma, güvenlik, danışmanlık, yönlendirme hizmetlerinin yanı sıra hukuki, tıbbi ve psikolojik destek hizmetleri*” sunulmaktadır. Konukevlerinde kadınların sosyo-ekonomik güçlenmelerine yönelik mesleki eğitim, geçici maddi yardım, iş ve meslek danışmanlığı, sosyal, sanatsal ve sportif faaliyetler yapılmaktadır. Ayrıca, anneleri ile

beraber kadın konukevi hizmet alan çocuklar için burs ve kreş destek hizmeti sağlanmaktadır (14).

### **YÖNTEM**

Araştırmada, nicel araştırma modellerinden tarama araştırması yöntemi kullanılmıştır. Araştırma evrenini Ankara ilinde AÇSHB’ye bağlı kadın konukevlerinden hizmet alan kadınlar oluşturmaktadır. Seçkisiz olmayan örneklem yöntemlerinden amaçsal örneklem kullanılarak oluşturulan örnekleme Ankara ilinde AÇSHB’ye bağlı konukevlerinde çalışmanın yürütüldüğü tarihler arasında hizmet alan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 42 kadın oluşturmaktadır. Örneklemin, araştırma evrenini temsil etme oranı %46,6’dır. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından geliştirilen anket kullanılmıştır. Ankette katılımcıların sosyo-demografik özellikleri (yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu vb.), başvuru nedeni, barınma süresi ve hizmet memnuniyeti ilgili toplam 27 soru bulunmaktadır. Araştırmaya başlamadan önce ilgili kurumlardan yazılı izin ile çalışmaya katılmayı kabul eden yetişkinlerden sözel ve yazılı onam alınmıştır. Anket soruları katılımcılara meslek elemanı vasıtasıyla uygulanmıştır. Elde edilen veriler SPSS programından yararlanılarak betimsel istatistiklerle analiz edilmiştir.

### **BULGULAR**

Bu bölümde katılımcıların anket formu ile elde edilen sosyo demografik özelliklerine, konukevine başvuru nedenleri ile sürelerine ve sunulan

hizmetlerden memnuniyetlerine ilişkin bulgular sunulmuştur.

**Tablo 2.** Katılımcıların sosyo-demografik bilgisi

Yaş	Sayı	Yüzde (%)
20-25 Yaş	12	28,6
26-35 Yaş	13	31,0
36-45 Yaş	10	23,8
46-55 Yaş	7	16,7
Medeni Durum	Sayı	Yüzde (%)
Evli	21	50,0
Boşanmış	14	33,3
Bekâr	6	14,3
Dini Nikâh	1	2,4
Evlenme Yaşı	Sayı	Yüzde (%)
13-15 Yaş	6	16,7
16-17 Yaş	8	22,2
18-27 Yaş	22	61,1
Toplam	36	100

Tablo 2 incelendiğinde; araştırmaya katılan katılımcıların %28,6'sı 20-25 yaş aralığında; %31'i 26-35 yaş aralığında; %23,8'i 36-45 yaş aralığında ve %16,7'si 46-55 yaş aralığındadır. Katılımcıların yaşları 20 ile 55 arasında değişmekte olup yaş ortalaması 32,9'dur. Katılımcıların %50'si resmi nikâhlı; %33,3'ü boşanmış; %14,3'ü bekâr ve %2,4'ü dini nikâhlıdır. Katılımcıların %16,7'si 13-15 yaş aralığında; %22,2'si 16-17 yaş aralığında; %61,1 ise 18-27 yaş aralığında evlenmiştir.

**Tablo 3.** Katılımcıların evlenme karar bilgisi

Evlenme Kararı	Sayı	Yüzde (%)
Kendi Seçimim Aile Onayıyla	9	25
Kendi Kararı, Ailenin Bilgisi Dışında Görücü Usulüyle, Aile Kararıyla	15	41,7
Kaçarak	3	8,3
Ailenin Karşı Çıkmasına Rağmen Evlilik	4	11,1
Diğer	3	8,3
Toplam	42	100,0

Tablo 3 incelendiğinde katılımcıların %41,7'si görücü usulü; %25'i kendi seçimi ve aile onayıyla; %11,1'i ailenin karşı çıkmasına rağmen; %8,3 kaçarak evlendiği tespit edilmiştir.

**Tablo 4.** Katılımcıların eğitim, çalışma ve sosyal güvence bilgisi

Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde (%)
Okuryazar değil	1	2,4
Okur-Yazar	2	4,8
İlkokul Mezunu	13	31,0
Ortaokul Mezunu	15	35,7
Lise Mezunu	7	16,7
Önlisans Mezunu	2	4,8
Lisans Mezunu	2	4,8
Çalışma Durumu	Sayı	Yüzde (%)
Çalışıyor	5	11,9
Çalışmıyor	37	88,1
Toplam	42	100,0

Tablo 4 incelendiğinde katılımcıların %35,7'si ortaokul mezunu; %31'i ilkokul mezunu; %16,7'si lise mezunu; %4,8'i ise okuryazar, önlisans ve lisans mezunudur. Katılımcıların %2,4'inin ise okur-yazar değildir. Katılımcıların %73,8'inin lise eğitimi almadığı ve %88,1'inin çalışmadığı görülmektedir.

**Tablo 5.** Kadın konukevine başvuru nedeni

Başvuru Nedeni	Sayı	Yüzde (%)
Sosyo-ekonomik Yoksunluk	9	21,4
Şiddet	24	57,1
Diğer	9	21,4
Başvuru Kararı	Sayı	Yüzde (%)
Sosyo-Ekonomik Yoksunluk Nedeniyle Kalacak Yeri Olmadığı	18	42,9
Şiddete İlk Maruz Kaldığı Zaman	6	14,3
Şiddet Sıklaştığı Zaman	10	23,8
Ciddi Bedensel Hasarlar Aldıktan Sonra	3	7,1
Aile Desteği Olmadığı Fark Edildiğinde	5	11,9
Toplam	42	100,0

Tablo 5 incelendiğinde kadın konukevi hizmeti alan katılımcıların %57,1'i şiddet; %21,4'ü ise sosyo-ekonomik yoksunluk nedeniyle kadın konukevi hizmeti için başvurmuştur. Katılımcıların; %42,9'u sosyo-ekonomik yoksunluk nedeniyle; %23,8'inin şiddet sıklaştığından; %14,3'ü şiddete ilk maruz kaldığı zaman; %7,1'i ciddi bedensel hasarlar aldıktan sonra; %11,9'u aile desteği olmadığında kadın konukevine başvurmaya karar vermiştir.

**Tablo 6.** Katılımcıların kadın konukevi hizmet süresi

Süre	Sayı	Yüzde (%)
1-7 Gün	5	11,9
8-15 Gün	6	14,3
16-30 Gün	8	19,0
31-60 Gün	4	9,5
61-90 Gün	3	7,1
91-120 Gün	2	4,8
121-180 Gün	12	28,6
181 Gün ve üstü	2	4,8
Geçmişte KKE Hizmet Sayısı	Sayı	Yüzde (%)
1 Kez	4	9,5
2 Kez	11	26,2
3 Kez	2	4,8
4 Kez	2	4,8
5 Kez ve üstü	2	4,8
Daha Önce Kalmadı	21	50,0
Toplam	42	100,0

Tablo 6 incelendiğinde katılımcıların %28,6'sı 121-180 gün; %19'u 16-30 gün; %14,3'ü 8-15 gün; %11,9'u 1-7 gün; %9,5'i 31-60 gün; %7,1'i 61-90 gün; %4,8'i 91-120 gün; ve %4,8'i ise 181 günden fazla süredir kadın konukevi hizmeti almaktadır. Katılımcıların %9,5'i 1 kez; %26,2'si 2 kez; %14,4 ise 3 ve daha fazla kez geçmişte kadın konukevinde hizmet almıştır. Katılımcıların

%50'sinin geçmişte kadın konukevi hizmeti almadığı tespit edilmiştir.

Katılımcıların aldıkları hizmetlerden memnuniyet düzeylerini belirleyebilmek için Küçükali (2016) tarafından yapılan araştırmada kullandığı değerlendirme aralıkları referans alınmıştır. Buna göre beşli likert tipindeki ifadeler 1,00-5,00 puan aralığındadır. “Puan aralıkları eşit olarak alındığında aritmetik ortalama için puan aralık katsayısı 0,80 olarak hesaplanmıştır [Puan Aralığı = (En Yüksek Değer-En Düşük Değer)/5 = (5-1)/5 = 0,80]. Bu değer, en düşük puan 1,00'a, puan aralık katsayısı 0,80 eklenerek aralık değerleri” belirlenmiş olup aşağıda aralık değerleri ve değerlendirilmesine ilişkin tablo sunulmuştur (15).

**Tablo 7.** Aralık değerleri ve değerlendirmesi

Aralık Değeri	Aralık Değeri Değerlendirmesi
1,00-1,80	Çok Düşük/ Hiç memnun değilim
1,81-2,60	Düşük Memnun değilim
2,61-3,40	Orta/ Kararsızım
3,41-4,20	Yüksek/Memnunum
4,21-5,00	Çok Yüksek/ Çok memnunum

Tablo 8 incelendiğinde katılımcıların; “barınma hizmeti, danışmanlık ve yönlendirme” hizmetlerinden çok memnun olduğu (min:4,43-max:4,76); “psikolojik, hukuki, tıbbi ve ekonomik destek” hizmetinden memnun olduğu (min:3,48-max:4,12) ve “iş ve meslek danışmanlığı, kreş hizmeti, mesleki eğitim ve kültürel faaliyet” hizmetlerini orta düzeyde bulduğu yapılan çalışmada (min:2,70 -max:3,47) tespit edilmiştir. Kadın konukevi hizmeti alan kadınların sosyo-ekonomik güçlenmeleri yönelik halk eğitim

merkezlerinde yürütülen meslek edindirme kurslarına katılım sağlaması ve İŞKUR'un iş ve meslek danışmanlığı hizmetinin geliştirilmesi kadınların meslek sahibi olabilmeleri ve güçlendirilmesi açısından ilişkin önemlidir.

**Tablo 8.** Katılımcıların kadın konukevlerinden aldıkları hizmetlerden memnuniyetleri

Hizmet Türü	Ortalama	Standart Sapma	Değerlendirme
Barınma Hizmeti	4,76	,692	(Çok Yüksek) Çok memnunum
Danışmanlık Hizmeti	4,79	,565	(Çok Yüksek) Çok memnunum
Yönlendirme Hizmeti	4,43	1,039	(Çok Yüksek) Çok memnunum
Psikolojik Destek Hizmeti	4,12	1,418	(Yüksek) Memnunum
Hukuki Destek Hizmeti	3,90	1,605	(Yüksek) Memnunum
Tıbbi Destek Hizmeti	3,93	1,539	(Yüksek) Memnunum
Ekonomik Destek Hizmeti	3,48	1,581	(Yüksek) Memnunum
İş ve Meslek Danışmanlığı Hizmeti	2,70	1,604	(Orta) Kararsızım
Kültürel Faaliyet Hizmeti	3,37	1,655	(Orta) Kararsızım
Kreş Hizmeti	2,77	1,754	(Orta) Kararsızım
Mesleki Eğitim Hizmeti	2,25	1,629	(Orta) Kararsızım

## TARTIŞMA

Kadına yönelik şiddet, çeşitli düzeylerde küresel olarak karşılaşılan ortak bir sorun olmakla birlikte bireysel ve toplumsal nedenleri bulunmaktadır (16). Şiddet mağduru olan kadınlar genellikle evlendiği, itimat ettiği, çocuk sahibi olduğu ve maddi açıdan bağlı olduğu eşinin şiddetine maruz kalmaktadır. Evliliğin bu karışık yapısı çalışma hayatına katılamayan ve geliri olmayan kadınların şiddetle mücadele etmesi ve karşılaştığı sorunlarla baş etmesini kısıtlamaktadır (17,18). Mağdur üzerinde fiziki ve ruhsal olmak üzere onarılması

zor birçok zarara neden olan şiddet; mağdurun gururunu zedeleyen incitici bir davranıştır (19).

Bu araştırmaya katılan katılımcıların demografik özellikleri, kadın konukevine başvuru nedenleri ve kuruluştaki sunulan hizmetlerin verimliliklerine ilişkin bulgular dikkate değerdir. Kadınlara yaşlarına ilişkin bulgular incelendiğinde kadınlarının %59,6'sının 35 yaş ve altında olduğu görülmektedir. Bu durum kadın konukevine başvuran kadınların genç yetişkinlik döneminde olduklarını göstermektedir. Bu kadar genç bir müracaatçı grubuna hizmet veren kadın konukevinde hizmetlerin düzenlenmesinde kadınların eğitimine, becerilerinin geliştirilmesine önem verilmesi, bu genç yetişkinlerin travmalarının iyileştirilirken aynı zamanda sağlıklı yaşam becerileri kazanmaları ve kendi yaşamlarını devam ettirebilmeleri için donanımlı hale getirilmelerinde önemlidir

Katılımcılarla ilgili dikkat çeken bir diğer bulgu ise medeni durumlarıdır. Katılımcıların %85'i evli, boşanmış ya da dini nikâhlıdır. Mutlu tarafından 2016 yılında kadın konukevi hizmeti alan kadınlarla yapılan araştırmada, kadınların %74,3'ü resmi nikâhlı, %10'u imam nikâhlı, %7,1'i boşanmış olmak üzere toplam %91,4'ü evli, boşanmış ya da dini nikâhlı olduğu belirlenmiştir. Bu oran eş şiddeti ile ilgili çarpıcı bir gösterge olarak kabul edilebilir. (20)

Katılımcıların %38,9'unun 18 yaşından önce ve %41,7'sinin görücü usulüyle evlendiği tespit edilmiştir. Akyazı'nın 2010 yılında kadın



konukevinde kalan kadınlar ile ilgili yaptığı çalışmada “şiddete maruz kalan kadınların %47,5’i 15-18 yaş aralığında olduğu; %42,4’ü ailesinin karşı çıkmasına rağmen kendi seçimi ve %37,3’ü görücü usulü evlenme kararı” aldıkları saptanmıştır. Akyazı’nın (2010) yaptığı çalışmada, 18 yaşından önce evlenmenin alt sosyo-ekonomik düzey ile alakalı olduğunu belirtmiştir (21). Ayrıca, kadın konukevi hizmeti alan kadınların erken yaşta evlenme oranının yüksekliği dikkat çekicidir.

Katılımcıların %73,8’inin lise eğitimi almadığı ve %88,1’inin ise çalışmadığını gösteren bulgular özellikle genç kadınların eğitiminin ve istihdamının kadın konukevlerinde öncelikle önem verilmesi gereken alanlar olduğunu gözler önüne sermektedir. Şiddet döngüsü eğitimsizlik ve işsizlikle devam etmekte, gerekli iyileştirmeler ve önlemler alınmadığında kadınların konukevlerine tekrar tekrar gelmeleri engellenememekte ve sağlıklı bir yaşama uyumları zorlaşmaktadır.

Araştırmanın önemli bulgularından biri olan kadınların konukevlerine başvuru nedenleri incelendiğinde, kadınların %57’si şiddet nedeniyle kadın konukevine geldiklerini, %23,8’inin şiddet sıklaştığından; %14,3’ü şiddete ilk maruz kaldığı zaman; %7,1’i ciddi bedensel hasarlar aldıktan sonra; %11,9’u aile desteği olmadığında kadın konukevine başvurmaya karar vermiştir. Serin tarafından 2016 yılında yapılan bir çalışmada, kadınların %34’ü şiddet sıklaştığında, %26’sı aileleri tarafından destek görmeyeceklerini fark ettiklerinde ve %22’si ise ciddi bedensel hasarlar

aldıktan sonra konukevine başvurduğu saptanmıştır (22). Araştırmalarının yeri ve zamanı değişmesine rağmen kadınların konukevi başvuru nedenlerinin yukarıda yer alan bulgular doğrultusunda benzer olduğu söylenebilir.

Kadınların %50’si daha öncede kadın konuk evinde kaldıklarını belirtmiştir. Bu durum kadınların sosyal destek mekanizmalarının eksikliği, şiddetin geçeceği ve dayanmaları gerektiği yönündeki algıları ve kadın konukevinden çıktıktan sonra da yaşamlarını devam ettirmede zorlanmaları ile açıklanabilir. Bulgular, aile içi şiddetin önlenmesi için çalışmalar yapılması gerektiği ile birlikte kadın konuk evlerinin ulaşılabilirliğinin ve kurumlarda verilen hizmetlerin niteliğinin ve etkililiğinin artırılması gerektiğini de göstermektedir.

Kadın konukevinde sunulan hizmetlere ilişkin kadınların memnuniyetleri değerlendirildiğinde genellikle memnun oldukları görülmektedir. Katılımcıların “barınma hizmeti, danışmanlık ve yönlendirme” hizmetinden çok memnun olduğu; “psikolojik, hukuki, tıbbi ve ekonomik destek hizmeti”nden memnun olduğu tespit edilmiştir. İrmak’ın (2014) Bursa, Kocaeli ve Yalova illerinde kadın konukevi hizmetinden yararlanan kadınlarla yaptığı çalışmada katılımcıların %59’unun konukevi hizmetinden memnun; %35’inin kısmen memnun olduğu saptanmıştır.”(10).

Kadınların kuruluştaki sunulan “iş ve meslek danışmanlığı, mesleki eğitim ve kreş hizmeti” ile

ilgili memnuniyetlerinin orta düzeyde olduğu anlaşılmaktadır.

Kurum desteğine ihtiyaç duyduklarını belirttikleri diğer bulgularla birlikte değerlendirildiğinde katılımcıların eğitim ve becerilerine uygun İŞKUR ve halk eğitim merkezlerinde yürütülen kurslara katılım sağlamaların sosyo-ekonomik olarak güçlendirilmelerine, yaşamlarına sağlıklı ve mutlu devam etmelerine, etkin baş etme becerileri geliştirmelerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Şiddet fiilinin sonuçları ve mağdurlar üzerinde yarattığı olumsuz etkiler incelendiğinde bu sorunun çözüme kavuşturulması için önleyici çalışmalar yapılmasının zorunlu olduğu düşünülmektedir. Kadının korunması ve şiddetin önlenmesi yönelik yasal düzenlemelerin etkin şekilde uygulanması; şiddet faillerinin cezalandırılması, şiddet olgusuna neden olan kalıp yargılar ve inançların değiştirilmesi ve kadınların çalışma hayatına etkin katılımını sağlamaya yönelik mesleki eğitimler verilmesi, kadınların sosyo-ekonomik olarak güçlendirilmesinin sağlanması önleyici çalışmalar arasında yer almaktadır (19).

Kadınlara yönelik her türlü ayrımcılığın ve kötü davranışın önlenmesi, kadın erkek eşitliğinin sağlanması, kadınların barınma ve güvenlik gibi temel ihtiyaçların karşılanması, kadınların güçlendirilmesi ve haklarının korunması, şiddete yönelik koruyucu, önleyici ve rehabilite edici çalışmalar devlet kurumları tarafından

yapılmaktadır (23). Ülkemizde hizmet sunmakta olan kadın konukevlerinde; kadınların şiddet ortamından uzaklaşması, yaşadıkları olumsuz durum ile mücadele edebilmesi ve barınma hizmeti sonrası sosyal hayata katılım sağlayabilmesini yönelik hizmetler sunulmaktadır.

## SONUÇ

Esasında, şiddetin ortaya çıkmadan önlenmesine yönelik çalışmaların yapılması, şiddetin ortaya çıktıktan sonra mağdura yönelik barınma, psiko-sosyal destek ile sosyal hayata katılım sağlamalarına yönelik hizmetler sunmaktan daha önemlidir (24).

Kadın konukevlerinin temel amacı, kuruluştaki hizmet alan bireylere hukuki, ekonomik, sağlık ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, eğitim, psiko-sosyal ve ekonomik yönden güçlendirilmelerinin sağlanarak kadınların hayatlarını tek başına idame edebilmelerini ve şiddet ortamından uzak kalmalarını sağlamaktır.

Kadına yönelik şiddetle mücadelede; kadının insan haklarından eşit şekilde faydalanması, sosyo-ekonomik güçlendirilme ve şiddetle mücadele konusunda hukuksal düzenlemelerin etkin olarak uygulanması, şiddet faillerine yönelik koruma, tedavi, iyileştirme çalışmalarının artırılması ve kadına yönelik şiddet hususunda ülkemizde tüm bireylerin farkındalık kazanması ve zihniyet dönüşümü gerekmektedir.

Sonuç olarak kadın konukevleri; hizmet alan kadınların temel ihtiyaçlarının giderilmesinin yanı

sıra güçlenme ve sosyal hayata etkin olarak katılım açısından önemli çalışmaların yürütüldüğü kurumlardır.

## KAYNAKLAR

1. Doku Danışmanlık Web Sitesi. [Online]. [cited 2019 Mayıs 11. Available from: <http://www.dokudanismanlik.com/makaleler-siddet-nedir.php>.
2. İnsan Hakları Ortak Platformu. [Online]; 2011 [cited 2019 Mayıs 11. Available from: [http://www.ihop.org.tr/2012/01/31/acklayc-kitapck-kadnlara-yoenelik-iddet-ve-ev-ci-iddetin-oenlenmesi-ve-bunlarla-muecadeleye-dair-soezleme/?option=com\\_content&view=article&id=422/](http://www.ihop.org.tr/2012/01/31/acklayc-kitapck-kadnlara-yoenelik-iddet-ve-ev-ci-iddetin-oenlenmesi-ve-bunlarla-muecadeleye-dair-soezleme/?option=com_content&view=article&id=422/).
3. Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Kadına Yönelik Şiddetle Mücadele Ulusal Eylem Planı (2016-2020) Ankara: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı; 2016.
4. Türkiye Büyük Millet Meclisi. Kadına Yönelik Şiddetin Önlenmesinde Mevzuattaki ve Uygulamadaki Noksanlıkların Tespitine İlişkin Komisyon Raporu Ankara: TBMM; 2015.
5. Güler E. Sığınma Evinde Kalan Kadınların Yaşadıkları Şiddet ve Kişilik Bozuklukları Arasındaki İlişki. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Uygulamalı Psikoloji Bilim Dalı; 2012.
6. World Health Organization. World Report On Violence and Health Geneva; 2002.
7. Birleşmiş Milletler. Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Şiddetin Tasfiye Edilmesine Dair Bildiri; 1993.
8. Hall S, Scraton, P. Low, class and control. *Crime and Society*. 1990; 5(3): p. 460-498.
9. Şahinoğlu A. Sığınaklar Nedir, Neden Sığınaklara İhtiyacımız var? Kadın Sığınakları I. Kurultay Kitabı. İstanbul; 2000. p. 29-33.
10. İrmak S. Kadın Konuk Evlerinin Kadına Yönelik Şiddeti Azaltmadaki Rollerini:Kocaeli, Bursa, Yalova Örneği Yalova: Yalova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2014.
11. Karataş S, Otaran N, Şener Ü. Kadın Sığınmaevleri Kılavuzu Ankara: T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü; 2008.
12. Altınay A, Arat Y. Türkiye'de Kadına Yönelik Şiddet İstanbul: Punto Yayıncılık; 2007.
13. Küçükali A. Kadın Konukevi Müdürlüklerinden Hizmet Alan Kadınların Genel Profili ve Kurumlardan Aldıkları Hizmetlerini Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü. Türkiye'de Kadın Raporu. Ankara;2019.
14. T.C. Başbakanlık Mevzuat Bilgi Sistemi. Kadın Konukevlerinin Açılması ve İşletilmesi Hakkında Yönetmelik Ankara; 2013.
15. Verimliliği: Erzurum, Erzincan ve Bayburt Örneği. *Vizyoner Dergisi*; 2016; 14(7):43-57
16. Kandemirci D., Kağnıcı D. Kadına Yönelik Aile İçi Şiddetle Baş Etme: Çok Boyutlu Bir İnceleme. *Türk Psikoloji Yazıları*; 2014; 17(33).
17. Aliye MA. Aile içi şiddet: Kadının ve Çocuğun Korunması Ankara: Elma Yayınevi; 2006.
18. Bauman, E. M., Haaga, D. A. ve Dutton, M. A. Coping with intimate partner ivolence: Battered women's use and perceived helpfulness of emotion-focused coping strategies. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2008; 17(1), 23-41
19. Şimşek H. Kadın Konukevinde Kalan Şiddet Mağduru Kadınların Yaşam Planlarının Niteliksel Olarak Araştırılması: Eskişehir Örneği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Bölümü; 2018
20. Mutlu G. Kadın Sığınma Evinde Kalan Kadınların Öznel İyi Oluş Düzeyleri Ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının İncelenmesi İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Program; Şubat 2018.
21. Senem A. Kadın Sığınmaevinde Kalan Aile İçi Şiddete Maruz Kalmış Kadınlarda Ruhsal Bozukluklar. İstanbul; 2010.
22. Serin S. Eş Şiddetine Maruz Kalıp Sığınma Evinde Kalan Kadınlarda Bağlanma, Başa Çıkma ve Ruhsal Travma Arasındaki İlişki Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
23. Güney G., Adaçay F.R., Kadına yönelik ekonomik şiddet. Uluslararası Katılımlı Kadına ve Çocuğa Karşı Şiddet Sempozyumu. Mutlu Çocuklar Derneği. 2012.
24. Öztürk Turgut E. Şiddet Gören Kadınlarda Tidal Modele Dayalı Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımının Psikolojik Dayanıklılıklarına Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. İzmir: Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı; 2018.

## ARAŞTIRMA MAKALESİ

Hayat Kadınlarında *Neisseria Gonorrhoeae* Enfeksiyonunun Retrospektif DeğerlendirilmesiMüzeyyen AKSU<sup>1</sup>

## ÖZ

**Amaç:** Bu çalışma, cinsel yolla bulaşan hastalıklardan *Neisseria gonorrhoeae* enfeksiyonunun yayılmasında önemli bir risk unsuru olan hayat kadınlarında gonore epidemiyolojisinin araştırılması amacı ile yapılmıştır.

**Yöntem:** 2008-2013 tarihleri arasında Mersin Deri ve Zührevi Hastalıkları Dispanseri'nde kayıtlı çalışan sosyal ev kadınlarından 39235, kayıtsız olarak kaçak çalışan 1045 hayat kadınlarına ait toplam 40280 muayene yapılmıştır. Muayene sonucunda, endoservikal sürüntü örneklerinden Gram boyama yapılmıştır. Polimorfonükleer lökosit, hücre içi ve hücre dışı Gram negatif diplokok saptanması durumunda *Neisseria gonorrhoeae* enfeksiyonu olarak değerlendirilmiştir. Yapılan muayene ve tetkik sonuçları muayene kayıt defterine kaydedilmiş olup olgulara ait epidemiyolojik veriler bu defter kayıtlarından geriye dönük olarak incelenerek temin edilmiştir.

**Bulgular:** Bu çalışmada, sosyal ev kadınlarının yıllara göre dağılımı 2008 tarihinde %1.6'dan, 2013 tarihinde %0.3 (p 0.001)'e düştüğü saptanmış ve kayıtsız hayat kadınlarındaki olgu sayısı ile karşılaştırıldığında (p 0.001), olgu sayısındaki düşüş anlamlı bulunmuştur. Kayıtsız Türk hayat kadınlarında aynı tarihlerde %24'den %18.1'e ve yabancı uyruklu hayat kadınlarında %96'dan %28.6'ya olgu sayısında düşüş tespit edilmiştir. Bu gruplar arasında yıllar içindeki dağılımı (p 0.007) ve olgu sayıları karşılaştırıldığında (p 0.001) olgu sayısındaki düşüş anlamlı bulunmuştur. Sosyal ev kadınlarında olguların yaşa göre görülme sıklığı değerlendirildiğinde, özellikle 41-50 yaş grubu kadınlarda olgu görülme oranının daha yüksek olduğu ve aynı yıl içinde birden fazla enfeksiyon tekrarı olduğu saptanmıştır.

**Sonuç:** Mersin Deri ve Zührevi Hastalıkları Dispanseri verilerinin değerlendirilmesi sonucunda, ilimizde sosyal ev kadınlarında *Neisseria gonorrhoeae* enfeksiyonunun yıllar içinde önemli oranlarda düşüş gösterdiği saptanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında hayat kadınlarının erken tanı ve tedavi hizmetlerinden daha etkin yararlanmalarını sağlayacak sağlık politikaları oluşturulması ve kaçak çalışanlarla etkin mücadele yapılması gerektiği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelime:** Genital Enfeksiyon, Gonore, *Neisseria gonorrhoeae*

Retrospective Review of the Prostitutes in *Neisseria Gonorrhoeae* InfectionsMüzeyyen AKSU<sup>1</sup>

## ABSTRACT

**Aim:** In this study, it was aimed to evaluate infections of *Neisseria gonorrhoeae* constitutes one of the most important risk factor in the spread of sexually transmitted diseases, retrospectively in the prostitutes.

**Method:** Between 2008-2013 in Mersin Dermatological and Venereal Diseases Dispensary total 40280 examinations were made as registered employees 39235, unregistered employees 1045. Clinical signs as well as polymorphonuclear leukocytes in the Gram stain of the endocervical swab sample, intracellular and extracellular Gram negative diplococci presence was evaluated as *Neisseria gonorrhoeae* infection. Examination results of the examination recorded in the registry. These records were obtained from the epidemiological data of the cases.

**Results:** The distribution of life expectancies registered in this study declined from %1.6 in 2008 to %0.3 (p 0.001) in 2013 and the decrease in the number of cases compared to the number of cases in unregistered prostitutes (p 0.001) was found significant. There was a decrease in the number of unregistered. Distribution among these groups over the years (p 0.007) and case numbers (p 0.001) were found to be significant. When evaluating the incidence of cases by age in registered prostitutes, especially in women aged 41-50 were found to be higher incidence of cases.

**Conclusions:** As a result of evaluation of Mersin Dermatological and Venereal Diseases Dispensary data, it has been determined that infection of *Neisseria gonorrhoeae* in prostitutes is significantly decreased in years. But high rates of infection pointed out for unregistered prostitutes employees. Within the scope of preventive health services, early diagnosis and treatment of prostitutes to enable them to make more effective health policies need to be created and it is necessary to effectively fight against unregistered prostitutes employees.

**Keywords:** Genital Infection, Gonorrhea, *Neisseria gonorrhoeae*

<sup>1</sup>Mersin İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Laboratuvarı, Mersin

Sorumlu Yazar: Müzeyyen AKSU

E-posta adresi: müzeyyen.aksu@yandex.com

Gönderi Tarihi: 01.03.2019

ORCID No: 0000-0002-4138-4827

Kabul Tarihi: 14.05.2019

## GİRİŞ

Gonore, bilinen en eski cinsel yolla bulaşan hastalıklardan biridir. Etkeni *Neisseria gonorrhoeae*'dir. *N. gonorrhoeae* sadece insanlarda hastalık yapmakta ve her koşulda patojen kabul edilmektedir (1-3). *N. gonorrhoeae*, genital organlardan üst genitallere yayılarak, sıklıkla üretra, serviks, rektum ve farinks gibi mukozal yüzeyleri enfekte ederek uzun dönem komplikasyonlar sonucunda infertilite, ektopik gebelik, infant morbiditeleri ve ölümleri, yeni doğan körlüklerine neden olmaktadır (4-6). Cinsel yolla bulaşan hastalıklar, insan immün yetmezlik virüsü (HIV) enfeksiyonunun bulaşmasını üç katı artırmaktadır (7,8).

Dünya çapında her yıl yaklaşık 357 milyon insanda cinsel yolla enfeksiyon (CYBH) saptanmış olup bunların dörtte birini klamidya (131 milyon), gonore (78 milyon), sifiliz (5.6 milyon) ve trikomonas (143 milyon) oluşturmaktadır. Her gün 1 milyondan fazla insan bu sayıya eklenmektedir (9). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2013 yılı verilerine göre cinsel yolla bulaşan hastalıkların 14-45 yaş grubu kadınlarda, doğuma ilişkin hastalıklardan sonra ikinci sırada ve gelişmekte olan ülkelerin çoğunda erişkinlerin tıbbi yardım amacıyla başvurdukları ilk beş hastalık arasında yer almaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar tüm dünyada bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte, görülme sıklıkları gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş olan ülkelere göre daha yüksektir ve en yüksek hız 20-24 yaş

arasında olup bunu 15-19 yaş takip etmektedir (9-11).

Ülkemizde *N. gonorrhoeae* bildirim zorunlu hastalıklar grubu arasında bulunmasına rağmen vaka tanımı ve bildirim yetersiz olması nedeni ile hastalıkla ilgili gerçek prevalans tam olarak bilinmemektedir. Ülkemizde, nüfusun yarısının gençlerden oluşması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar hakkında yetersiz bilgi sahibi olmaları, cinsel özgür davranışlara açık olunması, toplumda CYBH hakkında verilen bilgilerin yetersizliği, turizm sektörünün giderek gelişmesi, seks sektöründe çalışanlarda ve bunlarla temasta bulunanlardaki artış, kayıt dışı olarak sokakta çalışanların fazlalığı, hayat kadınları ile ilişkide kondom kullanımının ancak %18' lerede olması, komşu ülkelerden ülkemize çeşitli nedenlerle gelen ve fuhuş sektöründe çalışan kayıtsız hayat kadınları CYBH riskini artırıcı rol oynamaktadır (11-13).

Hayat kadınları, CYBH' lardan en çok etkilenen ve yayılmasında aktif rol oynayan bir gruptur. Ankara Ticaret Odası (ATO)'na göre, Türkiye'de hayat kadınlarının sayısı 100 bine yaklaşırken tescilli hayat kadını sayısı 15 binden fazladır. Bu kadınlar müşteri yoluyla hastalıklarla enfekte olabildikleri gibi, hastalıkları müşterilerine ve onların ailelerine bulaşmasına da neden olmaktadır (13).

Bu çalışmada, Mersin ilinde 2008-2013 yılları arasında sosyal ev kadınlarında ve kaçak çalışan Türk ve yabancı uyruklu hayat kadınlarında *N.*

*gonorrhoeae* enfeksiyonunun yıllara göre değişimi, olguların yaşa göre dağılımı ve görülme sıklığı geriye dönük olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## YÖNTEM

Mersin Deri ve Zührevi Hastalıkları Dispanserindeki 2008-2013 yıllarına ait hasta verileri, dispanser tetkik kayıt defterlerinden geriye dönük olarak incelenerek veriler elde edilmiştir.

Belirtilen süre içinde 39235'i kayıtlı ve 1045'i kayıtsız çalışan toplam 40280 hayat kadını, dispanser doktoru ve hemşireleri tarafından (sosyal ev kadınları haftada iki gün, kayıtsız hayat kadınları yakalandığında) muayeneleri yapılarak servikal örnekleme yapılmıştır. Alınan bütün örneklerden yapılan yayma preparatları, Gram boyama metodu ile boyanmış ve x100 büyütme ile incelenmiştir. Gram boyalı preparatta, polimorfonükleer lökosit, hücre içi ve hücre dışı Gram negatif diplokok görülmesi durumunda *N. gonorrhoeae* enfeksiyonu olarak değerlendirilmiştir. Yapılan muayene ve tetkik sonuçları muayene kayıt defterine kaydedilmiş olup çalışmamızda olgulara ait epidemiyolojik veriler bu kayıtlardan temin edilmiştir.

16/04/2019 tarih ve E.1023122 sayı ile Mersin Üniversitesi Rektörlüğü Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onay alınmıştır.

İstatistik analizler ve değerlendirme için tanımlayıcı ki kare (SPSS 16.0 programı) ve yüzde analizleri kullanılmıştır.

## BULGULAR

Mersin Deri ve Zührevi Hastalıkları Dispanseri, Muayene Kayıt Defteri 2008-2013 yılları arasındaki kayıtlara göre incelendiğinde, sosyal ev kadınlarında 316 ve kaçak çalışan hayat kadınlarda 281 olgu tespit edilmiştir (Tablo 1).

2008-2013 yılları arasında sosyal ev kadınlarında olgu görülme oranı %1.6'dan %0.3'e, kaçak çalışan Türk hayat kadınlarında %24.0'den, %18.1'e, kaçak çalışan yabancı hayat kadınlarında %96.0'dan, %28.6'ya düştüğü tespit edilmiştir (Tablo 1).

Tablo 2' de sosyal ev kadınlarının yıllar içindeki dağılımı ve kayıtsız hayat kadınları ile olgu sayılarının istatistiksel karşılaştırılması yapılmış ve analizi sonuçları anlamlı ( $p < 0.001$ ) bulunmuştur. Türk ve yabancı uyruklu kayıtsız hayat kadınlarında olgu sayısının yıllara göre ( $p < 0.007$ ) ve olgu sayılarına göre ( $p < 0.001$ ) dağılımı karşılaştırıldığında, analiz anlamlıdır.

Tablo 3'de sosyal ev kadınlarında olguların görülme sıklığı yaşa göre değerlendirildiğinde, en çok "41-50 yaş", en az "20-30 yaş" aralıklarında bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 4 dikkate alındığında sosyal ev kadınlarında yıl içinde birden fazla olgu gözlenmiş olup olgu tekrarları en fazla 2008, en az 2013 yılında olduğu belirlenmiştir. Olgu sayısında azalma ile orantılı olarak olgu tekrarı da azalmıştır (Tablo 4).

## TARTIŞMA

Gonore konusundaki araştırmalar, çoğunlukla diğer CYBH ile ilgili epidemiyolojik ve mikrobiyolojik çalışmaların alt sonuçları olarak bulunmaktadır. DSÖ' nün 2005 yılında yaptığı tahminlere göre 15-49 yaş arasındaki bireylerde tedavi edilebilir CYBH' nin yıllık yeni olgu sayısı 448 milyona ulaşmıştır. 2009 yılında, Avrupa Birliği/Avrupa Ekonomik Bölgesi üyelerinden 29202 gonore olgusu bildirilmiş olup gonore hızı 9.7/100000 olarak hesaplanmıştır. 1990-1999 yıllarında 406753, 2000-2009 yıllarında 318233 gonore olgusu saptanmıştır (14). Bu ülkelerde yapılan çalışmalarda gonore hızı geçmiş yıllara göre düşüş gösterirken Danimarka, İzlanda, Portekiz ve Polonya'da olgu sayılarının arttığı dikkati çekmektedir (13-14).

Düşük sosyoekonomik koşullara sahip gelişmekte olan ülkelerde hayat kadınlarında gonore yüksek seviyelerdedir. Asya'da, ülkeler arasında gonore prevalansı %11-38 arasında değişiklik göstermektedir ve en sık Çin ve Endonasya' da saptanmaktadır. Java' da yapılan bir çalışmada da CYBH' nin neden olduğu 30650 olgunun 13053'ünü hayat kadınları oluşturmaktadır ve %7.8'inde gonore saptanmıştır (6).

Ülkemizde *N. gonorrhoeae*'ye bağlı genital enfeksiyonların dağılımını kesin olarak söylemek mümkün değildir. Bunun nedeni, yapılan çalışmalar farklı bölgelerde farklı gruplar farklı tanı yöntemlerle değerlendirilmesidir (Tablo 4). T.C. Sağlık Bakanlığı verilerine göre ülkemizde 1997 yılında 1196, 2001 yılında 912, 2005 yılında 452, 2011 yılında 263 gonore olgusu bildirilmiştir (15).

Ülkemizde 2007'de sentinel merkezlerde yapılan test sonuçları değerlendirildiğinde, Ankara, İstanbul ve İzmir'deki 252 kayıtsız seks işçisi, 167 eşcinsel erkek, 67 damar içi madde kullanan, 2060 gönüllü gebede (08.2006-04.2007 arasında) *N. gonorrhoeae* sıklığı sırasıyla %2,8;%3;%1,5;%0,5 'dir (27).

Sağlık Bakanlığının verilerine paralel olarak, Hastalık Kontrol ve Koruma Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention CDC)'nin 2013 raporuna göre CYBH' nin görülme sıklığında artış görülmesine rağmen; sifilis, gonore ve şakroid vakalarında azalma saptanmıştır (10). Bizim yapmış olduğumuz çalışmada da 2008 yılında %1.6 iken 2013 yılında anlamlı olarak %0.3'e düşmüştür. Bu düşüşün nedeninin sosyal ev kadınlarının dispanser doktor ve hemşiresi tarafından sağlık kontrollerinin düzenli yapılarak bulaşıcı hastalıklar saptandığında tedavi edilmeleri ve sosyal ev kadınlarının CYBH hakkında düzenli bilgilendirilmelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Çünkü kayıtsız çalışan Türk ve yabancı hayat kadınlarında olgu düşüş oranı sıra ile 2008'de %24, %96'dan 2013 yılında %18.1 ve

%28.6'ya gerilediği tespit edilmiştir. Bu da kaçak çalışan hayat kadınlarına yönelik denetimlerin ne kadar önem taşıdığını ortaya koymaktadır.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada *N. gonorrhoeae* enfeksiyonu ile cinsel eş sayısı ve düşük eğitim düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, 15-25 yaşlar arasında *N. gonorrhoeae* riskinin arttığı gözlenmiştir (28). DSÖ' nün verilerine göre de CYBH, en çok cinsel aktivitenin yüksek olduğu 15-35 yaş grubunda rastlanılmış, çalışma grubumuzdaki hayat kadınlarında olguların özellikle 41-50 yaş arasında arttığı saptanmıştır. Bunun nedeninin sosyal ev kadınlarının yaş ortalamasının yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (14).

Colorado Springs'te 89 hayat kadınının %63'ünde 14 aylık süre içinde en az bir kez gonore kaydedilmiştir (16). Yapmış olduğumuz çalışmada da benzer sonuç alınmış olup, olgu sayısında tekrarlanma oranı 2008 yılında yüksek iken 2013 yılında olgu sayısı ile orantılı olarak düşüş izlenmiştir. Tekrarlanan gonore olgularında, özellikle son dönemlerde giderek yayılan *N. gonorrhoeae* antibiyotik dirençliliği nedeniyle kültür-antibiogram yapılması önem taşımaktadır (29). Artan antibiyotik dirençliliği ve HIV bulaşma riskini üç kat artırması nedeni ile gonore aşısının gelişimi teşvik edilmektedir (30).

Geride bıraktığımız yıllarda, dağılan Sovyetler Birliği'nin bölgede oluşturduğu istikrarsız koşullara bağlı olarak işsizlik, yoksulluk ve hayat kadınlarında artış gözlenmiş ve CYBH 'de ciddi

artışlara sebep olmuştur (15). Sağlık Bakanlığı'nın Avrupa Birliği Üreme Sağlığı Projesi kapsamında hazırlanmış olduğu rapora göre, enfeksiyonların eski Sovyetler Birliği'nden İstanbul'a gelen kadınlar ile Afrikalı kadınlarda en yüksek orana sahip oldukları bildirilmiştir (15).

Bu çalışmada, kaçak çalışan yabancı uyruklu hayat kadınlarının özellikle Doğu Avrupa ülkelerinden geldiği ve enfeksiyon oranının 87 muayenede 63 olgu gibi yüksek oranlarda olduğu saptanmıştır. Bu yüksek riskli gruptaki tedavi edilebilir CYBH'lerin erken tanı ve tedavisi, CYBH'lerin komplikasyonlarının kontrolü ve önlenmesinde büyük önem taşımaktadır.

## SONUÇ

Mersin ili, savaş sonrası komşu ülkelerden ve diğer illerden göç alması, mevsimlik işçi çalıştırılması ve bir turizm şehri olması nedeni ile CYBH yönünden risk oluşturmaktadır. İlimizde sosyal ev kadınlarında gonore olgusunun görülme oranının düşüş göstermesi memnuniyet verici bir gelişmedir. Yeni oluşacak enfeksiyon zincirini önlemek için zamanında ve yeterli önlemlerin alınması önem taşımaktadır. Bu amaçla, özellikle riskli grupların ve genç nüfusun CYBH ile ilgili olarak eğitilmesi, ülkemizde koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında sosyal ev kadınlarının erken tanı ve tedavi hizmetlerinden daha etkin yararlanmalarını kolaylaştıracak yeni sağlık politikaları oluşturulması ve kaçak çalışanlarla etkin mücadele yapılması gerektiği düşünülmektedir.



## TEŞEKKÜR

Toros Üniversitesi Meslek Yüksek Okulu Bölüm Başkanı Deniz Yalçınkaya' ya çalışmaya katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

## KAYNAKLAR

1. Christian P, Khattry SK, LeClerq SC, Roess AA, Wu L, Yuenger JD, Zenilman JM. Prevalence and risk factors of chlamydia and gonorrhea among rural Nepali women. *Sex Transm Infect* 2005; 81:254–258. doi: 10.1136/sti.2004.011817.
2. Sarah BA, Chapin KC. Comparison of Aptima Trichomonas vaginalis transcription-mediated amplification assay and BD Affirm VPIII for detection of T. vaginalis in symptomatic women: performance parameters and epidemiological implications. *Journal of Clinical Microbiology* 2011; 49:866–869. No. 30095-1137/11/\$12.00 doi:10.1128/JCM.02367-10.3
3. Cahide EÖ, Özdemir İ, Yavuz T, Kaya D, Behçet M. Etiologic agents of cervicovaginitis in Turkish women. *Sudi. Med. J* 2006; 27(10):1503-1507.
4. Abbai SN, Wand H, Ramjee G. Sexually transmitted infections in women participating in a biomedical intervention trial in Durban: prevalence, coinfections, and risk factors. *Journal of Sexually Transmitted Diseases* 2013; Article ID 358402, 6 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2013/358402>.
5. Karadeniz Bİ. Vulvojinit şikayeti ile başvuran hastalarda jinekolojik muayene bulguları ile mikrobiyolojik tanının korelasyonunun karşılaştırılması ve etken mikroorganizma sıklığının belirlenmesi. Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi, 2009.
6. Nugrahaeni A, Sofro MAU, Shaluhyah Z, Suryasaputro A, Widjanarko B. Risk factors of gonorrhoea among female indirect sex workers. *Journal of Epidemiology and Public Health* 2017; 2(3): 216-224. <https://doi.org/jepublichealth.2017.02.03.03>.
7. Balcı O, Çapar M. Vajinal enfeksiyonlar. *Türkiye Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi* 2005; (2)5: 14-20.
8. Çakal B, Ağaçfıdan A. Cinsel yolla bulaşan hastalıkların mikrobiyolojik tanısı. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi* 2006; 6(11): 11-20.
9. World Health Organization. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis)). Erişim:27.03 2019.
10. World Health Organization. Progress in Reproductive Health Research. Sexual Health-A New Focus for WHO, 2013. URL: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/sexual-health/en/19-09-2014>.
11. Serter D, Gökengin D. Türkiye'de ve dünyada cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar ve HIV/AIDS. <ftp://ism.gov.tr/SaglikDergisi/Ocak2012>.
12. Zarakolu P. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2006; 37: 21-34.
13. Öcal BÇ, Börekçi G. Genelevde çalışan kadınların ve ev kadınlarının cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusundaki bilgi düzeylerinin anksiyete ile ilişkisi. *Erciyes Tıp dergisi* 2007; 29(6): 456-466.
14. European Centre for Disease Prevention and Control. Sexually transmitted infections in Europe, 1990-2009, Stockholm (2011). [http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/110526\\_SUR\\_STI\\_in\\_Europe\\_1990-2009.pdf](http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/110526_SUR_STI_in_Europe_1990-2009.pdf) (02 Mart 2012 tarihinde erişilmiştir).
15. Sağlık Bakanlığı-AB Üreme Sağlığı projesi kapsamında hazırlanmış rapordur. Türkiye'de cinsel temasla bulaşan hastalıklar. *Kadın Doğum Dergisi* 2007; 6(2): 1365-1404.
16. Altınok T, Özarmağan G, Uras N. İstanbul yöresinde gonore (Riskli kadın grubunun 5 yıllık olgu analizi). *Deri Hastalıkları Frengi Araştırmaları Dergisi* 1984; 18: 123.
17. Gazi H, Surucuoglu S, Yolasigmaz G, Sen M, Akcali S, Dinc G, Teker A, Sanlıdag T, Koroğlu G. Prevalence of Chlamydia trachomatis/Neisseria gonorrhoeae and human papilloma virus among women at risk in the Aegean region of Turkey, and their knowledge about HIV/AIDS. *West Indian Med.J* 2006; 57 (4).
18. Zarakoğlu P, Alp S, Yağcı S. Frequency of curable sexually transmitted infections among registered female sex-workers in Ankara City. *Mikrobiyoloji Bulteni* 2010; 44(1):117-121.
19. Zarakolu P, Sakızlıgil B, Çakır B, Ünal S. The point prevalence of gonorrhea among registered sex workers in Ankara, Turkey. *International Journal of STD AIDS* 2002; 13:52.
20. Zarakolu P, Alp Ş., Yağcı S. Ankara ilinde kayıtlı seks çalışan kadınlarda iyileştirilebilir cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların sıklığı. *Mikrobiyol Bul.* 2010; 44: 117-121.
21. Rao GG, Bacon L, Evans J, Dejeahang Y, Michalczyk P, Danoldson N. Prevalence of Neisseria gonorrhoeae infection in young subjects attending community clinics in South London. *Sexually Transmitted Infections* 2008; 84 (2) : 117-21.
22. Loza O, Strathdee SA, Martinez GA, Lozada R, Ojeda VD, Staines-Orozco H, Patterson TL. Risk factors associated with chlamydia and gonorrhoea infection among female sex workers in two Mexico-USA border cities. *International Journal of STD AIDS* 2010; 21(7): 460-5.
23. Das A, Prabhakar P, Narayanan P, Neilsen G, Wi T, Kumsa S, Rao G, Gangakhedkar R, Risbud A. Prevalence and assessment of clinical management of sexually transmitted infections among sex workers in two cities of India. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*. 2011: 494769.doi:10.1155/2011/49.
24. Tang W, Pan J, Jiang N, Hu HY, Mahapatra T, Yin YP, Mahapatra S, Wang XL, Chen XS, Lin N, Zhang X, Huan XP, Yang HT, Fu GF. Correlates of chlamydia and gonorrhea infection among female sex workers: the untold story of Jiangsu, China. 2014; doi:10.1371/journal.pone.0085985.t004.
25. Kaygusuz A. Gram preparatının enfeksiyon hastalıklarının tanı ve izlenmesine katkısı. *Ankem dergisi* 2005; 19(2):87-95.
26. Ağaçfıdan A. Cinsel yolla bulaşan hastalıklarda laboratuvar tanı olanakları. *Ankem dergisi* 2012; 26: Ek2): 189-197.
27. Türkiye'de Temel CYBE/HIV ile ilgili hizmet araştırması. DELTUR/2006/116-986. 2007 nihai rapor. Avrupa Birliği, ICON-INSTITUT Public Sector Gmb H, Hacettepe Üniversitesi, Institute of Tropical Medicine, Antwerp. <http://www.klimik.org.tr> adresinden 10.01.2016 tarihinde erişilmiştir.
28. Yiğit G. Neisseria gonorrhoeae : Gonore ve antibiyotik direnci. *Jour Turk Fam Phy* 2016; 07 (1): 06-15. Doi: 10.15511/tjtfp.16.01606.
29. Unemo M, Golparian D, Sañchez-Buso L, Grad Y, Jacobsson S, Ohnishi M, Latra MM, Limmios A, Sikora AE, Wi T, Harris S. The novel 2016 WHO Neisseria gonorrhoeae reference strains for global quality assurance of laboratory investigations: phenotypic, genetic and reference genome characterization. *J Antimicrob Chemother* 2016; 71: 3096–3108.
30. Zhu W, Chen CJ, Thomas CE, Anderson JE, Jerse AE, Sparling PF. Vaccines for gonorrhea: can we rise to the challenge? *Front. Microbiol*, 03 June 2011 | <https://doi.org/10.3389/fmicb.2011.00124>.

**Tablo 1.** Mersin ilinde çalışan kayıtlı sosyal ev kadınları ve kayıtsız hayat kadınlarında yıllara göre belirlenen olgu sayıları

Muayene yılı	Sosyal ev kadınlarında olgu sayısı (n)			Kayıtsız çalışanlarda olgu sayısı (n)					
	Toplam muayene sayısı (n)	Frekans (f)	Yüzde (%*)	Türk uyruklu hayat kadını			Yabancı uyruklu hayat kadını		
				Toplam muayene sayısı (8n)	Frekans (f)	Yüzde (%*)	Toplam muayene sayısı (n)	Frekans (f)	Yüzde (%*)
2008	5521	89	1.6	175	42	24.0	25	24	96.0
2009	7629	83	1.1	195	47	24.1	15	13	86.7
2010	6076	66	1.1	100	25	25.0	12	10	83.3
2011	6596	30	0.5	100	27	27.0	11	9	81.8
2012	6725	27	0.4	233	49	21.0	10	3	30.0
2013	6688	21	0.3	155	28	18.1	14	4	28.6
<b>Toplam (n, %**)</b>	<b>39235</b>	<b>316</b>	<b>0.8</b>	<b>958</b>	<b>218</b>	<b>22.8</b>	<b>87</b>	<b>63</b>	<b>72.4</b>

\*Sütun yüzde, \*\*Satır yüzde

**Tablo 2.** Kayıtlı sosyal ev kadınları ve kayıtsız çalışan hayat kadınlarında, olgu sayısı ve uyrukların karşılaştırılması

Karşılaştırılacak parametreler	Toplam muayene sayısı (n)	Olgu sayısı (n)	%	p
Sosyal ev kadınlarındaki olgu sayısının yıllara göre dağılımının karşılaştırılması	39235	316	0.8	0.001
Sosyal ev kadınları ve kayıtsız hayat kadınlarındaki olgu sayısının karşılaştırılması	39235	316	0.8	0.001
	1045	281	26.9	
Kayıtsız Türk ve yabancı uyruklu hayat kadınlarındaki olgu sayısının yıllara göre dağılımının karşılaştırılması	958	218	22.8	0.007
	87	63	72.4	
Kayıtsız Türk ve yabancı uyruklu hayat kadınlarındaki olguların karşılaştırılması	958	218	22.8	1.49
	87	63	72.4	

**Tablo 3.** Sosyal ev kadınlarında yaşa göre olgu sıklığı

Yıllar	Olgu sayısı (n)	Yaşa göre olgu görüme sıklığı				
		20-30 yaş	31-40 yaş	41-50 yaş	51-60 yaş	61 yaş ve üstü
2008	89	1	20	40	22	6
2009	83	0	12	41	30	0
2010	66	1	11	30	24	0
2011	30	0	10	15	5	0
2012	27	1	5	14	5	2
2013	21	1	3	10	4	3
<b>Toplam (n)</b>	<b>316</b>	<b>4</b>	<b>61</b>	<b>150</b>	<b>90</b>	<b>11</b>
<b>Yüzde (%)</b>	<b>100</b>	<b>1.3</b>	<b>19.3</b>	<b>47.5</b>	<b>28.5</b>	<b>3.5</b>

**Tablo 4.** Yıllara göre olguların tekrarlama sıklığı

Muayene yılı	Olgu sayısı (n)	Olgu tekrarlama sıklığı				
		Tek	2-3 kez	4-5 kez	6-7 kez	8 ve üstü
2008	89	63	15	8	2	1
2009	83	61	13	7	3	0
2010	66	47	13	5	1	0
2011	30	18	10	2	0	0
2012	27	17	8	2	0	0
2013	21	14	6	1	0	0
<b>Toplam (n)</b>	<b>316</b>	<b>220</b>	<b>65</b>	<b>25</b>	<b>6</b>	<b>1</b>

**Tablo 5.** Ülkemizde ve dünyada gonore olguları

Değerlendirilen Yerler		Değerlendirilen grup	Yöntem	Pozitif sonuç	Referans No
Türkiye	İstanbul (1978-1982)	Hayat kadınları	Metilen mavisi preparasyonu	%3.5	16
	Manisa-İzmir (2006)	Hayat kadınları	PCR	%18.6	17
	Ankara (2010)	Hayat kadınları	Direk yayma	%0.0	18
	Ankara (2002)	Hayat kadınları	Kültür	%2.3	19
	Mersin (2003)	Hayat kadınları	Direk yayma	%0.0	13
Diğer ülkeler	Kore (2012)	Tarama programı	PCR	%8.12	21
	Meksika (2010)	Hayat kadınları	PCR	%6.4	22
	Çin (2014)	Hayat kadınları	PCR	%5.2	24

## DERLEME

**Propiyonik Asidemi ve Diyet Tedavisi***Cahit ERKUL<sup>1</sup>, Hande ÖNGÜN YILMAZ<sup>2</sup>***ÖZ**

Propiyonik asidemi (PA), dallı zincirli amino asit katabolizmasının metabolitlerinin birikmesi ile karakterize, otozomal resesif geçişli propiyonat katabolizması bozukluğudur. Akut hastalık metabolik asidoz, bilinç değişiklikleri, ensefalopati, anoreksiya ve bulantı-kusmaya sebep olurken; kronik komplikasyonlar arasında zayıf büyüme, hareket bozuklukları, epilepsi bulunmaktadır. PCC eksikliğinde metabolik olarak aktif olan propionil-CoA'nın birikmesi, diğer birçok metabolik yolağı etkilemekte ve üredeki organik asitlerin konsantrasyonları artmaktadır. Hastalığın tedavisinde karnitin takviyesi, karaciğer transplantasyonu ve düşük proteinli diyet tedavisi önemli birkaç yöntemden bazılarıdır. Karnitin, propiyonik asidemi tarafından indüklenen DNA hasarını azaltır. Karaciğer transplantasyonu metabolik defektin sadece kısmi düzeltilmesini sağlamaktadır. Beslenme tedavisinin amacı propionat üretimini azaltmaktır. Bunun için düşük proteinli bir diyet kullanarak prekürsör-amino asitlerin kısıtlanması, uzun süreli açlıktan kaçınılması gerekmektedir. Hastaların iyileşme sürecinde diyet tedavilerini aksatmadan uygulamaları önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Diyet, Karnitin, Propiyonik Asidemi.

**Propionic Acidemia And Diet Therapy***Cahit ERKUL<sup>1</sup>, Hande ÖNGÜN YILMAZ<sup>2</sup>***ABSTRACT**

Propionic acidemia (PA) is an autosomal recessive propionate catabolism disorder characterized by the accumulation of metabolites of branched-chain amino acid catabolism. Acute disease causes metabolic acidosis, changes in consciousness, encephalopathy, anorexia and nausea-vomiting, while chronic complications include poor growth, movement disorders, and epilepsy. The accumulation of propionyl-CoA, which is metabolically active in PCC deficiency, affects many other metabolic pathways, increasing the concentrations of organic acids in the urea. Carnitine supplementation, liver transplantation and low-protein diet therapy are some of the important methods in the treatment of the disease. Carnitine reduces DNA damage induced by propionic acidemia. Liver transplantation provides only partial correction of metabolic defect. The aim of nutritional therapy is to reduce the production of propionate. For this reason, prolonged starvation should be avoided by limiting precursor amino acids using a low protein diet. It is important that patients practice their diet without disrupting their diet.

**Keywords:** Diet, Carnitine, Propionic Acidemia.

<sup>1</sup>Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

<sup>2</sup>Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

**Sorumlu Yazar:** Cahit ERKUL

E-posta adresi: [dyt.cahit@gmail.com](mailto:dyt.cahit@gmail.com)

Gönderi Tarihi: 13.02.2019

ORCID No: 0000-0003-0940-1129

Kabul Tarihi: 28.05.2019

## GİRİŞ

Propiyonik asidemi (PA), dallı zincirli amino asit katabolizmasının metabolitlerinin birikmesi ile karakterize, propiyonil-CoA karboksilaz enzimidaki bozuklukların neden olduğu otozomal resesif geçişli propiyonat katabolizması bozukluğudur (1).

Propiyonik asidemi propiyonil-CoA karboksilaz (PCC) enzimidaki bozukluklar nedeniyle propiyonik asitin kanda birikmesi sonucu oluşan, otozomal geçişli bir rahatsızlıktır.

PCC metiyonin, izolösin, treonin, valin, tekli doymamış yağ asitleri ve kolesterolün katabolizmasında görev alan propionil-CoA'nın D-metilmalonil-CoA'ya ATP-bağımlı karboksilasyonunu katalize eden mitokondriyal ve biyotine bağlı bir enzimdir (2).

PA, PCCA veya PCCB genlerindeki mutasyonlardan kaynaklanmaktadır ve bugüne kadar 200'den fazla varyant alleli bildirilmiştir.PCCA geni 13q32.3 kromozomunda bulunmakta ve 24 eksondan oluşmakta; PCCB geni ise, 3q22.3 kromozomunda bulunmakta ve 15 eksondan oluşmaktadır (3). PCC holo enzim 6 $\alpha$  (PCCA) ve 6 $\beta$  (PCCB) alt ünitelerinden oluşmaktadır.PCC alt birimlerinde ya da her ikisinde de eksikliği propiyonik asitin birikmesine yol açmaktadır (4).

Propiyonik asidemi aile içi evliliklerin yaygın olduğu topluluklarda daha sık görülür.Küresel Propiyonik Asidemi insidansı 1: 100.000'dir ve

Japonya'da 1: 17.400, Almanya'da 1: 250.000 arasında değişmektedir.PA aynı zamanda Suudi Arabistan Krallığı'nda oldukça yaygındır ve insidansı 1: 27.264 bildirilmiştir.Suudi Arabistan'ın bazı kabilelerinde daha yüksek insidans (1: 3000) görülmüştür (5).

Çalışmanın amacı propiyonik asidemide beslenme tedavisinin literatüre dayalı olarak yazılmasıdır.

## METABOLİZMA

Treonin, valin, metionin ve izolösin oksidasyonu, propiyonil-CoA'nın oluşmasına neden olmakta, propiyonil-CoA karboksilaz, metilmalonil-CoA mutaz yoluyla süksinil-CoA'ya metabolize edilen L-metilmalonil-CoA'ya dönüşmektedir (6).

Propionat üretiminin yaklaşık %50'si amino asit metabolizmasından, %25'i tek zincirli yağ asidi metabolizmasından ve %25'inde bağırsaktaki bakteriyel aktiviteden kaynaklanmaktadır.

PCC eksikliğinde metabolik olarak aktif olan propiyonil-CoA'nın birikmesi, diğer birçok metabolik yolağı etkilemekte ve 2-metil-3-oksovalerik, metilsitrik, laktik, 3hidroksi propiyonik ve 3-hidroksi-2-metilbütirik asitte dahil olmak üzere bu moleküllerin idrardaki konsantrasyonlarının artmasına neden olmaktadır (7).

## KOMPLİKASYONLAR

Nörolojik semptomların patofizyolojisinin anlaşılması son yıllarda gelişmiştir. Hastalığın sık

görülen komplikasyonlarından bazılarını açıklamak için nöro-biyokimyasal bulgular kullanılmaya başlanmıştır.

PA'da nöropatofizyoloji tam olarak bilinmemekle birlikte, birçok metabolit ve fizyolojik stresörün, akut ve kronik hastalıkların birçoğunu açıkladığı düşünülmektedir (8). PA'da nörolojik komplikasyonlar nöbet, bazal gangliyondaki anormallikler (eşlik eden nörolojik semptomları olan), ekstrapiramidal semptomlar ve beyin atrofisini içerir (9).

PA sonucu propiyonil metabolitlerinin üre döngüsü sırasında N-asetilglutamat (NAG) sentezini baskılaması hiperammonemiye neden olmaktadır. Hiperamonyemi PA'lı hastalarda dekompanasyon sırasında önemli bir klinik sorundur (10).

Hiperamonyemi toksisitesi, amino asit ve serebral enerji metabolizmasının bozulması ve artan oksidatif stres nedeniyle beyin gelişmesini önlemekte ve beyin hasar görmesine neden olmaktadır. Aşırı propionik ve metilmalonik asit düzeyleri, progresif nörolojik bozulmaya ve protein kinaz ve p53 sinyal yollarının bozulmasına doğrudan katkıda bulunur (11).

Propiyonik asit kardiyomyopatisi ilk olarak 1993 yılında Massoud ve Leonard tarafından bildirilmiş ve farklı tipler, yani genişlemiş veya hipertrofik olarak tarif edilmiştir. Patofizyolojik mekanizma hala belirsizdir. Bir veya birkaç toksik metabolit birikiminin neden olduğu solunum zinciri eksikliği hipotezi önerilmiştir. Bu hipoteze göre

Propiyonil-CoA'dan türetilen birkaç metabolitin, (metilcitrat, propiyonil-CoA ve metilmalonil-CoA) birikerek sekonder bir solunum zinciri eksikliğine neden olduğu bilinmektedir (12).

## TEDAVİ

### Tıbbi Tedavi

L-Karnitin (LC,  $\beta$ -hidroksi-y-trimetilaminobütirik asit), memeli metabolizmasında özellikle yağ asitlerinin normal mitokondriyal oksidasyonu için önemli olan suda çözünür bir moleküldür. Karnitin organizmada serbest LC, asetil-L-karnitin (ALC) ve diğer karnitin esterleri olarak bulunur. Vücuttaki karnitin yaklaşık %25'i, karaciğer ve böbreklerde metionin ve protein bağlı lizin kaynaklı endojen biyosentez ile elde edilir. Diyetle ise özellikle kırmızı et ve süt gibi besinlerden alınmaktadır. Karnitin, propiyonik asidemi tarafından indüklenen DNA hasarını azaltır. Ayrıca karnitin, uzun zincirli yağ asitlerinin mitokondriye taşınması, oksidasyon, trans-esterifikasyona katılması, asil-CoA esterlerinin ve reaktif oksijen türlerinin atılması lipid peroksidasyonunun azaltılması, enzimatik ve enzimatik olmayan antioksidan düzeylerinin artırılması önemli metabolik fonksiyonlarda rol oynamaktadır. Böylece karnitin, propiyonil-CoA'nın toksik hücre içi seviyelerinin azaltılması yoluyla propiyonik asidemi kaynaklı DNA hasarını iyileştirebilmektedir (13).

Karaciğer Transplantasyonu propiyonik asidemi için potansiyel tedavi yöntemlerinden biri olarak düşünülmektedir. Bunun nedeni ise karaciğerin,

dallı zincirli amino asit metabolizması ve propiyonik asit üretiminin merkezi olmasıdır (14). Karaciğer transplantasyonu metabolik defektin sadece kısmi düzeltilmesini sağlar ve ameliyat sonrası değişik miktarlarda propionat üretimi devam etmektedir (15).

### **Beslenme Tedavisi**

Beslenme tedavisinin amacı propionat üretimini azaltmaktır. Bunun için düşük proteinli bir diyet kullanarak prekürsör amino asitlerin kısıtlanması ve lipoliz sırasında trigliserit depolarından salınan tek zincirli yağ asitlerinin oksidasyonunu sınırlamak için uzun süreli açlıktan kaçınılması gerekmektedir (16).

Düşük proteinli diyet, propionik asidemi (PA) tedavisinin önemli bir parçasıdır. Düşük proteinli diyetin amacı, aşırı nörolojik sekellere neden olabilen toksik metabolitlerin üretimini azaltmaktır. Düşük proteinli diyetler ile, vücudun gereksinimlerini karşılayacak protein, azot ve esansiyel amino asitler sağlamalıdır. Protein alımı ise herhangi bir öğünün protein yükünü arttırmamak için ara öğünler ile ana öğünler arasında eşit olarak sağlanmalıdır (17).

Hedef: İzolösin (ILE), valin (VAL), treonin (THR) ve metionin (MET) plazma konsantrasyonlarını ve normal metabolitlerin üretimini azaltmak ve katabolizmayı önlemek için yeterli enerjiyi sağlamak olmalıdır.

Adımlar: Bebeğin tanısına, fenotipine (klasik ve hafif), klinik duruma ve laboratuvar bulgularına

dayanarak alım hedefleri belirlenmiştir. Günlük besin alımı hedefleri:

1. Protein gereksinimi 0-6 yaş için 2.75–3.5 g/kg, 7-12 yaş için ise 2.5–3.25g/kg hesaplanmıştır.
2. Formüladan sağlanan propiyojenik amino asitlerin (MET, THR, VAL, ILE) miktarı hesaplanmıştır. Bu hesaba göre 0-6 yaş için MET 20–50 mg/kg, 7-12 yaş için 15–40 mg/kg, THR 0-6 yaş için 50–125 mg/kg, 7-12 yaş için 20–75 mg/kg, VAL 0-6 yaş için 60–105 mg/kg, 7-12 yaş için 40–80 mg/kg ILE 0-6 yaş için 60–110 mg/kg, 7-12 yaş için ise 40–90 mg/kg aralığındadır.
3. Enerji kcal/kg 0-6 yaş için 125–145 kkal, 7-12 yaş için 115–140kkal hesaplanmıştır. Kalan kaloriler protein içermeyen bir formüladan sağlanmıştır. Bu formüller sadece karbonhidrat, yağ ve mikro besinler içermektedir.
4. Enerji gereksinimlerine ve tolere edilen hacime bağlı olarak 20-25 kcal / oz'lik bir son formül konsantrasyonunu oluşturmak için eklenecek sıvı miktarı belirlenmiştir (18).

### **SONUÇ**

Propiyonik asidemi tedavisinde normal besin ögesi tüketiminin sağlanması ve biyokimyasal dengenin devam etmesi önemlidir. Karnitin takviyesi, karaciğer transplantasyonu ve düşük proteinli diyet hastalığın tedavisinde önemli birkaç yöntemden bazılarıdır. Düşük proteinli diyet tedavinin çok önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Diyet uygulanırken hastanın enerji ve protein gereksinmesi göz önünde



bulundurulmalı ve ihtiyacın %50'si anne sütü veya standart formül mamalardan sağlanmalıdır. Geri kalan enerji için sadece yağ, karbonhidrat ve mikroblesinler içeren formül mamalar kullanılmalıdır. Hastalar tedavi süreçlerinde metabolik hastalıklarla ilgili uzmanlığı olan bir doktor ve mutlaka bir beslenme uzmanından destek almalıdır. Hastaların iyileşme sürecinde diyet tedavilerini aksatmadan uygulamaları önem taşımaktadır.

## KAYNAKLAR

1. Baumgartner MR, Hörster F, Dionisi-Vici C, Haliloglu G, Karall D, Chapman KA, et al. Proposed Guidelines For The Diagnosis And Management Of Methylmalonic And Propionic Acidemia. *Orphanet Journal of Rare Diseases* 2014; 2(9): 130.
2. Perez B, Desviat LR, Rodriguez-Pombo P, Clavero S, Navarrete R, Perez-Cerd C, et al. Propionic Acidemia: Identification of Twenty-Four Novel Mutations in Europe and North America. *Molecular Genetics and Metabolism* 2003; 78(1): 59–67.
3. Richard E, Pérez B, Pérez-Cerdá C, Desviat LR. Understanding Molecular Mechanisms in Propionic Acidemia and Investigated Therapeutic Strategies. *Expert Opinion on Orphan Drugs* 2015; 12(3): 1427-1438.
4. Darvish-Damavandi M, Ho KH and Kang TS. Towards the Development of an Enzyme Replacement Therapy for the Metabolic Disorder Propionic Acidemia. *Molecular Genetics and Metabolism* 2016; 8:51–60.
5. Rafique M. Propionic Acidemia: Demographic Characteristics and Complications. *J Pediatr Endocr Met* 2013;26(5-6):497–501.
6. Al-Lahham SH, Peppelenbosch MP, Roelofs H, Vonk RJ, Venema K. Biological Effects of Propionic Acid in Humans; Metabolism, Potential Applications and Underlying Mechanisms. *Biochimica et Biophysica Acta* 2010;1801 (11): 1175–1183.
7. Scholl-Bürgi S, Sass JO, Zschocke J, Karall D. Amino Acid Metabolism in Patients with Propionic Acidemia. *J Inher Metab Dis* 2012;35(1):65–70.
8. Schreiber J, Schreiber J, Chapman KA, Summar ML, Mew NA, Sutton VR, MacLeod E, et al. Neurologic Considerations in Propionic Acidemia. *Molecular Genetics and Metabolism* 2012; 205(1):10–15.
9. Pena L, Franks J, Chapman KA, Gropman A, Mew NA, Chakrapani A, et al. Natural History of Propionic Acidemia. *Molecular Genetics and Metabolism* 2012;105(1): 5–9.
10. Tummolo A, Pena L, Franks J, Chapman KA, Gropman A, Mew NA, Chakrapani A, et al. Long-Term Continuous N-Carbamylglutamate Treatment in Frequently Decompensated Propionic Acidemia: A Case Report. *Journal of Medical Case Reports* 2018;12(1):103.
11. Häberle J, Chakrapani A, Mew NA, Longo N. Hyperammonaemia in classic organic acidemias: a review of the literature and two case histories. *Journal of Rare Diseases* 2018;13(1): 219.
12. Ribas GS, Vargas CR, Wajneret M. L-Carnitine Supplementation as a Potential Antioxidant Therapy for Inherited Neurometabolic Disorders *Gene* 2014;533(2):469–476.
13. Ribas GS, Manfredin V, de Marcoc MG, Vieirac RB, Wayhsa CY, Vanzinbet CS et al. Prevention by L-Carnitine of DNA Damage Induced by Propionic and L- Methylmalonic Acids in Human Peripheral Leukocytes In Vitro. *Mutation Research* 2010;702(1):123–128.

14. Silva HM and Sokal E. Liver Transplantation for Propionic Acidemia: Case Report. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2017;108(1): 73-76
15. Vara R, Turner C, Mundy H, Heaton ND, Rela M, Mieli-Verganiet G, et al. Liver Transplantation for Propionic Acidemia in Children. *Liver Transplantation* 2011; 17(6): 661-667
16. Baulny HO. Branched-chain Organic Acidurias /Acidaemias. Hélène Ogier de Baulny, Carlo Dionisi-Vici and Udo Wendel 5.th.ed, Germany, Ein Unternehmen von Springer Science+Business Media. 2012;83.
17. Dixon M. Organic Acidemias and Urea Cycle Disorders. Marjorie Dixon 4.th.ed, UK, John Wiley & Sons Ltd. 2015; 381.
18. Calcar S. Nutrition Management of Propionic Acidemia and Methylmalonic Acidemia. I.st.ed, Switzerland, Sandy van Calcar Springer International Pub. 2015; 229.

## OLGU SUNUMU

## Sağlık İnanç Modeli Örneği: Tütün Bağımlısı Gebe

<sup>1</sup>Semra YILMAZ TUNCAI, <sup>2</sup>İlknur DEMİRHAN, <sup>2</sup>Sevil ŞAHİN, <sup>2</sup>Sena KAPLAN

## ÖZ

**Amaç:** Sağlık İnanç Modeli (SİM), sağlığı koruyan ve geliştiren davranışların yanısıra pekçok sağlık probleminde hastanın tedaviye uyumunu, neyin motive ettiğini ya da engellediğini açıklamada ve ölçmede etkin bir modeldir. Modelde, sorun olarak görülen inanç ve tutumlar saptanırsa verilecek sağlık eğitimi ya da uygulanacak tedavi yöntemleri o kişiye daha uygun olarak belirlenebilecektir. Bu çalışma, tütün bağımlısı olan bir gebenin modele göre eğitimine yön vermek ve hemşirelik uygulamalarında model kullanımının yaygınlaştırılmasını sağlamak amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Bu makalede gebelik sürecinde tütün kullanan bir gebe SİM'e göre değerlendirilmiştir.

**Bulgular:** Otuz iki yaşında, ilkökul mezunu, ev hanımı olan hastamız eşi ve çocukları ile şehir merkezinde yaşadığını belirtmiştir. Beşinci gebeliğinin olduğunu, dört vajinal doğum yaptığını ve dört yaşayan çocuğunun (G:4, P:4, Y:4) olduğunu ifade etmiştir. 38 haftalık gebe olan hastamız doğum oral kontraseptif kullanırken gebe kaldığını ancak bebeğini istediğini söylemiştir. Hastamız 21.30'da fetüs hareketlerini hissedememesi nedeniyle hastanenin acil servisine başvurmuş ve burada muayenesi yapılmıştır. Ultrasonografi, Nonstres Test (NST) ve vajinal muayene sonrasında "Fetal Hareketlerde Azalma" tanısı koyulmuştur ve saat 22.10'da doğum servisine yatırılıp yatışı yapılmıştır. Ancak, NST sonucunda fetal kalp atımları normal aralıkta olup, kontraksiyon izlenmemiştir. Tıbbi öyküsünde günde ortalama 4-5 adet sigara kullandığını belirtmiştir ve tanısı "Tütün Bağımlısı Gebe" olarak değiştirilmiştir.

**Sonuç:** SİM sağlıkla ilgili davranışların değişiminde ve sürdürülmesinde yol gösterici olarak kullanılan en yaygın modellerden biridir. Sigara içme gibi sağlıkla ilgili olumsuz davranışları önlemek ve değiştirmek amacıyla sağlık eğitimi alanında da kullanılması önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşirelik Modelleri, Hemşirelik Süreci, Tütün Bağımlılığı

## An Example of Health Belief Model: Tobacco Addiction in Pregnant Woman

<sup>1</sup>Semra YILMAZ TUNCAI, <sup>2</sup>İlknur DEMİRHAN, <sup>2</sup>Sevil ŞAHİN, <sup>2</sup>Sena KAPLAN

## ABSTRACT

**Aim:** Health Belief Model (HBM) is quite effective in terms of explaining the attitudes that preserve and develop health in addition to what motivates or prevents patients' compliance to treatment in many health issues. If we can identify the beliefs and attitudes that are seen as problems based on the model, it should enable us to provide health education or treatment methods which suit that individual. This study is conducted with the aim of guiding a tobacco addict pregnant woman's education about this subject and facilitation of generalizing the usage of the model in nursing care applications.

**Method:** In this study, a pregnant woman who is smoking during her pregnancy period is assessed in accordance to HBM.

**Results:** Our patient, a thirty-two years old, primary school graduate housewife stated that she is living in the city center with her husband and children. She stated that this is her fifth pregnancy and added that she had four vaginal deliveries and four living children (G:4, P:4, Y:4). Our patient, who was 38 weeks pregnant, said that she became pregnant when she was taking the oral contraceptive pill, but wanted to have her baby. Our patient was admitted to the emergency department of the hospital at 21.30 because she did not feel the movements of the baby and she was examined here. Ultrasonography, Nonstress Test (NST) and vaginal examination diagnosed the situation as decreased fetal movement and she was hospitalized in the birth service at 22.10. However, in her NST results, it is seen that fetal heart rate is in normal intervals and no contractions are observed. In her medical history, she stated that she smoked 4-5 cigarettes per day on average and the diagnosis of our patient was changed to Tobacco Dependent Pregnancy.

**Conclusions:** HBM is one of the most common models used as a guide in changing and maintaining health-related behaviors. For preventing and changing the health-related negative behaviors such as smoking, its utilization carries importance.

**Keywords:** Nursing Models, Nursing Process, Tobacco Dependence

<sup>1</sup>Pervari Aile Sağlık Merkezi, Siirt<sup>2</sup>Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ankara

Sorumlu Yazar: Semra TUNCAI YILMAZ

E-posta adresi: tuncaysemra@windowslive.com

ORCID No: 0000-0002-3344-29

Gönderi Tarihi: 15.05.2019

Kabul Tarihi: 02.07.2019

## GİRİŞ

Sağlık İnanç Modeli (SİM), 1950 yılında Hochbaum, Leventhal, Kegeles ve Rosenstock tarafından geliştirilmiştir (1). SİM istenilen olumlu sağlık davranışının kazanılması, uygulanması, geliştirilmesi ve devamlılığını sağlamak için rehber niteliğinde kullanılmaktadır (1-5). Başka bir ifade ile model; önerilen ya da önerilmeyen bir sağlık davranışının o birey tarafından neden uygulandığını, reddedildiğini ya da ertelendiğini açıklamaktadır (6-9). SİM'e göre olumlu sağlık davranışının kazanılması veya olumsuz sağlık davranışının bırakılması için öncelikle birey ve grup tarafından o davranışı kabul etmeye engel olan inanç ve tutumların saptanması gerekmektedir (7-9). Daha sonra bireye ve gruplara göre özelleştirilen sağlık eğitimi ve tedavi yöntemleri planlanmalıdır (6-7). Bu sayede, yapılan uygulamaların etkinliğinin artırılması amaçlanmaktadır (6-9). Sağlık davranışlarının açıklanmasında kullanılan SİM, birey/grupların zihninde hastalıktan kaçınma ya da sağlıklı olmanın onlar açısından neyi ifade ettiğinin tespit edilmesini sağlamaktadır. Bununla birlikte tespit edilen değerlerin bireyin hastalık ya da sağlık kavramına ulaşmadaki etkisini anlamaya çalışmayı hedeflemektedir (10). Bu modelin, astım, diyabet, osteoporoz, meme kanserinin yanı sıra kadınların pap-smear testi yaptırma durumları ve ulusal çocuk aşılama programları ile ilgili pek çok çalışmada olumlu davranışın kazandırılması için kullanıldığı belirlenmiştir (9,11- 17).

SİM, ilk geliştirildiğinde modelde duyarlılık, önemseme/ciddiyet, yarar ve engel olmak üzere dört alan yer alırken daha sonra uyarlanarak altı temel kavramdan oluşturulmuştur (1,18). Bu kavramlar şu şekildedir:

**Algılanan duyarlılık:** Bireyin hastalığa yakalanma ya da hastalıktan kaçınmama gibi sağlığını tehdit eden durumları nasıl algıladığını açıklamaktadır. Bu sayede, algılanan duyarlılığın artması ile birlikte bireyin risk azaltma yönünde davranış gösterme eğilimi de artmaktadır (19).

**Algılanan ciddiyet:** Bireyin hastalığı ve tedavisi hakkında, durumun ciddiyetini ve ortaya çıkacak sonuçları nasıl algıladığını içermektedir (19).

**Algılanan yarar:** Birey tarafından kazanılması istenilen davranışların sonuçlarını nasıl değerlendirdiğiyle ilişkilidir. Eğer bu değer olumlu ise birey davranışı sürdürmeye devam etmektedir (19).

**Algılanan engeller:** Birey tarafından olumlu sağlık davranışını sergilemede ya da olumsuz sağlık davranışını sürdürmede ileri sürülen sebeplerden oluşmaktadır (19).

**Eyleme geçiriciler:** Bireyde davranışın gerçekleştirilmesini sağlayan iç ya da dış kaynaklı motivasyondur (19).

**Öz etkililik:** Bireyin olumlu sağlık davranışı sergilemede ve devam ettirmede kendine olan inancını belirtmektedir (19).

Bu çalışma, bir olgu sunumu olup tütün bağımlısı olan bir gebenin SİM'e göre; sağlık davranışı bileşenleri yönünden değerlendirilmesi, bununla birlikte hemşirelik uygulamalarında model kullanımının gerekliliğine dikkat çekilmesi ve model kullanımının yaygınlaştırılmasını sağlamak amacıyla yapılmıştır.

## OLGU SUNUMU

İlkokul mezunu, 13 yıllık evli, ev hanımı olan 32 yaşındaki hastamız eşi ve çocukları ile şehir merkezinde yaşamaktadır. Hastamız beşinci gebeliğinin olduğunu, dört kez vajinal doğum yaptığını ve dört yaşayan çocuğu olduğunu belirtmiştir. Gebelik öncesi dönemde adetlerinin düzenli olduğunu, daha önce jinekolojik bir şikayetinin olmadığını ifade etmiştir. 38 haftalık gebe olan hastamız oral kontraseptif kullanırken istemeyerek gebe kaldığını ancak bebeğini doğurmak istediğini söylemiştir. Gebelik boyunca herhangi bir şikayeti olmayan hastamız gebelik süresince kontrollerine düzenli olarak gittiğini belirtmiştir.

Gebe olan hastamız saat 21.30'da fetüs hareketlerini hissedememesi nedeniyle hastanenin acil servisine başvurmuştur. Gebenin muayenesinde 38 haftalık gebelik ile uyumlu, baş geliş, tek fetüs ve fetal kalp atımlarının olduğu izlenmiştir. Yapılan Ultrasonografi, Nonstres Test (NST) ve vajinal muayene sonrasında, "Fetal

Hareketlerde Azalma" tanısı ile saat 22.10'da doğum salonuna yatırılı yapılmıştır. Doğum salonunda gebeye uygulanan 40 dakikalık NST sonucunda fetal kalp atımları normal aralıkta olup, kontraksiyon izlenmemiştir. Özgeçmiş, soy geçmiş ve gebelik sürecine ilişkin önemli bir rahatsızlık belirtmeyen gebe; günde ortalama 4-5 adet sigara kullandığını, daha önce kendi başına sigarayı bırakmayı denediğini ancak başarılı olamadığını ve gebelikte sigara kullandığı için çocuğuna bir şey olmasından endişe duyduğunu söylemiştir. Sigara içmesinin nedeni olarak ise yeni evlendiği dönemde stresli olduğunu, bu nedenle sigaraya başladığını ve giderek arttırdığını ve 13 yıldır sigara kullandığını belirtmiştir. Gebe kendini "Dört tane daha çocuğum var. Ben artık gebe kalmak istemiyordum. Gebe kalmayım diye çift çift hap yiyordum. Adet görmeyince doktora geldim. İki aylık hamile olduğumu söylediler. Sigara da içiyorum, bırakamadım. Sabah uyandıktan hemen sonra sigara içerim. Yoksa kendime gelemem. Günde 4-5 adet, en çok da gündüzleri sigara içerim, diğer zamanlarda daha az... Hastaneye yattığımdan beri kullanmıyorum ama, isteyerek gebe kalmadım. Bu bebekten sonra tüplerimi bağlatacağım" cümleleri ile ifade etmiştir. Saat 23.30'da gebe takibi yapılmak üzere yataklı servise alınmış ve tanısı "Tütün Bağımlısı Gebe" olarak değiştirilmiştir.

## TARTIŞMA

Tütün kullanımının dünyada oldukça yaygın olan bir davranış olduğu görülmektedir. Dünya üzerinde 2015 yılında yaklaşık 1.1 milyar insanın

tütün kullandığı bilinmektedir (31). Dünya üzerinde 60.000 insanın pasif içici olduğu ve sigaranın olumsuz etkilerinden dolayı hayatını kaybedeceği tahmin edilmektedir (32). Tütünün daha çok Doğu Akdeniz, Afrika bölgelerinde keyif verici bir madde olarak kullanıldığı ve erkeklerden çok kadınlar arasında kullanımının giderek yaygınlaştığı bilinmektedir (31). Ülkemizde ise yapılan küresel yetişkin tütün araştırmasında 14.8 milyon kişinin tütün ürünü kullandığı tespit edilmiştir. Cinsiyete göre tütün kullanımı değerlendirildiğinde ise erkeklerde (%41.5) kadınlara göre (%13.1) daha yüksek olduğu belirtilmiştir (33).

Tütün kullanımının kadın sağlığı üzerinde olumsuz etkileri vardır. Japonya’da yapılan evde pasif olarak sigara içen bireyler ile içmeyen bireylerin karşılaştırıldığı çalışmada; pasif sigara içiciliğine maruz kalan kadınların 16.4yıl sonra KOAH’tan hayatlarını kaybettiği belirtilmiştir (34). Gebelik döneminde sigara kullanımı anne ve bebek sağlığını olumsuz düzeyde etkilemektedir (20).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün antenatal bakım ile ilgili önerilerinde gebelik boyunca sigara kullanılmaması gerektiği belirtilmektedir (35). Bununla birlikte; Yeni Zelanda-Avusturalya, İngiltere, Amerika ve Türkiye’deki doğum öncesi bakım rehberlerinde de gebelikte sigara kullanılmaması önerilmektedir (36-39). Gebelikte sigara kullanımı fetal akciğer gelişimini olumsuz etkilemekte ve çocukluk çağı astımlarını artırmaktadır (40). Bununla birlikte, spontan

abortus, ölü doğum, ektopik gebelik, intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı, prematüre bebek, doğumsal anomaliler, ani bebek ölümleri gibi durumlara neden olmaktadır (21,23,25,26,41).

SİM sağlıkla ilgili davranışların değişiminde ve sürdürülmesinde yol gösterici olarak en yaygın kullanılan modellerden biridir (44). SİM’e göre bireyin sahip olduğu olumlu ve olumsuz sağlık davranışı; modelde yer alan hassasiyet/duyarlılık algısı, ciddiyet/önemseme algısı, yarar algısı, engel algısı, eyleme geçiriciler, öz etkililik durumlarından etkilenmektedir (45). SİM başlangıçta halk sağlıkçılar tarafından ücretsiz yapılan sağlık tarama testlerine bireylerin neden katılmadığını değerlendirmek için ortaya çıkmıştır (46). Aslında, bu yönüyle SİM bireylerin sahip olduğu sağlık davranışlarını açıklamaya ve nedenlerini tahmin etmeye çalışan psikolojik bir modeldir (47). Sigara içme gibi sağlıkla ilgili olumsuz davranışları önlemede sağlık eğitimi alanında yaygın olarak kullanılmaktadır (47-49).

Modelin basamaklarından olan hassasiyet/duyarlılık algısında; birey mevcut sağlık sorununun ya da alışkanlığının kendisine vereceği zarara yönelik ne kadar hassas/duyarlı ise o davranışı terketmeye ve olumlu bir davranışı uygulamaya geçirmeye o kadar isteklidir (19). Algılanan ciddiyet ise sahip olunan sağlık bilgisi ile olumlu ya da olumsuz sağlık davranışının sonuçlarına karşı bireyde oluşan tepkinin şiddetidir (30). Mohammadi ve arkadaşlarının 2015 yılında 470 bireyle SİM’e göre sigara içme nedenlerinin değerlendirildiği çalışmada; sigara

içen bireylerin içmeyen bireyler kadar sigaranın zararlarını bildikleri, buna rağmen içmeye devam ettikleri tespit edilmiştir. Aynı çalışmada sigara içmeyen bireylerin içenlere göre sigaraya karşı algılanan hassasiyet/duyarlılığın daha yüksek olduğu tespit edilmiş bununla birlikte algılanan hassasiyet/duyarlılığın yüksek olmasının sigara içmeyi engellediği belirtilmiştir (47). Çalışmamızda ise; bu çalışmaya benzer şekilde hastamızın sigaranın zararlarını bildiği halde sigara içmeye devam ettiği tespit edilmiştir.

SİM'in basamaklarından olan sigaraya karşı bireyin algılanan duyarlılık ve ciddiyeti değerlendirilmiştir. Gebelikte sigara kullanmanın anne ve bebek sağlığına olan zararları, evde bulunan diğer bireylerin de pasif içici olarak zarar göreceği, sigaranın aynı zamanda aile bütçesi için ekonomik bir gider olduğu hastamıza bildirilmiştir. Sigara kullanımına yönelik algılanan duyarlılık ve ciddiyeti SİM basamakları uygulanarak yükseltilmiştir. Modelde yer alan algılanan yarar basamağına göre; birey önerilen koruyucu davranışın ne kadar yararlı olduğunu düşünürse, önerilen sağlık davranışına da o kadar uyum sağlamak ve kabul etmektedir (44,48). Modelde tanımlanan algılanan engeller basamağında ise; bireylerin bir davranışı yapmasının önünde engel olarak düşündüğü herşey (maliyet, zaman vb.) yer almaktadır. Yapılan bir çalışmada bireylerin sigara içmeme davranışı ile algıladıkları yarar değerlendirilmiş, bireylerin algıladıkları yarar arttıkça sigara içmeme durumlarının arttığı ortaya çıkmıştır (47). Live arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise sigara

kullanan bireyler ve kullanmayan bireyler değerlendirilmiştir. Sigara kullanmayan bireylerde kullanılan bireylere göre algılan yarar algısının anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (50). Sigara kullanmayan bireylerin değerlendirildiği diğer çalışmalarda ise bireylerin ekonomik maliyet, sigaraya ulaşım vb. özelliklerin sigara kullanımında engel olarak algıladıkları ve bireylerin bu nedenle sigara kullanmadıkları tespit edilmiştir (51-53). Bizim çalışmamızda ise diğer çalışmaların aksine, hastamızın gebelikte sigara bırakmaya yönelik algıladığı yarar yüksek olup gebelik sürecinde halen sigara kullanmaya devam ettiği tespit edilmiştir. Hastamızın sigarayı nasıl bırakacağını, nereden yardım alması ve kimlere danışması gerektiğini bilemediği için sigarayı bırakmadığını ifade etmesi algılanan engeller arasında yer almaktadır. Danışmanlık ve yardım alması gerektiği hakkında eğitim verilerek hastamızın sigarayı bırakma konusunda algılanan engelleri azaltılmaya çalışılmıştır.

Modelde yer alan eyleme geçiriciler ise istenen olumlu bir davranışın yapılması ya da istenmeyen olumsuz bir davranışın bırakılmasında etkili olan etmenlerdir (44). Yapılan bir çalışmada SİM'in etkinliğini sağlayan en güçlü basamaklardan birinin eyleme geçiriciler olduğu tespit edilmiştir (47). Bizim çalışmamızda ise hastamızın sigara içmesinden dolayı diğer çocuklarının pasif içici olarak etkilenmesi, annelerini örnek alma ihtimali ve sigara kullanımının ekonomik olarak aile için gider oluşturması eyleme geçirici nedenler arasında yer almaktadır. Bu durumla ilgili

hastamızın farkındalık düzeyinin artması ile sigara bırakma isteğinin arttığı gözlemlenmiştir.

Modelde yer alan öz etkililik kavramı ilk kez Bandura tarafından ortaya çıkarılmıştır (54). Öz etkililik kavramı; bireyin o davranışı yapması, yapmaması, devamlılığın sağlanması veya engellerle karşılaştığında bile önerilen davranışı yapmak için kendine olan inancını ifade etmektedir (44). Sigara kullanımı ile ilgili yapılan bir çalışmada öz etkinlikleri yüksek olan ya da öz etkinlikleri yükseltilebilen bireylerin sigara kullanmadıkları veya sigara kullanımını azalttıkları ortaya çıkmıştır (55). Bizim çalışmamızda ise hastamıza sigara bırakma polikliniklerinin olduğu ve bireylerin buradan destek alarak sigara kullanımını bıraktıkları ifade edilmiştir. Yapılan bu danışmanlık ile bireyin öz etkililiğinin artacağı dolayısıyla sigarayı bırakmaya da katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Olgumuzda SİM modeli sayesinde hastamızın sigara bırakmaya daha önce engel olan başarısız deneyim sebepleri, kendini güçlü hissetmeme nedenleri model sayesinde sistematik olarak ortaya çıkarılmıştır. Bu çıkarımlara yönelik çözümler önerilmiştir. Böylece rehber niteliğinde olan bu model, bireyin sigarayı bırakması konusunda farkındalığını arttırmaktadır.

## SONUÇ

SİM sayesinde bireyin davranışının değiştirilmesinde sorun olarak tespit edilen tütünün nasıl bırakacağını, nereden yardım alması ve kimlere danışması gerektiğini bilememesi gibi

durumlar tespit edildi. Davranışın değiştirilmesinde engel olarak belirlenen bu durumlara yönelik tütün kullanımının zararları hakkında bilgilendirme ve sigara bırakma polikliniğine yönlendirme gibi uygulamalar gerçekleştirildi. Bu sayede hemşirelik rollerinden biri olan danışmanlık rolü kullanılarak bireyin ihtiyaçlarına özgü planlama yapıldı. Bireysel olan bu uygulamalar sayesinde birey davranış değişikliğine uyumlu ve istekli oldu. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelik uygulamalarında model kullanımının bireyde davranış değişikliğinde uyumu artıracığı, hemşirelik uygulamalarında hemşirelere yol gösterici olacağı ve yarar sağlayacağı için kullanılması önerilebilir.

## KAYNAKLAR

1. Champion VL. Instrument development for health belief model constructs. *Advances in Nursing Science*. 1984; 6(3): 73-85.
2. Lambert CLC, Azuero A, Enah CC, McMillan SC. A psychometric examination of an instrument to measure the dimensions of Champion's Health Belief Model Scales for cervical cancer screening in women living with HIV. *Applied Nursing Research*. 2017; 33, 78-84.
3. Mirzaei H, Shojaeizadeh D, Tol A, Shirzad M. Application of Health Belief Model (HBM) to promote preventive behaviors against iron-deficiency anemia among female students of High School Fereydan City: A quasi-experimental study. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2017; 5(4): 260-9.
4. Ghaderi N, Ahmadpour M, Saniee N, Karimi F, Ghaderi C, Mirzaei H. Effect of education based on the Health Belief Model (HBM) on anemia preventive behaviors among iranian girl students. *International Journal of Pediatrics*. 2017; 5(6): 5043-52.
5. Khani Jeihooni A, Arameshfard S, Hatami M, Mansourian M, Kashfi SH, Rastegarimehr B, et al. The Effect of educational program based on Health Belief Model about HIV/AIDS among high school students. *International Journal of Pediatrics*. 2018; 6(3): 7285-96.
6. Öz F. Sağlık Alanında Temel Kavramlar [Basic concepts in health]. İmaj iç ve Dış Ticaret A.Ş, Ankara: 2004.
7. Champion VL. Instrument refinement for breast cancer screening behaviors. *Nurs Res*. 1993; 42(3): 139-43.
8. Poss JE. Developing a new model for cross-cultural research: synthesizing The Health Belief Model and the theory of reasoned action. *Adv Nurs Sci*. 2001; 23(4):1-15.
9. Smith PJ, Humiston SG, Marcuse EK, Zhao Z, Dorell CG, Howes C, et al. Parental delay or refusal of vaccine doses, childhood vaccination coverage at 24 months of age, and the

- Health Belief Model. *Public Health Reports*. 2011; 126(2): 135-46.
10. Petro-Nustus W, Mikhail B. Factors associated with breast self examination among Jordanian women. *Public Health Nursing*. 2002; 19(4): 263-71.
  11. Çimen M, Akbolat M, Çiftçi F, Işık O, Şahin B. Astım Hastalarının Sağlık İnanç Modeline Dayalı Algı ve Tutumları ile Tedavi Başarısına Yönelik Düşüncelerinin Belirlenmesi. [A group of asthma patients' treatment related thoughts based on Health Belief Model and perception of medication success]. *TAF Preventive Medicine Bulletin*. 2012; 11(1): 87-96.
  12. Nahcivan ÖN, Seçginli S. Meme Kanserinde Erken Tanıya Yönelik Tutum ve Davranışlar; Bir Rehber Olarak Sağlık İnanç Modelinin Kullanımı. [Attitudes and behaviors toward breast cancer early detection: Using the health belief model as a guide]. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi [Journal of Cumhuriyet University School of Nursing]*. 2003; 7(1): 33-7.
  13. Gözüm S, Karayurt Ö, Aydın İ. Meme Kanseri Taramalarında Champion'un Sağlık İnanç Modeli Ölçeğinin Türkçe Uyarlamalarına İlişkin Sonuçlar [The results of Turkish adaptations of Champion's Health Belief Model scale at breast cancer screening]. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 2004; 1(2): 71-85.
  14. Kılıç D, Eriç B. Osteoporoz Sağlık İnanç Ölçeği, Osteoporoz Öz Etkililik/Yeterlilik Ölçeği ve Osteoporoz Bilgi Testi'nin Geçerlik ve Güvenirliliği [The Reliability And Validity Of The Osteoporosis Health Belief Scale, Osteoporosis Self-Efficacy Scale And Osteoporosis Knowledge Test]. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, [Journal of Atatürk University School of Nursing]*. 2004; 7(2): 89-102.
  15. Kim A, Horan C, Gendler B. Development and evaluation of the osteoporosis Health Belief Scale. *Research in Nursing Health*. 1991; 14(2): 155-63.
  16. Bal MD. Kadınların Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarının Sağlık İnanç Modeli Ölçeği İle Değerlendirilmesi [Evaluation of women having pap smear test by Health Belief Model Scale]. *MÜSBED*. 2014; 4(3): 133-8.
  17. Olgun N, Altun ZA. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Diyabet Hastalarının Bakım Uygulamalarına Etkisi [Effects of education based on Health Belief Model on nursing implication in patients with diabetes]. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, [Hacettepe University Faculty of Health Sciences Nursing Journal]*. 2012; 19(2): 46-57.
  18. Rosenstock LM. Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*. 1974; 2(4): 328-35.
  19. Janz NK, Champion VL, Strecher VJ. The Health Belief Model. Eds: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. *Health Behavior and Health Education*. 3rd edition. San Fransisco: Jossey- Boss; 2002.
  20. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion. Number 316, October 2005. Smoking cessation during pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2005; 106 (4): 883-88.
  21. Meier SM, Plessen KJ, Verhulst F, Mors O, Mortensen PB, Pedersen CB, et al. Familial confounding of the association between maternal smoking during pregnancy and internalizing disorders in offspring. *Psychological Medicine*. 2017; 47(8): 1417-26.
  22. Quinn PD, Rickert ME, Weibull CE, Johansson AL, Lichtenstein P, Almqvist C, et al. Association between maternal smoking during pregnancy and severe mental illness in offspring. *JAMA Psychiatry*. 2017; 74(6): 589-96.
  23. Joubert BR, Håberg SE, Nilsen RM, Wang X, Vollset SE, Murphy SK, et al. 450K epigenome-wide scan identifies differential DNA methylation in newborns related to maternal smoking during pregnancy. *Environmental Health Perspectives*. 2012; 120(10): 1425.
  24. Obel C, Zhu JL, Olsen J, Breining S, Li J, Grønberg TK, et al. The risk of attention deficit hyperactivity disorder in children exposed to maternal smoking during pregnancy—a re-examination using a sibling design. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016; 57(4): 532-7.
  25. Markunas CA, Xu Z, Harlid S, Wade PA, Lie RT, Taylor JA, et al. Identification of DNA methylation changes in newborns related to maternal smoking during pregnancy. *Environmental Health Perspectives*. 2014; 122(10): 1147.
  26. Banderali G, Martelli A, Landi M, Moretti F, Betti F, Radaelli G, et al. Short and long term health effects of parental tobacco smoking during pregnancy and lactation: a descriptive review. *Journal of Translational Medicine*. 2015; 13(1): 327.
  27. Keskinoglu P, Aksakoglu G. Pasif sigara içiciliğinin çocuklarda solunum sistemi üzerindeki etkileri Çağrılı Editör. *Türk Pediatri Arşivi*. 2007; 42(4): 136-41.
  28. Erçin T, Mendeş B, Özdal M. Comparison of respiratory parameters of children with smoking and non-smoking parents. *European Journal of Physical Education and Sport Science*. 2017; 3(8): 82-93.
  29. Ekblad M, Korkeila J, Lehtonen L. Smoking during pregnancy affects foetal brain development. *Acta Paediatrica*. 2015; 104(1): 12-8.
  30. Badon SE, Miller RS, Qiu C, Sorensen TK, Williams MA, Enquobahrie DA. Maternal healthy lifestyle during early pregnancy and offspring birthweight: differences by offspring sex. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*. 2018; 31(9): 1111-7.
  31. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) data [Internet]. Prevalence of tobacco smoking. [updated 2018 Apr 18]. Available from: <http://www.who.int/gho/tobacco/use/en/>
  32. World Health Organization .Tobacco Free Initiative (TFI) [Internet]. WHO global report on trends in tobacco smoking 2000-2025 [updated 2018 Apr 18]. Available from: [http://www.who.int/tobacco publications surveillance /reportontrendstobaccosmoking/en/](http://www.who.int/tobacco_publications_surveillance_reportontrendstobaccosmoking/en/)
  33. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Küresel Yetişkin Tütün Araştırması Türkiye 2012 [Internet]. [updated 2018 Apr 18]. Available from: [http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/KYTA\\_TR.pdf](http://www.halksagligiens.hacettepe.edu.tr/KYTA_TR.pdf)
  34. Ukawa S, Tamakoshi A, Yatsuya H, Yamagishi K, Ando M, Iso H, et al. Passive smoking and chronic obstructive pulmonary disease mortality: findings from the Japan collaborative cohort study. *International Journal of Public Health*. 2017; 62(4): 489-94.
  35. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]. [updated 2018 Apr 18]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=8BB01387C1D141C9753C0182FAD8?sequence=1>
  36. American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Guidelines for Perinatal Care, Seventh Edition October 2012 [Internet]. [updated 2018 Apr 18]. Available from: <https://www.acog.org/Search?Keyword=prenatal+carehttps://tr.scribd.com/document/304489281/ACOG-Perinatal-Care-Guideline-Summary-7th-Edition>.



37. The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Antenatal care for uncomplicated pregnancies [Internet]. [updated 2018 Apr 18]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/resources/antenatal-care-for-uncomplicated-pregnancies-pdf-975564597445>
38. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists [Internet]. Standards of Maternity Care Australia and New Zealand. [updated 2018 Apr 18]. Available from: [https://www.ranzco.edu.au/RANZCOG\\_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/About/Maternity-Care-in-Australia-Web.pdf](https://www.ranzco.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/About/Maternity-Care-in-Australia-Web.pdf)
39. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı [Internet]. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, 2014. [updated 2018 Apr 18]. Available from: <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogumonubakim.pdf>
40. McEvoy CT, Spindel ER. Pulmonary effects of maternal smoking on the fetus and child: effects on lung development, respiratory morbidities, and life long lung health. *Paediatric Respiratory Reviews*. 2017; 21: 27-33.
41. Ko TJ, Tsai LY, Chu LC, Yeh SJ, Leung C, Chen CY, et al. Parental smoking during pregnancy and its association with low birth weight, small for gestational age, and preterm birth offspring: a birth cohort study. *Pediatrics & Neonatology*. 2014; 55(1): 20-7.
42. Resmî Gazete [Internet]. Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda değişiklik Yapılması Hakkında Kanun. [updated 2018 Apr 18]. Available from: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskile/2008/01/20080119-1.htm>
43. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı [Internet]. Sigara bırakma danışma hattı ALO 171. [updated 2018 Apr 18]. Available from: [https://alo171.saglik.gov.tr/? Default support](https://alo171.saglik.gov.tr/?DefaultSupport)
44. Champion VL, Skinner CS. The Health Belief Model. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K, editörs. *Health Behavior and Health Education: theory, research, and practice*. 4nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2008.
45. Kılınç E, Gür K. Okul yaralanmalarını önlemede sağlık inanç modeli temelli girişimlerin etkisi [The Effect of Health Belief Model Based Initiatives in Preventing School Injuries ]. *Journal of Health Science and Profession*. 2018; 5(3): 467-75.
46. Gottwald M, Goodman- Brown J. *Health Belief Model. A Guide To Practical Health Promotion*. 1nd ed. England, McGraw-Hill Educatio; 2012.
47. Mohammadi S, Ghajari H, Valizade R, Ghaderi N, Yousefi F, Taymoori P, et al. Predictors of smoking among the secondary high school boy students based on the Health Belief Model. *International Journal of Preventive Medicine*. 2017; 8(1): 24.
48. Hayden J. *Health belief model. Introduction to Health Behavior Theory*. 2nd Ed. Canada: Jones and Barlett Publishers; 2014.
49. Shahnazi H, Sharifirad G, Reisi M, Javadzade H, Rajati F, Charkazi A, et al. Factors associated with cigarette smoking based on constructs of health belief model in pre-university students in 2011 in Isfahan, Iran. *Health System Research*. 2013; 9:378–84.
50. Li K, Kay NS. Correlates of cigarette smoking among male Chinese college students in China – A preliminary study. *Int Electron J Health Educ*. 2009; 12: 59–71.
51. Golechha M. Health promotion methods for smoking prevention and cessation: A comprehensive review of effectiveness and the way forward. *Int J Prev Med*. 2016; 7: 7.
52. Roohafza H, Heidari K, Omidi R, Alinia T, Sadeghi M, Mohammad-Shafiee G, et al. Adolescent perception on school environment and smoking behavior: Analysis of Isfahan tobacco use prevention program. *Int J Prev Med*. 2014; 5(Suppl 2): 139–45.
53. Heydari G, Masjedi M, Ebn Ahmady A, Leischow SJ, Lando HA, Shadmehr MB, et al. Quit smoking experts' opinions toward quality and results of quit smoking methods provided in tobacco cessation services centers in Iran. *Int J Prev Med*. 2015; 6: 74.
54. Bandura, A. Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*. 1993; 28(2): 117-48.
55. Moeini B, Poorolajal J, Gharghani ZG. Prevalence of cigarette smoking and associated risk factors among adolescents in Hamadan city, West of Iran in 2010. *J Res Health Sci*. 2012; 12: 31–7.

**Tablo 1: Modele ait temel bileşenlerin içerikleri ve tütün bağımlısı gebenin bu modele göre değerlendirilmesi**

Modelin Basamakları	Hemşirelik Girişimleri
<b>Algılanan duyarlılık:</b>	Hastamızın tütün kullanımı ile ilgili kişisel risk ve hassasiyet durumu değerlendirildi. Riskleri fark etmesi sağlandı. Bu duruma yönelik; tütün kullanan kadınlarda üreme sağlığı sorunlarının daha çok olduğu, gebelik döneminde tütün kullanımının ise anne ve bebek için olumsuz sonuçlar doğurabileceği (düşük doğum ağırlığı, gelişme geriliği, fetal anomali, ölü doğum) hastaya ifade edildi (20-22). Hastamız tütün kullanımından dolayı doğum sürecinde olumsuz deneyim yaşayabileceğinden, bebeğini kaybetmekten yada sağlıksız bir bebek dünyaya getirmekten korktuğunu ifade etmiştir. Bu durum, algılanan duyarlılık algısının yüksek olduğunu göstermektedir.
<b>Algılanan ciddiyet</b>	Hastamızın tütün kullanımının sonuçlarına yönelik sağlık bilgisi ve bu durumun ciddiyetini nasıl algıladığı değerlendirildi. Tütün kullanımından kendisi kadar bebeğinin de etkilendiği, olabildiğince erken dönemde bırakarak bebekte ve kendinde oluşabilecek olumsuz durumları en aza indirebileceği hastaya ifade edildi (20,23,24). Hastamız tütün kullanımının kendisi ve doğacak çocuğu üzerine olan olumsuz etkilerini ifade etmiştir. Bu durum tütün kullanımının olumsuz etkilerine yönelik ciddiyet algısının yüksek olduğunu göstermektedir.
<b>Algılanan yarar:</b>	Hastamızın tütün kullanımını bırakmaya yönelik fetal ve maternal sağlığa olan yarar algısı değerlendirildi. Tütün kullanmayı bırakmanın fetal ve maternal sağlık için daha olumlu bir yaşam davranışı olacağı, erken dönemde bırakırsa zararın en aza indirileceği, daha maliyetsiz olacağı, tütün kullanımı ile birlikte ortaya çıkan olumsuz semptomların azalacağı ve daha kaliteli bir hayat süreceği hastaya ifade edildi. Tütün bırakmanın sadece sağlık açısından değil maddi açıdan da hastaya yarar sağlayacağı iletili ve sigara bırakma polikliniğine yönlendirildi (20,25,26). Hastamız tütün kullanımını bırakmanın kendisi ve doğacak bebeği üzerine olumlu etkilerini ifade etti. Bu durum tütün kullanımının olumsuz etkilerine yönelik algılanan yarar algısının yüksek olduğunu göstermektedir.
<b>Algılanan engeller:</b>	Hastamızın tütün kullanımını bırakmaya engel olan ve bu duruma adapte olmada bireysel olarak algılanan engelleri (“nasıl bırakacağını, nerelerden yardım alması gerektiğini ve kimlere danışması gerektiğini bilemediği için”) değerlendirildi. Bu kapsamda algılanan engeller üzerinde görüldü. Hasta, sigara kullanmayı bırakmak istediğini ancak daha önce bırakmayı denemesine rağmen başarılı olamadığını söyledi. Nasıl bırakacağını, nerelerden yardım alması gerektiğini ve kimlere danışması gerektiğini bilemediği için sigara kullanmaya devam ettiğini ifade etti. Hastamız tütün kullanımını bırakmaya engel olan algıları değerlendirildikten sonra bu engellere yönelik danışmanlık hizmeti alması için gebe sigara bırakma polikliniğine yönlendirildi. Hastamız nasıl bırakacağını, nerelerden yardım alması gerektiğini öğrendiğini, sigarayı bırakmak için sigara bırakma polikliniğine gideceğine belirtti. Bu durum da tütün kullanımının olumsuz etkilerine yönelik algılanan engeller algısının düşük olduğunu göstermektedir.
<b>Eyleme geçiriciler</b>	Tütün kullanımını neden bırakması gerektiği tartışıldı. Genel sağlığını olumsuz yönde etkileyerek koroner kalp hastalığına, serebrovasküler hastalığa, akciğer kanserine; üreme sağlığı üzerine olumsuz etki eden infertilite ve erken menopoz gibi durumlara neden olabileceği açıklandı. Gebelikte kullanılan sigaranın, fetüsün gelişimine, doğumuna ve yenidoğan sağlığına da zarar verebileceği hakkında bilgi verildi (20,22,23). Aynı zamanda, diğer çocuklarına olumsuz örnek olacağı, pasif içici olarak etkilenebilecekleri ve aile için ekonomik bir gider olacağından bahsedildi (27,28). Hastamız tütün kullanımını kendi sağlığı, aile sağlığı ve doğacak bebeğinin sağlığını olumsuz etkileyeceğini ifade etti. Bu durum tütün kullanımının olumsuz etkilerine yönelik algılanan eyleme geçiriciler algısının yüksek olduğunu göstermektedir.
<b>Öz etkililik</b>	Hastamıza tütün kullanımını bıraktığında kendindeki olumlu gelişmeleri fark edebileceği ifade edildi (20,25,29,30). Hastamız daha önce sigarayı bırakmaya çalıştığını ancak başarılı olamadığını ifade etti. Bunun üzerine hastamıza sigara bırakma polikliniklerinin olduğu ve oraya kendisi gibi sigara bırakmak isteyen bireylerin başvurduğu anlatıldı. Hastamız ziyaret saatinde gelen eşine kendi ve bebeğinin sağlığı için sigarayı bırakmaya çalışacağını, taburcu olduktan sonra eşi ile birlikte sigara bırakma polikliniğine gitmek istediğini ve artık kullanmak istemediğini ifade etti. Bu durum tütün kullanımını bırakmaya yönelik algılanan öz etkililik algısının yüksek olduğunu göstermektedir.

(Kaynaklar: 1,18)