



JGES
Journal of General Health Sciences

e-ISSN: 2687-5403

**GENEL
SAĞLIK
BİLİMLERİ
DERGİSİ**

Cilt:2 Sayı:2 Yıl:2020



NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ GENEL SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Journal of General Health Sciences (JGEHES)

Cilt/Volume: 2, Sayı / Issue: 2 (Ağustos / August 2020)

Uluslararası Hakemli Dergi / International Peer Reviewed Journal

Sahibi / Owner

Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı Adına /
On Behalf of Necmettin Erbakan University The Faculty of Nursing
Prof. Dr. Emel EGE

Editör / Editor-in-Chief

Prof. Dr. Filiz HİSAR

Editör Yardımcısı / Associate Editor

Öğr. Gör. Elanur KALECİ

Yayın Türü / Publication Type

Yerel Süreli Yayın / National Periodical

Yayın Periyodu / Publication Period

Yılda üç kez (Nisan, Ağustos ve Aralık) yayınlanır / Published third-annual (April, August and December)

Baskı Tarihi / Print Date

Ağustos / August 2020

Yazışma Adresi / Correspondence Address

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Yunus Emre Mah. Beyşehir Cad. Eski
Meram Tıp Yerleşkesi, D Blok no:281 Meram/KONYA

Tel / Phone: 0332 320 40 49

Web: <http://dergipark.org.tr/jgehes>

E-posta / E-mail: journalofgehes@gmail.com

Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi yılda üç kez yayınlanan
uluslararası hakemli bir dergidir /
Journal of General Health Sciences - JGEHES is an international peer reviewed third-annual
journal

E- ISSN:2687-5403

DergiPark
AKADEMİK

ASOS
indeks

YAYIN KURULU / EDITORIAL BOARD

- Prof. Dr. Filiz HİSAR (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Lecturer Elanur KALECİ (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Assoc. Prof. Dr. Raheleh SABET (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Lecturer Kübra SULTAN DENGİZ (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Res. Assist. Vesile KOÇAK (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Res. Assist. Muradiye ALDEM (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Res. Assist. Maide YEŞİLYURT (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Res. Assist. Fatma YENER ÖZCAN (Necmettin Erbakan University, Turkey)

DANIŞMA KURULU / ADVISORY BOARD

- Prof. Dr. Gorill HAUGAN (NTNU, Norwegian University, Nursing Faculty of Medicine and Health Sciences)
Prof. Dr. Ingvild AUNE (NTNU, Norwegian University, Nursing Faculty of Medicine and Health Sciences)
Meltem YILDIRIM (University of Vic-Central University of Catalunya, Department of Applied Health Sciences Ispanya)
Prof. Dr. Emine GEÇKİL (Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Konya Türkiye)
Prof. Dr. Handan ZİNCİR (Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Kayseri Türkiye)
Prof. Dr. Hülya BULUT (Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ankara Türkiye)
Prof. Dr. Nülüfer ERBİL (Ordu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ordu Türkiye)
Assoc. Prof. Dr. Saide FAYDALI (Necmettin Erbakan Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Konya Türkiye)
Assoc. Prof. Dr. Satı DİL (Çankırı Karatekin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çankırı Türkiye)

Sayı Alan Editörleri / Field Editors of The Issue

- Prof. Dr. Emine GEÇKİL (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Assoc. Prof. Dr. Saide FAYDALI (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Bilgen ÖZLÜK (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Serpil SU (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Özlem CANBOLAT (Necmettin Erbakan University, Turkey)

Sayı Hakemleri / Reviewers of The Issue

- Prof. Dr. Fatma TAŞ ARSLAN (Selcuk University, Turkey)
Assoc. Prof. Gülay ALTUN UĞRAŞ (Mersin University, Turkey)
Assoc. Prof. Kemal Macit HİSAR (Selcuk University, Turkey)
Assoc. Prof. Sibel KÜÇÜKOĞLU (Selcuk University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Ayşe ÇİÇEK KORKMAZ (Bandırma Onyedi Eylül University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Ayşe KACAROĞLU VİCDAN Muğla Sıddık Koçman University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Cemile KÜTMEÇ YILMAZ (Aksaray University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Emine ERGİN (Selcuk University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Hülya FIRAT KILIÇ, Yakın Doğu University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Muammer Özgür ÇEVİK (Adıyaman University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Nesibe GÜNAY MÖLÜ (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Özlem CANBOLAT (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Serpil ÇELİK DURMUŞ (Kırıkkale University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Serpil YÜKSEL (Necmettin Erbakan University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Tuba ÖZAYDIN (Selcuk University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Tuğçe TÜRTEK KAYMAZ (Düzce University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Ulviye GÜNAY (İnönü University, Turkey)
Asst. Prof. Dr. Zülfiye BIKMAZ (Kırklareli University, Turkey)
Dr. Figen TÜRK DÜDÜKCÜ (Karatay University, Turkey)

İÇİNDEKİLER

ARAŞTIRMA MAKALESİ

Konya Yöresinde Yetiştirilen Sarı Kantaron
(H. Perforatum) Bitkisinin Fitokimyasal
Analizi

1

“Sharenting” Konusunda Ebeveynlerin
Farkındalık Düzeyleri

8

Türkiye’de Sigara Maruziyeti ve Obezite
İlişkisinin İncelenmesi

19

Konya’da Sağlık Çalışanlarının Mülteci ve
Sığınmacılara Bakış Açısının
Değerlendirilmesi

28

Muğla İlindeki Ortaokul Çocuklarının
Engellilere İlişkin Tutumları

40

DERLEME

Ana Vatan ve Ana Dilden Uzakta Sağlık
Hizmeti Sunumu

51

Meleis’i Anlamak: Geçiş Kuramı

61

Bakımın Rehberi: Hemşirelik Süreci

77

Fekal Mikrobiyota Transplantasyonu ve
Hemşirelik

91

CONTENTS

RESEARCH ARTICLE

Phytochemical Analysis of St. John's Wort
(Hypericum Perforatum) Plant Growing in
Konya-Akyokuş Region

Awareness Levels of Parents on
"Sharenting"

Association Between Smoking Exposure
and Obesity in Turkey

Evaluation of The View on Refugees and
Asylum-Seekers by Healthcare Professionals
in Konya

Attitudes of Secondary School Children in
Mugla Province Towards The Disabled

REVIEW

Delivery of Health Care Away From
Homeland and Native Language

Understand Meleis: Transition Theory

Guide to Care: Nursing Process

Fecal Microbiota Transplantation and
Nursing

Konya-Akyokuş Yöresinde Yetişen Sarı Kantaron (Hypericum Perforatum) Bitkisinin Fitokimyasal Analizi

Hayriye Alp 

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Konya, Türkiye,
hayriyebalp@yahoo.com

Makale Bilgileri	ÖZ
Makale Geçmişi Geliş: 02.01.2020 Kabul: 23.04.2020 Yayın: 25.08.2020 Anahtar Kelimeler: Fitoterapi, Hiperforin, Hypericum Perforatum, StJohn'swort.	Giriş: Hypericum Perforatum (sarı kantaron, StJohn'swort olarak da bilinen) bitkisi yaklaşık 200 yıldır tıbbi bitki olarak kabul edilmektedir. Bitki aynı zamanda geleneksel olarak medikal amaçla yara iyileşmesinde, inflamasyonu gidermede, yanıkta, kas ağrılarında ve hematoma tedavisinde kullanılmaktadır. Hypericum aynı zamanda hafif ve orta şiddette depresyon tedavisinde kullanılan yaygın bir şifalı bitkidir. Hypericum'un ana bileşenlerinden biri olan hiperforin, sitokrom P450 enzimlerinin (CYP) ve P-glikoprotein taşıyıcıların (P-gp) induksiyonunda önemli bir rol oynar ve bu nedenle çeşitli ilaçların farmakokinetiklerini etkiler. Bu çalışmamızda yöremizde yetiştirilen hypericum bitkisinin aynı zamanda fitokimyasal analizini yapmak ve antidepresan etkidenden sorumlu bileşen(hiperisin) miktarının yeterince olup olmadığını tespit etmektir. Amaç: Konya yöresinde yetiştirilen hypericum tıbbi bitkisinin yeterince etken madde içerip içermediğini tespit etmek. Yöntem: Konya-Akyokuş yöresinde (Temmuz Organik Çiftliğinde 2017 bahar ayında) yetişen numunenin hiperisin, hiperforin, pseudohiperisin, uçucu yağ miktarları ile kırılma indisi ve yoğunluk tayini yapılmıştır. Tanımlayıcı – kesitsel bir çalışmadır. Analizler Batı Akdeniz Tarım Orman Bölge Müdürlüğü Tıbbi ve Aromatik Bitkiler Enstitüsünde yapılmıştır. Numune analizi için gerekli izinler alınmıştır. Bulgular: Numunemizde hiperforin miktarı 8,53mg/l olarak bulunmuştur. Hiperisin 0,32 mg/l, pseudohiperisin ise 0,36mg/l olarak tespit edilmiştir. Kırılma indisi 1,4725 tespit edilirken yoğunluk 0,906g/ml olarak ölçülmüştür. Sonuç ve Öneriler: Bölgemizde yetiştirilen kantaron içerdiği hiperforin, hiperisin ve pseudohiperisin maddeleri yönünden ortalamanın üzerinde değere sahiptir. Konya yöresinde yetişen tıbbi bitki olan kantaron değerli bir fitomedikal ürün potansiyeli taşımaktadır. Bu nedenle, hiperforin-hiperisin oranlarının belirlenen oranlarda olması önem kazanmaktadır. Hiperisin antidepresan etkiyi sağlamada yeterince yüksek oranda bulunmakla beraber hiperforin de olması gereken oranda bulunmuştur.

Phytochemical Analysis Of St. John's Wort (Hypericum Perforatum) Plant Growing in Konya-Akyokuş Region

Article Info	ABSTRACT
Article History Received: 02.01.2020 Accepted: 23.04.2020 Published: 25.08.2020 Keywords: Phytotherapy, Hyperforin, Hypericum Perforatum, StJohn'swort.	Introduction: Hypericum perforatum (St. John'sWort, alsoknown as St. John'swort) has beenrecognized as a medicinal plant for nearly 200 years. The plant has also traditionally been used for medical purposes in wound healing, relieving inflammation, burns, muscle pain and hematoma treatment. John'swort (SJW) is a common medicinal herb used to treat mild to moderate depression. Objective: To determine if the hypericum medicinal plant grown in Konya region contains enough active ingredients. Methods: The sample of the plant grown in Konya-Akyokuş region (July Organic Farm) The hyperisin, hyperforin, pseudohiperisin, volatile oil content and refractive index were analyzed. The analyzes were carried out at the Turkish Ministry of Forestry and Agriculture Western Mediterranean Regional Directorate Medical and Aromatic Plants Institute. Necessary permissions were obtained for sample analysis. Results: The amount of hyperforin in our sample was found to be 8.53mg / l. Conclusions and Recommendations: Hyperforin, one of the main components of SJW, plays an important role in the induction of cytochrome P450 enzymes (CYP) and P-glycoprotein transporters (P-gp) and therefore affects the pharmacokinetics of various drugs. Hypericin, Hyperforin, Pseudohiperisin, volatile oil content and refractive index of the sample were determined. Hyperforin appears to be the major component responsible for CYP and P-gp inducing activity of SJW; Therefore, hyperforin-free products are important in the future to reduce drug interaction.

Atıf/Citation: Alp, H. (2020). Konya-Akyokuş yöresinde yetişen sarı kantaron (hypericum perforatum) bitkisinin fitokimyasal analizi, *Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 1-7.



"This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0)"

GİRİŞ

Hypericum perforatum (sarı kantaron, StJohn'swort olarak da bilinen) bitki yaklaşık 200 yıldır tıbbi bitki olarak kabul edilmekte olup bitkiden ilk bahseden kişi Yunan Bitki bilimci Pedanios Dioskourides'tir (Istikoglou 2010). Bitki aynı zamanda geleneksel olarak medikal amaçla yara iyileşmesinde, inflamasyonu gidermede, yanıkta, kas ağrılarında ve hematoma tedavisinde kullanılmaktadır (Moffat 2014). Sarı kantaronun melankoli ve korku giderici özelliği bulunmakta bazı dini kitaplarda 'iblis kovalayıcı' (Chatterjee 1998) olarak da etnobotanide kullanıldığı anlaşılmaktadır.

Hypericum hafif ve orta şiddette depresyon tedavisinde kullanılan yaygın bir şifalı bitkidir (Chatterjee 1998). Daha sonraları pek çok fizyolojik fonksiyonları keşfedilmeye başlanan Hiperforin maddesinin depresyon ve anksiyete giderici özelliği de bulunmaktadır (Chatterjee 1998). Sarı kantaron bitkisi tıbbi çay ve extre şeklinde tüketilebilmektedir. Tıbbi çay olarak bitkinin yaprak ve çiçek kısımları kullanılmaktadır. Ayrıca bitkinin zeytin yağında masere edilmiş yağı yara iyileşmesinde kullanılmaktadır. Gerek iç tüketim de kullanılan gerekse dış satımı yapılan tıbbi ve aromatik bitkilerde kalite denilince bazı hususların bilinmesi gerekir. Bunlar arasında doğru botanik isim, kaynak ülke veya bölge, hasat zamanı, duyu testleri (renk ve kokunun organoleptik testleri), makroskopik (şekil, ebat, yüzey karakteri, doku, kırılma gibi çıplak gözle veya otantik örnek ile yapılabilir), mikroskopik (parankima, kolenkima, mantar, yaprak epidermisi, kalsiyum oksalat, nişasta, protein, yağ veya otantik maddelerle örneklerin karşılaştırılması yapılabilir), kimyasal (alkaloit, kardiyak glikozitler gibi sekonder metabolitleri varlığının araştırılması) ve kromatografik (özellikle TLC) testler bulunmaktadır. Gerek makroskopik gerekse mikroskopik testlerin yapılması gerekmektedir (Anonim, 2013a).

St John's Wort 'nin (SJW) ana bileşenlerinden biri olan hiperforin, sitokrom P450 enzimlerinin (CYP) ve P-glikoprotein taşıyıcıların (P-gp) indüksiyonunda önemli bir rol oynar ve bu nedenle çeşitli ilaçların farmakokinetiklerini etkiler (Soleymani 2017). Etkileşim gösterilen ilaçlar arasında immünosupresanlar, antikanser ajanlar, kardiyovasküler ilaçlar, oral kontraseptifler ve bazı durumlarda hayatı tehdit edici olaylara neden olan lipit düşürücü ajanlar bulunmaktadır. Bu yüzden hasta kullanım klavuzunda bu bilgilerin bulunması gerekmektedir (Soleymani 2017). Hiperforin, SJW'nin CYP ve P-gp indükleyici aktivitesinden sorumlu ana bileşen gibi görünmektedir. Bu nedenle, hiperforin içermeyen ürünler ilaç etkileşimini azaltmak için gelecekte önem kazanmaktadır (Soleymani S 2017).

Hypericum perforatum (sarı kantaron) warfarin, siklosporin, teofilin, indinavir ve diğer proteaz inhibitörleri ile etkileşime girer (Zeybek 2019). Siklosporin ve proteaz inhibitörleri ile hayati tehlike ortaya çıkarabilecek boyutta etkileşim söz konusudur (Zeybek 2019). Ancak bu konuda kanıtlar yeterli değildir. (Zeybek 2019) *Hypericum* immün supresanları, antiretroviral ajanları, antikanser ilaçları, kardiyovasküler ilaçları, santral sinir sistemi ilaçları ve antimikrobiyal ilaçları inhibe eder (Zhou 2004; Mills 2004). Oral kontraseptiflerin seviyesini artırır (Dannawi 2002). Ayrıca CYP3A4 enzimlerini karaciğer ve incebarsakta indükler (Mills 2004, Zeybek 2019). Bu indüksiyon mekanizması ilaçların metabolize olmasını artırır (Zeybek 2019, Dannawi 2002). P-glikoprotein pompayı inhibe eden ilaçlar bu pompa sistemini kullanan ilaçların vücuttan atılımını yavaşlatır; dolayısıyla bu grup ilaçların etkisi ve yan etkileri artabilir (Zhou 2019). Sarı kantaron bir taşıyıcı protein olan P-glikoproteini aktive ederek bu ilaçların eliminasyonunu hızlandırır (Zeybek 2019; Dannawi 2002), P-glikoprotein substratlarının (Digoxin) konsantrasyonlarını düşürdüğü tespit edilmiştir (Zeybek 2019; Mills 2004).

Kronik hastalıklar günümüzde çok artmıştır. Doğal ve doğru bitkilerin kronik hastalıkların tedavisinde kullanılmaları çok popüler olmuştur. Birçok insan doktor tavsiyesi dışında ve etken maddeyi yeterince içermeyen taşış içeren bitkilere yönelmektedir. Amacımız doğru etken madde içeren doğru bitkilerin doktor tavsiyesi ile kullanılmasını sağlamaktır. Bitkilerin de kullanımları sırasında ilaç etkileşimleri olabildiğine dikkat çekmek istedik.

AMAÇ

Amacımız doğru etken madde içeren doğru bitkilerin doktor tavsiyesi ile kullanılmasını sağlamaktır. Bitkilerin de kullanımları sırasında ilaç etkileşimleri olabildiğine dikkat çekmek istedik.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Kesitsel bir çalışma yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Konya –Akyokuş yöresinde yetiştirilen tıbbi bitkiler ve Temmuz Organik Çiftliğindeki hipericum perforatum bitkisi.

Veri Toplama Araçları

Kurutulmuş hipericum çiçeği örnekleri.

Veri Toplama

Örnekler uzman eczacı ve fitoterapist Muammaer Şen tarafından toplanmıştır.

Verilerin Analizi

Örneklerin analizi BATAM tarafından yapılmıştır.

Etik

Bitki analizi olan çalışmanın etik kurul kararına ihtiyacı olmamıştır.

BULGULAR

Numune analizinde hiperforin miktarı 8,53mg/l, hiperisin 0,32 mg/l, pseudohiperisin ise 0,36mg/l olarak tespit edilmiştir. Kırılma indisi 1,4725 tespit edilirken yoğunluk 0,906g/ml olarak ölçülmüştür. Konya yöresinde yetiştirilen Sarı kantaron bitkisinin fitokimyasal analizi Tablo 1 de gösterilmektedir.

Tablo 1. Sarı Kantaron Yağı Bileşen Analizi.

Numune	Bileşen adı	Bileşen miktarı (mg/L)	Kırılma indisi (20°C)	Yoğunluk (g/ml) (20°C)
Kantaron Yağı	Hiperforin	8,53	1,4725	0,906
	Hiperisin	0,32		
	Pseudohiperisin	0,36		

TARTIŞMA

Biz bu çalışmada Konya yöresinde yetiştirilen kantaron yağının fitokimyasal analizini sunmayı amaçladık. Çeşitli kullanım alanlarına sahip tıbbi ve aromatik bitkilerde kalite tayini yapılarak standartlarının belirlenmesi gerekmektedir. Günümüzde kalite standardı giderek önem kazanmaktadır. Temel testlerin yanı sıra spesifik araştırmalarda yapılmaktadır (Phillipson, 1993). Türk Standartlar Enstitüsü'nün bazı tıbbi ve aromatik bitkiler ile ilgili çalışmaları bulunmaktadır (Anonim 2010). Ancak bunlar yeterli olmayıp, belirli bitkileri kapsamaktadır. Bitkisel çay ve baharat olarak doğrudan kullanılan

bitkiler (Kekik: TS 3786; Ihlamur: TS 3223) için ülkemizde Türk Standartları Enstitüsü tarafından belirlenen kalite standartlarının olduğu görülmektedir (Anonim, 2015c). Bu standartlar genişletilerek günün koşullarına uygun hale getirilmelidir.

Geleneksel Çin Tıbbında yaygın olarak kullanılan Sarıkantaron (*Hypericum perforatum*), bugün pek çok Avrupa ülkesinde hafif-orta dereceli depresyon için lisanslı ve ruhsatlı olarak kullanılan bir bitkidir (HMPC 2009; Committee on Herbal Medicinal Products). Diğer antidepresanlarla karşılaştırıldığında sarı kantaronun daha az yan etkiye sahip olduğu tespit edilmektedir (Barnes J 2001).

Sarı kantaron ile yapılan literatür çalışmaları mevcuttur (Deveci 2016). Özellikle depresyon belirtilerinde etkili olabileceğine yönelik birçok çalışma bulunmaktadır (Ng QX 2017). Daha önce yapılan bir çalışmada sarı kantaronun klasik antidepresan ilaçlardan olan trisiklik antidepresan ve serotonin geri alım inhibitörleri kadar hafif ve orta dereceli depresyon semptomlarını azalttığı gösterilmiştir (Kim HL 1999, Brenner R 2000). Hafif-orta şiddette depresyonu olan hastalar için, *Hypericum* serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'larla) karşılaştırıldığında karşılaştırılabilir bir etkinlik ve güvenliğe sahip olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmalar genellikle 4-12 hafta boyunca izlenen klinik çalışmalar olup daha uzun döneme sahip çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır (Ng QX 2017).

H. perforatum, en az yedi farklı aktif bileşen içerdiği tespit edilmiştir, aralarında hiperisin ve hiperforin birincil bileşenler olarak kabul edilmektedir (Kumar 2002, Greeson 2001). Bizde çalışmamızda temel olarak bu bileşenleri tespit ettik. Bu bileşenler nörotransmitterleri geri alımını non-competitif bir şekilde geri alımını bloke eden farmakolojik etkilere sahiptir (Nathan 2001). (*Hypericum perforatum* L.) için önemli bir kalite kriteri olan hypericin oranı ise, üst drog herbadan elde edilmiş olan öğütülmüş materyalde saptanmış ve minimum %0.215, maksimum %0.290 bulunmuştur (Çakmak 2002). Bornova ekolojik şartlarında yapılan bu çalışma ile bizim çalışmamız uyumlu görünmektedir. Muğla ilinde yapılan hiperisin çalışmalarında 154 bitkinin hypericin analizi yapılmıştır. Buna göre, minimum hypericin oranı %0,132, maksimum %0,308, ortalama ise %0,267 olarak bulunmuştur (Çakmak 2003). Hiperisin oranı ekolojik şartlara ve bitkinin kullanılan kısmına, yılına göre değişmekle beraber bir çalışmada %0,1- 0.5 (Upton, 1997), Amerika'da %0.06 (Walker, 2002), başka bir çalışmada üçüncü yılı varyasyonunda %0,18-0,99 (Pluhár 2001) bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da hiperisin oranı literatür ile uyumlu çıktı. Hiperisin maddesinin bitkinin sap kısmında çok az olduğu esas hiperisin maddesinin (%90'nın) çiçek kısmında olduğu belirtilmektedir (Dachler, Pelzmann, 1999; Fröbus. Plescher, 1994). Bizim çalışmamızda da bitkinin çiçek kısmı kullanıldı ve literatür ile uyumlu geldi.

Hypericum perforatum antidepresanlara benzer bir şekilde monoaminlerin (noradrenalin, dopamin, serotonin) geri alımını bloke ederek, hücre dışı sıvılarda (prefrontal korteks, amigdala, hipokampus, talamusta) bu nörotransmitterlerin konsantrasyonlarını artırmaktadır (Butterweck 2002, Bongiorno 2010). Yapılan bir metaanalizde kognitif fonksiyonlarda klinik kullanımı üzerine araştırma yapılmıştır (Ben-Eliezer 2016). Anti depresan etkiden sorumlu tutulan hiperisin maddesinin yeterince olduğu preparatların kullanımına dikkat edilmelidir.

Sonuç olarak sarı kantaron Amerika Birleşik Devletleri'nde de orta dereceli anksiyete ve depresyon belirtilerinde etkin bir şekilde kullanılan bitkidir (Kressler et al 2001).

SONUÇ ve ÖNERİLER

Numune analizinde hiperforin miktarı 8,53mg/l, hiperisin 0,32 mg/l, pseudohiperisin ise 0,36mg/l olarak tespit edilmiştir. Kırılma indisi 1,4725 tespit edilirken yoğunluk 0,906g/ml olarak ölçülmüştür. Sonuç olarak sarı kantaron Amerika Birleşik Devletleri'nde de orta dereceli anksiyete ve depresyon belirtilerinde etkin bir şekilde kullanılan bitkidir. Hiperisin maddesi antidepresif etkilerden sorumlu tutulmaktadır. Bu maddenin yeterince olduğu bölgemizde yetişen *hypericum* bitkisi de ülkemizde de

orta ve hafif dereceli depresif semptomlarda kullanılabilir. Böylece birçok sentetik ilacın yan etkilerinden de hastalar korunmuş olabilir. İçerik analizi gerek hiperforin gerekse hiperisin maddeleri açısından önemlidir. Kimyasal bileşiminde bulunan hiperforin bileşiğinin olmadığı ya da olabildiğince az olduğu preparatlar ilaç etkileşimini de ortadan kaldıracaktır. Gelecekte orta ve hafif dereceli depresif semptom tedavisinde efektif bir şekilde kullanılmaya devam edecektir. Tüm araştırmalarda dikkat çeken hiperisin maddesinin yeterince olduğu ve kalite standartlarının tutturulduğu hypericum bitkisi doğru önerilerle kullanımında daha etkin olacağını düşünmekteyiz.

KAYNAKÇA

- Anonim, 2013a, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/04/20130410-19.htm>.
- Anonim, 2015c, <https://intweb.tse.org.tr/standard/standard/standardara.aspx>.
- Anonim, 2010, <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/10/20101006.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/10/20101006.htm>.
- Barnes J, Anderson LA, Phillipson JD. Review. StJohn'swort (Hypericum perforatum L.): a review of its chemistry, pharmacology and clinical properties. *J Pharm Pharmacol*. 2001 May; 53(5):583-600.
- Bayram E, Arabacı O, Çakmak HA. 2002. Bornova Ekolojik Koşullarında Hypericum perforatum L. Klonlarının Agronomik Özelliklerinin ve Hypericin Oranlarının Belirlenmesi. *Ege Üniv. Ziraat Fak. Derg.*, 2002, 39 (3): 41-48 ISSN 1018-8851.
- Brenner R, Azbel V, Madhusoodanan S, Pawlowska M. Comparison of an extract of hypericum (LI 160) and sertraline in the treatment of depression: a double-blind, randomized pilot study. *Clin Ther*. 2000 Apr; 22(4):411-9.
- Butterweck V, Böckers T, Korte B, Wittkowski W, Winterhoff H. Long-term effects of St. John'swort and hypericin on mono amine levels in rat hypothalamus and hippocampus. *Brain Res*. 2002 Mar 15; 930(1-2):21-9.
- Bongiorno P. & Lo Giudice P. Hypericum for depression. *Nat. Med. J*. 2, 3-9 (2010).
- Ben-Eliezer D, Yechiam E. Hypericum perforatum as a cognitive enhancer in rodents: A meta-analysis. *Sci Rep*. 2016 Oct 20; 6: 35700.
- Chatterjee SS, Bhattacharya SK, Wonnemann M, Singer A, Müller WE. Hyperforin as a possible antidepressant component of hypericum extracts. *Life Sci*. 1998; 63(6):499-510.
- Committee on Herbal Medicinal Products (HMPC). Assessment Report on Hypericum Perforatum L., Herba. European Medicines Agency: London, UK (2009).
- Çakmak HA., Bayram E, 2003. Muğla Orijinli Sarı Kantaron (Hypericum perforatum L.) Populasyonlarının Bazı Agronomik ve Kalite Özelliklerinin Belirlenmesi. *Ege Üniv. Ziraat Fak. Derg.*, 2003, 40(1):57-64 ISSN 1018-8851.
- Dachler, M., Pelzmann, H., 1999: *Arznei-und Gewürzpflanzen, Anbau, Ernte und Aufbereitung* Öster. Agrarverlag.
- Dannawi M. Possible Serotonin Syndrome After Combination of Buspirone and St John's Wort *J Psychopharmacol*. 2002, 16 (4), 401 Dec 2002
- Fröbus, I., Plescher, A., 1994: Einfluss der Schnitthöhe auf Ertrag und Inhaltstoffe der Rohdroge von Johanniskraut (Hypericum perforatum L.) *Arznei-und Gewürzpflanzenanbau in Thüringen Jahresbericht*, 86-96p.
- Istikoglou CI, Mavreas V, Geroulanos G. History and therapeutic properties of Hypericum Perforatum from antiquity until today. *Psychiatriki*. 2010 Oct-Dec; 21(4):332-8.
- Kim HL, Streltzer J, Goebert D. St. John'swort for depression: a meta-analysis of well-defined clinical trials. *J Nerv Ment Dis*. 1999 Sep; 187(9):532-8.
- Kumar V, Khanna VK, Seth PK, Singh PN, Bhattacharya SK. Brain neurotransmitter receptor binding and nootropic studies on Indian Hypericum perforatum Linn. *Phytother Res*. 2002 May; 16(3):210-6.
- Greeson JM, Sanford B, Monti DA. Review St. John'swort (Hypericum perforatum): a review of the current pharmacological, toxicological, and clinical literature. *Psychopharmacology (Berl)*. 2001 Feb; 153(4):402-14.
- Kessler RC, Soukup J, Davis RB, Foster DF, Wilkey SA, Van Rompay MI, et al. The use of complementary and alternative therapies to treat anxiety and depression in the United States. *Am J Psychiatry*. 2001 Feb; 158(2):289-94.
- Mills E, Montori VM, Wu P, Gallicano K, Clarke M. 2004. Interaction of St John's wort with conventional drugs: systematic review of clinical trials. *BMJ* 2004; 329 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7456.27>.
- Moffat B. Archaeological Sources for the History of Herbal Medicine Practice: The case study of St John'swort with valerian at Southern medieval hospital. In Francia S., Stobart A. (eds) *Critical*

- ApproachestotheHistory of Western HerbalMedicine: FromClassicalAntiquitytotheEarly Modern Period. Bloomsbury, London, UK, pp. 253–270 (2014).
- Nathan PJ. Review Hypericum perforatum (StJohn'sWort): a non-selective reuptake inhibitor? A review of the recent advances in its pharmacology. *J Psychopharmacol.* 2001 Mar; 15(1):47-54.
- Ng QX1, Venkatanarayanan N2, Ho CY3. Clinicaluse of Hypericumperforatum (StJohn'swort) in depression: A meta-analysis. *J AffectDisord.* (2017) Mar 1; 210: 211-221.
- Pluhár ZS, Bernáth J, Neumayer E.2001. Morphological, production biological and chemical diversity of St. John's wort (*Hypericum perforatum* L.) *Acta Hort.*2001; 576,33-40.
- Soleymani S, Bahramsoltani R, Rahimi R, Abdollahi M. Clinicalrisks of StJohn'sWort (*Hypericumperforatum*) co-administration. *Expert Opin Drug MetabToxicol.* 2017 Oct;13(10):1047-1062.
- TS ISO 280, Eteri yağlar- Kırılma İndisi Tayini.
- Upton R, editor. 1997.St. John's wort monograph. Santa Cruz: American Herbal Pharmacopoeia; 1997.
- Walker TS, Pal Bais H, Vivanco JM.2002. Jasmonic acid-induced hypericin production in cell suspension cultures of *Hypericum perforatum* L. (St. John's wort). *Phytochemistry.* 2002 Jun;60(3):289-93. doi: 10.1016/s0031-9422(02)00074-2.PMID: 12031448.
- Zeybek A.U. Özgüç S. İlaç ve bitki metabolizması. *Modern ve Rasyonel Fitoterapi-1.* 1.baskı Güneş Tıp Kitapevi.2019;1.p:38.
- Zhou, S., Chan, E., Pan, SQ, Huang M., 2004. Pharmacokinetic Interactions of Drugs with St John's Wort. *Journal of Psychopharmacology.*2004; 18 (2), 262-76.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: Hypericum perforatum (St. John's Wort, also known as StJohn'swort) has been recognized as a medicinal plant for nearly 200 years. It was also mentioned by the Greek herbalist Pedanios Dioscourides in the first century (Istikoglou 2010). It is also referred to as 'demon chaser' (Chatterjee 1998). Later, many physiological functions began to be discovered in the plant has depression and anxiety relieving properties (Chatterjee SS 1998) Hypericum perforatum (yellow centaury) interacts with warfarin, cyclosporine, theophylline, indinavir, and other protease inhibitors. Interactions with cyclosporine and protease inhibitors may be life-threatening. However, the evidence is insufficient. St. John's wort inhibits immune suppressants, antiretroviral agents, anticancer drugs, cardiovascular drugs, central nervous system drugs and antimicrobial drugs (Zeybek Özgüç 2019). Increases the level of oral contraceptives. It also induces CYP3A4 enzymes in the liver and small intestine. This mechanism of induction increases the metabolism of drugs

Objective: To determine if the hypericum medicinal plant grown in Konya region contains enough active ingredients.

Methods: Hypericum perforatum plant samples were collected from Konya-Temmuz Organic Farm. The analyzes were performed in the Laboratory of Medical Aromatic Plants Center of West Mediterranean Agricultural Research Institute on 13.9.2019. Hypericin, Hyperforin, Pseudohiperisin, volatile oil contents and refractive index of the sample were determined. Necessary permissions were obtained for sample analysis. St. John's wort plant is prepared by maceration in olive oil and safflower oil.

Determination of Essential Oil

- The amount of essential oil is all substances expressed in milliliters of 100 g of dry matter, which are dragged by steam under the conditions specified in this standard.
- The principle of this method is the distillation of the aqueous suspension of the sample, the collection of the distilled portion in a fractionated tube containing a certain volume of xylene used to hold the volatile oil, the separation of the organic and aqueous phases, the reading of the total volume of the organic phase and the calculation of the volatile oil after removal of the xylene volume.

Results: In the sample analysis, the amount of hyperforin was 8.53mg / l, hypericin was 0.32 mg / l, and pseudohiperisin was 0.36mg / l. The refractive index was 1.4725 and the density was 0.906g / ml.

Phytochemical analysis of the St. John's Wort plant grown in Konya region is shown in Table 1.

Conclusions and Recommendations: In the sample analysis, the amount of hyperforin was 8.53mg / l, hypericin was 0.32 mg / l, and pseudohiperisin was 0.36mg / l. The refractive index was determined to be 1.4725, while the density was 0.906g / ml. As a result, St. John's Wort is an herb used effectively in the United States for the symptoms of moderate anxiety and depression. Hyperforin is responsible for antidepressive effects. This material is enough to grow in our region of the St. John's wort plant in our country can be used in moderate and mild depressive symptoms. Thus, patients may be protected from the side effects of many synthetic drugs.

“Sharenting” Konusunda Ebeveynlerin Farkındalık Düzeyleri

Bahanur Selcan AKPINAR¹  Neslihan PAYLAN²  Şeyma ETLİK³  Büşra ERUS⁴ 
Hediye KARAKOÇ⁵ 

¹ KTO Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Ebelik Bölümü, Konya, Türkiye,
bahanurselcan@hotmail.com

² KTO Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Ebelik Bölümü, Konya, Türkiye, nesliipaylanp@gmail.com

³ KTO Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Ebelik Bölümü, Konya, Türkiye, etkseyma@outlook.com

⁴ KTO Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Ebelik Bölümü, Konya, Türkiye, erusbusra@gmail.com

⁵ KTO Karatay Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Ebelik Bölümü, Konya, Türkiye,
hediye.bekmezci@karatay.edu.tr (Sorumlu Yazar/Corresponding Author)

Makale Bilgileri

ÖZ

Makale Geçmişi

Geliş: 06.02.2020

Kabul: 26.04.2020

Yayın: 25.08.2020

Anahtar Kelimeler:

Ebeveyn,
Çocuk,
Sharenting,
Sosyal Medya,
Mahremiyet.

Giriş: Sharenting, çocuğun her halini sosyal medyada paylaşan, paylaşmaktan kendini alıkoyamayan ebeveyn modelidir. Bu ebeveyn modelinin sonuçlarını tahmin etmek mümkün olmamak ile birlikte en büyük tehlike çocuğun gizliliğini kaybetmesidir.

Amaç: Araştırma, ebeveynlerin sharenting konusunda farkındalık düzeylerini artırmak, bilgi ve tutumlarını değerlendirmek, toplumsal açıdan sharenting kavramına dikkat çekmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma karşılaştırmalı-tanımlayıcı araştırma tasarımında tam sayım örnekleme yöntemi kullanılarak 464 ebeveyn ile yürütülmüştür. Araştırma verileri, literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde; tanımlayıcı istatistikler, gruplar arasında yüzdelik verilerinin karşılaştırılması için ki-kare testi, normal dağılımlı parametrik verilerde ortalamaların karşılaştırılması için bağımsız gruplar arası t testi kullanılmıştır.

Bulgular: Günlük ortalama çocuk ile geçirilen süre ($p=0.000$), çocuğun fotoğraf-videosunu sosyal medyada paylaşma ($p=0.000$), gizlilik ayarlarının kontrolü ($p=0.001$), sosyal medyada çocuğun ad-soyadını ($p=0.002$) ve doğum tarihini paylaşma ($p=0.010$) açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Ebeveynlerin %65.3'ü çocuğun fotoğraf-videolarını sosyal medyada paylaşmanın mahremiyet ihlaline girdiğini, %62.9'u fotoğraf-videoların başkaları tarafından kullanılabilirliğini düşünmektedir. Ebeveynlerin %55.2'si paylaşılan fotoğraf-videolardan ileride rahatsızlık duyabileceğini düşünmediğini, %65.5'i çocuk ile ilgili komik olayları sadece eş ile paylaşmadığını, %73.3'ü çocuğun deniz, havuz kenarında çıplak şekilde fotoğrafını paylaştığını belirtmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Ebeveynlerin sosyal medyada çocuklarına ilişkin paylaşım yapmalarına karşın sharenting konusunda hassas oldukları belirlenmiştir. Sharenting ile ilgili yapılabilecek en temel görev ebeveynlerin bilinçlendirilmesidir.

Awareness Levels of Parents on "Sharenting"

Article Info

ABSTRACT

Article History

Received: 06.02.2020

Accepted: 26.04.2020

Published: 25.08.2020

Keywords:

Parents,
Child,
Sharenting,
Social Media,
Privacy.

Introduction: Sharenting is a parent model that shares every aspect of the child on social media and cannot prevent itself from sharing. Although it is not possible to predict the consequences of this parent model, the greatest danger is the loss of the child's privacy.

Objective: The research was carried out to increase the awareness level of parents about sharenting, to evaluate their knowledge and attitudes, and to draw attention to the concept of sharenting.

Methods: The research was conducted with 464 parents using the full counting sampling method in comparative-descriptive research design. The research data were collected with a questionnaire form prepared in line with the literature information. In the statistical analysis of the data; descriptive statistics, chi-square test was used to compare percentile data between groups, and independent group t-test was used to compare the mean in parametric data with normal distribution.

Results: There was a significant difference between the groups in terms of time spent with the average daily child ($p=0.000$), sharing the child's photo-video on social media ($p=0.000$), checking privacy settings ($p=0.001$), sharing the child's first-surname ($p=0.002$) and date of birth ($p=0.010$). 65.3% of parents think that sharing the child's photo-videos on social media violates privacy, 62.9% think that photo-videos can be used by others. 55.2% of the parents stated that they do not think that they may feel uncomfortable in the future from the shared photos and videos, 65.5% of them stated that they did not only share the funny events about the child with the partner, 73.3% of the children shared their photos by the sea, by the pool.

Conclusions and Recommendations: It was determined that parents are sensitive about sharenting despite sharing their children on social media. The main task that can be done with regard to sharenting is to raise the awareness of parents.

Atıf/Citation: Akpınar, B.H., Paylan, N., Etlik Ş., Erus B. & Karakoç, H. (2020). "Sharenting" konusunda ebeveynlerin farkındalık düzeyleri, *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 8-18.



"This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0)"

GİRİŞ

Ebeveynlerin önemli bir çoğunluğu (anne:%98, baba:%89) çocuklarının fotoğraflarını sosyal medyaya yüklemektedir (Bartholomew, Schoppe-Sullivan, Glassman, Kamp Dush ve Sullivan, 2012). Sosyal medya paylaşımlarının önemli derecede artması ‘sharenting’ kavramını gündeme getirmiştir. Share ve parenting kelimelerinden türeyen “sharenting” kavramı “ebeveynin sosyal medyada çocuklarıyla ilgili ayrıntılı bilgi paylaşması” olarak tanımlanmaktadır (Marasli, Suhendan, Yılmaztürk ve Çok, 2016; Brosch, 2016; Çimke, Yıldırım ve Polat, 2018; Keith ve Steinberg, 2017).

Amerika Birleşik Devletleri’nde, %92 oranında 2 yaşından önce ve 1/3 oranında yaşamın ilk 24 saatinde çocuk ile ilgili sosyal medyada fotoğraf-video paylaşıldığı belirtilmektedir (American Academy of Pediatrics [AAP], 2016). Yaşamın ilk beş yılında bir ebeveynin ortalama 1000 adet çocuğunun fotoğrafını paylaşmış olacağı düşünülmektedir (Blum-Ross ve Livingstone, 2017). Ebeveynlerin yansıra aile yakınları, sağlık çalışanları, doğum fotoğrafçıları ve öğretmenleri de çocukların fotoğraf-videolarını kontrolsüzce sosyal medyaya yükleyebilmektedir. Ayrıca hashtag (etiketleme) tekniği sayesinde sosyal medyada paylaşılan bu fotoğraflar dünyanın her yerindeki kullanıcılara anında ulaşabilmektedir (Keith ve Steinberg, 2017).

Sharenting, çocuğun her halini sosyal medyada paylaşan, paylaşmaktan kendini alıkoyamayan ebeveyn modelidir. Bu ebeveyn modelinin sonuçlarını tahmin etmek mümkün olmamakla birlikte en büyük tehlike çocuğun gizliliğini kaybetmesidir. Ebeveynler, bu paylaşımlar ile çocuklarının mahremiyet hakkını ihlal etmektedir (Dursun, 2019). Almanya, Fransa gibi ülkelerde sharenting ile ilgili düzenlemeler yapılmakla birlikte ülkemizde bu paylaşımları engelleyecek ya da yaptırım uygulayacak yeterli yasalar bulunmamaktadır. Çocuğun mahremiyet ihlali ile ilgili olarak ciddi problemlere yol açabilecek bu durum ile ilgili ebeveynlerde farkındalık oluşturulması önem taşımaktadır.

AMAC

Araştırma, ebeveynlerin sharenting konusunda farkındalık düzeylerini artırmak, bilgi ve tutumlarını değerlendirmek, toplumsal açıdan sharenting kavramına dikkat çekmek amacı doğrultusunda literatüre önemli katkı sağlayacaktır.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma karşılaştırmalı-tanımlayıcı araştırma tasarımı yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini; bir üniversitede çalışan (akademik, idari personel ve eşleri) 0-13 yaş aralığında çocuğu olan ebeveynler oluşturmuştur. Araştırma evreninin 0-13 yaş aralığı seçilme nedeni Facebook, Instagram gibi popüler sosyal medya platformlarında hesap oluşturabilmek için 13 yaş sınırı olmasıdır. Araştırma örnekleme %95 güven aralığı ($\alpha=0,05$), $p=0,68$ (Altun, 2019) ile yapılan hesaplamada en az 334 ebeveynin alınması gerektiği belirlenmiştir. Az sayıda birimi kapsayan ve ulaşılabilirliğin kolay olduğu evren ile çalışılacağı zaman, örnekleme yöntemlerinden tam sayım yönteminin kullanılması araştırma sonuçlarının genellenebilirliği açısından daha uygun görülmektedir (Esin, 2014). Bu nedenle araştırmada örnekleme yöntemlerinden tam sayım örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama aşamasında araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü 464 ebeveyn araştırmaya alınmıştır. Araştırmaya alınma kriterleri ise; ebeveynin Türkçe konuşma ve anlaması, sosyal medya hesabı olması, 0-13 yaş aralığında çocuğa sahip olması, araştırmaya katılmaya gönüllü olmasıdır.

Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri, literatür (Bartholomew ve vd. 2012; McDaniel, Coyne ve Holmes, 2012; Family Online Safety Institute [FOSI], 2015; Marasli ve vd. 2016; Brosch, 2016; Blum-Ross ve Livingstone, 2017; Otero, 2017; Çimke ve vd. 2018; Erişir ve Erişir, 2018; Altun, 2019; Dursun, 2019; Duygulu, 2019; Küçükali ve Serçemeli, 2019; Keith ve Steinberg, 2017) bilgileri doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu kullanılarak toplanmıştır. Anket formunun anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliğini geliştirmek için 10 ebeveyn ile ön uygulama yapılmış ve ön uygulama sırasında doldurulan formlar analiz kapsamına alınmamıştır. Anket formu; tanımlayıcı özellikler (12 soru), sharenting farkındalığı (36 soru) olmak üzere 48 sorudan oluşmaktadır.

Veri Toplama

Kurumdan yazılı izin alındıktan sonra Ekim 2019-Aralık 2019 tarih aralığında araştırmaya katılmaya gönüllü akademik, idari personelden, kurumun işleyişine zarar vermeden, çalışma saatlerini ve hizmeti aksatmadan veriler toplanmıştır. Katılımcılara anket formu verilerek kendi kendilerine doldurmaları istenmiştir. Formu doldurulma süresi 5 dakika olarak belirlenmiştir. Ayrıca çalışanların eşlerinden de veri toplanabilmesi için anket formu verilmiş ve ertesi gün teslim alınmıştır.

Verilerin Analizi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi SPSS 20.0 paket programında yapılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde; tanımlayıcı istatistikler, gruplar arasında yüzdelerle karşılaştırılması için ki-kare testi, normal dağılımlı parametrik verilerde ortalamaların karşılaştırılması için bağımsız gruplar arası t testi kullanılmıştır.

Etik

Araştırmaya başlamadan önce, KTO Karatay Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (30.09.2019 tarih ve 2019/006 sayılı) ve kurum izinleri alınmıştır. Katılımcıların öz bildirimine dayalı olarak yürütülen tüm araştırmalarda gönüllülük şartı olmasından dolayı ebeveynlerin gönüllü ve istekli olmalarına özen gösterilmiş, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları açıklanmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 32.36 ± 5.39 olup %36'sı üniversite mezunu, %61.8'inin geliri giderine eşittir. Annelerin en son sahip olduğu çocuğun yaş ortalaması 4.62 ± 2.99 olup %45.8'inin 2 yaşayan çocuğu bulunmakta, %53.1'inin kız çocuğu bulunmakta, %96.7'si evlidir (Tablo 1).

Araştırmaya katılan babaların yaş ortalaması 34.44 ± 6.58 olup %37'si üniversite mezunu, %59.3'ünün geliri giderine eşittir. Babaların en son sahip olduğu çocuğun yaş ortalaması 4.24 ± 2.85 olup %40'ının 2 yaşayan çocuğu bulunmakta, %55'inin kız çocuğu bulunmakta ve %97.9'u evlidir (Tablo 1).

Her iki örneklem grubu eğitim durumu, sosyoekonomik durum, sahip olunan çocuk sayısı, en son sahip olunan çocuğun yaşı ve cinsiyeti, evlilik durumu açısından benzerdir. Türkiye Aile Yapısı Araştırması (TAYA) raporuna göre kadın ve erkek için uygun görülen ilk evlenme yaşı incelendiğinde; kadınlar (%46.9) için en uygun ilk evlenme yaşı 20-24 yaş arası, erkekler (%53.9) için ise 25-29 yaş arası olarak belirtilmektedir (TAYA 2016). Araştırmaya alınan anne-babalar arasında yaş bakımından istatistiksel olarak fark olmasının uygun görülen evlenme yaşından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri

Tanımlayıcı Özellikler	Anne	Baba	Test ve p değeri
Yaş (x±ss)	32.36±5.39	34.44±6.58	t=-3.597 p=0.000
Eğitim durumu			
İlkokul	39(14.2)	18(9.5)	X ² =10.749*
Ortaokul	52(18.9)	27(14.3)	p=0.057
Lise	65(23.6)	45(23.8)	
Üniversite	99(36.0)	70(37.0)	
Yüksek lisans	12(4.4)	20(10.6)	
Doktora	8(2.9)	9(4.8)	
Sosyo-ekonomik durum			
Gelir-gider eşit	170(61.8)	112(59.3)	X ² =0.308*
Gider fazla	71(25.8)	52(27.5)	p=0.857
Gelir fazla	34(12.4)	25(13.2)	
Çocuk sayısı			
1	75(27.3)	53(28.0)	X ² =0.167*
2	126(45.8)	83(40.0)	p=0.920
3 ve üzeri	74(26.9)	53(28.0)	
En son sahip olduğu çocuğun yaşı (x±ss)	4.62±2.99	4.24±2.85	t=-0.052* p=0.959
En son sahip olduğu çocuğun cinsiyeti			
Kız	146(53.1)	104(55.0)	X ² =0.169*
Erkek	129(46.9)	85(45.0)	p=0.681
Evlilik durumu			
Evli	266(96.7)	185(97.9)	X ² =0.207**
Bekâr	9(3.3)	4(2.1)	p=0.649

*Pearson Chi-square; **Yate's Düzeltmelik Ki²

Anne ve babaların sosyal medya kullanımına ilişkin özellikleri karşılaştırıldığında; günlük ortalama çocuk ile geçirilen süre bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiş olup annelerin puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulunmuştur (p=0.000). Çocuğun fotoğraf-videosunu sosyal medyada paylaşma bakımından gruplar arasında farklılığın anlamlı olduğu ve annelerin daha fazla (%69.8) fotoğraf-video paylaştığı belirlenmiştir (p=0.000). Çocuğun fotoğraf-videosunu sosyal medyada paylaşma nedenine göre ebeveynler karşılaştırıldığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu (p=0.004) ve grupların mutluluğu ispatlamak amacıyla paylaşım yaptığı belirlenmiştir. Gruplar arasında paylaşılan fotoğraf-videoları görebilen kişiler bakımından anlamlı farklılık olduğu, kadınların gizlilik ayarlarının kontrolü konusunda daha kontrolcü davrandıkları saptanmıştır (p=0.001) (Tablo 2).

Ortalama sosyal medyada geçirilen süre (p=0.472) ve sosyal medyaya yüklenen fotoğraf-video sayısı (p=0.176) bakımından gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Sosyal Medya Kullanımına İlişkin Özellikleri

Özellikler	Kadın	Erkek	Test ve p değeri
Ortalama sosyal medyada geçirilen süre (x±ss)	122.28±98.37	130.05±124.18	t=0.719 p=0.472
Ortalama sosyal medyaya yüklenen fotoğraf-video sayısı (x±ss)	0.77±1.47	0.59±1.28	t=1.355 p=0.176
Ortalama çocukla geçirilen süre (oyun oynama-parka götürme-sohbet gibi) (x±ss)	252.62±186.61	158.53±98.79	t=6.414 p=0.000
Çocuğun fotoğraf-videosunu sosyal medyada paylaşma			
Evet	192(69.8)	96(50.8)	X ² =17.220* p=0.000
Hayır	83(30.2)	93(49.2)	
Çocuğun fotoğraf-videosunu sosyal medyada paylaşma nedeni			
Beğeni almak	34(12.4)	16(8.5)	X ² =15.152* p=0.004
Sosyal medya kullanım alışkanlığı	38(13.8)	15(7.9)	
Özel anları paylaşmak	51(18.5)	24(12.7)	
Mutluluğu ispatlamak	102(37.1)	76(40.2)	
Sevmiyorum	50(18.2)	58(30.7)	
Çocuk ile ilgili paylaşılan fotoğraf-video beğenisinin memnuniyeti			
Çok fazla	20(7.3)	11(5.8)	X ² =6.695* p=0.153
Fazla	31(11.3)	18(9.6)	
Orta	54(19.6)	24(12.7)	
Az	13(4.7)	15(7.9)	
Hiç önemli değil	157(57.1)	121(64.0)	
Paylaşılan fotoğraf-videoları görebilen kişiler			
Sadece ben	9(3.3)	11(5.8)	X ² =19.855* p=0.001
Ailem	32(11.6)	35(18.5)	
Belirlediğim kişiler	137(49.8)	56(29.6)	
Listemdeki tüm arkadaşlarım	89(32.4)	78(41.3)	
Herkese açık	8(2.9)	9(4.8)	
Sosyal medya gizlilik ayarlarını kontrol etme sıklığı			
Her fotoğraf veya video paylaştığımda	67(24.4)	38(20.1)	X ² =1.988* p=0.738
Haftada bir	14(5.0)	11(5.8)	
Ayda bir	19(6.9)	12(6.4)	
Aklıma geldikçe	152(55.3)	107(56.6)	
Herkese açık	23(8.4)	21(11.1)	

Tüm katılımcıların %98.1'i gebelik döneminde ultrason resimlerini ve %97.2'si vücut şeklini (karın bölgesini ön plana çıkararak) fotoğrafları paylaşmadığını, %96.1'i çocuğa özel sosyal medya hesabı açmadığını, %95'i paylaştığı fotoğraf-videoları firma ya da marka etiketlemediğini, %80.2'si çocuğun ismini paylaşmadığını, %84.5'i doğum tarihini paylaşmadığını, %78.7'si konum belirtmediğini, %84.3'ü kreşi veya bulunduğu konumu etiketlemediğini belirtmiştir. Katılımcıların %65.3'ü çocuğun fotoğraf-videolarını sosyal medyada paylaşmanın mahremiyet ihlaline girdiğini, %62.9'u fotoğraf-videoların başkaları tarafından kullanılabilceğini düşünmektedir (Tablo 3).

Ebeveynlerin %55.2'si paylaşılan fotoğraf-videolardan ileride rahatsızlık duyabileceğini düşünmediğini, %65.5'i çocuk ile ilgili komik olayları sadece eş ile paylaşmadığını, %73.3'ü çocuğun deniz, havuz kenarında çıplak şekilde fotoğrafını paylaştığını belirtmiştir (Tablo 3).

Ebeveynlerin çocuk mahremiyeti konusunda farkındalıkları karşılaştırıldığında; çocuğun sosyal medyada ad-soyadını paylaşma (p=0.002) ve doğum tarihini paylaşma (p=0.010) durumları açısından anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Her üç durum karşısında erkeklerin daha doğru yaklaşım sergiledikleri bulunmuştur (Tablo 3).

Ebeveynler arasında; gebelik döneminde ultrason resimlerini ($p=0.321$) ve vücut şeklini (karın bölgesini ön plana çıkararak) fotoğraflar paylaşma ($p=0.109$), çocuğa özel sosyal medya hesabı açma ($p=0.934$), paylaşılan fotoğraf veya videolara firma ya da marka etiketleme ($p=0.622$), çocuğun fotoğraf-videolarını sosyal medyada paylaşmanın mahremiyet ihlaline girdiğini düşünme ($p=0.089$), fotoğraf-videoların başkaları tarafından kullanılabilceğini düşünme ($p=0.427$), konum belirtme ($p=0.055$), kreşi veya bulunduğu konumu etiketleme ($p=0.219$), çocuğun paylaşılan fotoğraf veya videolardan ileride rahatsızlık duyabileceğini düşünme ($p=0.116$), çocuk ile ilgili komik olayları sadece eş ile paylaşma ($p=0.528$), çocuğun deniz, havuz kenarında çıplak şekilde fotoğrafını paylaşma ($p=0.454$) bakımından istatistiksel açıdan farklılık olmadığı bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Ebeveynlerin Çocuk Mahremiyeti Konusunda Farkındalıkları

İfadeler	Tüm Ebeveynler n(%)	Kadın n(%)	Erkek n(%)	Test ve p değeri
Gebelik döneminde ultrason resimlerini sosyal medyada paylaşma	9(1.9)	7(2.5)	2(1.1)	$p=0.321^{***}$
Gebelik döneminde vücut şeklini (karın bölgesini ön plana çıkararak) fotoğraflar paylaşma	13(2.8)	11(4.0)	2(1.1)	$X^2=2.561^{**}$ $p=0.109$
Çocuğa özel sosyal medya hesabı açma	18(3.9)	10(3.6)	8(4.2)	$X^2=0.007^{**}$ $p=0.934$
Paylaşılan fotoğraf-videolara firma ya da marka etiketleme	23(5.0)	12(4.4)	11(5.8)	$X^2=0.243^{**}$ $p=0.622$
Çocuğun fotoğraf-videolarını sosyal medyada paylaşmanın mahremiyet ihlaline girdiğini düşünme	303(65.3)	171(62.2)	132(69.8)	$X^2=2.900^*$ $p=0.089$
Fotoğraf-videoların başkaları tarafından kullanılabilceğini düşünme	292(62.9)	169(61.5)	123(65.1)	$X^2=0.631^*$ $p=0.427$
Çocuğun ad-soyadını paylaşma	92(19.8)	68(24.7)	24(12.7)	$X^2=9.453^{**}$ $p=0.002$
Çocuğun doğum tarihini paylaşma	72(15.5)	53(19.3)	19(10.1)	$X^2=6.577^{**}$ $p=0.010$
Fotoğraf veya video atarken konum belirtme	99(21.3)	67(24.4)	32(16.9)	$X^2=3.687^*$ $p=0.055$
Çocuğunuzun gittiği kreşi veya bulunduğu konumu etiketleme	73(15.7)	48(17.5)	25(13.2)	$X^2=1.510^*$ $p=0.219$
Çocuğun paylaşılan fotoğraf-videolardan ileride rahatsızlık duyabileceğini düşünme	208(44.8)	115(41.8)	93(49.2)	$X^2=2.472^*$ $p=0.116$
Çocuk ile ilgili komik olayları sadece eş ile paylaşma	160(34.5)	98(35.6)	62(32.8)	$X^2=0.398^*$ $p=0.528$
Deniz, havuz kenarında çocuğun çıplak şekilde fotoğrafını paylaşma	340(73.3)	198(72.0)	142(75.1)	$X^2=0.561^*$ $p=0.454$

*Pearson Chi-square; **Yate's Düzeltmelik Ki^2 ;***Fisher's Exact Test

Tabloda evet cevabını veren katılımcıların sayı ve yüzdeleri verilmiştir.

Anne ve babaların %68.3'ü çevrimiçi paylaşılan her şeye başkalarının ulaşabileceğini, %76.5'i paylaşılan fotoğraf-videoların farklı amaçlarla kullanılabilceğini, %74.8'i pedofili sitelerine kopyalanma riski taşıdığını, %92.9'u öfke nöbetleri, yeme problemleri, acı çektiği anları içeren paylaşımlar yapılmaması gerektiğini, %88.1'i çocuğun bulunduğu konum hakkında bilgi paylaşılmaması gerektiğini, %94.2'si çıplak, küvette, denizde resim paylaşılması gerektiğini belirtmektedir. Ebeveynlerin %77.4'ü güncellemelerle birlikte sosyal medya hesaplarının gizlilik ayarlarında değişiklik olabileceğini, %71.3'ü gizlilik ayarları kontrol edilmiş olsa bile, yapılan paylaşımların arkadaş listesi dışındaki kişilere de ulaşabileceğini, %87.5'i çocuğu ile ilgili başkalarının fotoğraf-video paylaşmasının kendisini rahatsız edeceğini belirtmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Ebeveynlerin Sharenting Konusunda Farkındalık Düzeyleri (n=464)

İfadeler	Tüm Ebeveynler n(%)	Kadın n(%)	Erkek n(%)
Çevrimiçi paylaşılan her şeye başkaları ulaşabilir.	317(68.3)	182(66.2)	135(71.4)
Paylaştığım fotoğraf veya videolar farklı amaçlarla kullanılabilir.	355(76.5)	204(74.2)	151(79.9)
Pedofili sitelerine kopyalanma riski taşımaktadır.	347(74.8)	205(74.5)	142(75.1)
Çocuğun öfke nöbetleri, yeme problemleri, acı çektiği anları içeren paylaşımlar yapılmamalıdır.	431(92.9)	260(94.5)	171(90.5)
Çocuğun bulunduğu yerler hakkında bilgi paylaşılmamalıdır.	409(88.1)	243(88.4)	166(87.8)
Çocuğun yaşı ne olursa olsun çıplak, küvette, denizde resimlerini paylaşılmamalıdır.	437(94.2)	261(94.9)	176(93.1)
Sosyal medya hesapları yapılan güncellemelerle birlikte gizlilik ayarlarında değişiklik yapabilmektedir.	359(77.4)	203(73.8)	156(82.5)
Sosyal medya hesaplarının gizlilik ayarları kontrol edilmiş olsa bile, yapılan paylaşımlar arkadaş listesi dışındaki kişilere de ulaşabilir.	331(71.3)	183(66.5)	148(78.3)
Çocuğumla ilgili başkalarının fotoğraf veya video paylaşması beni rahatsız eder.	406(87.5)	238(86.5)	168(88.9)

Tabloda katılıyorum cevabını veren katılımcıların sayısı ve yüzdeleri verilmiştir.

TARTIŞMA

Sharenting, çocuğun her halini sosyal medyada paylaşan, paylaşmaktan kendini alıkoyamayan ebeveyn modelidir. Bu model, ailelerin iyi niyet taşınmasına karşın çocuk açısından mahremiyet ihlaline neden olmaktadır. Gelecek nesiller için toplumsal yapıya büyük zararlar verebilecek önemli riskler taşımaktadır. Sharenting uygulaması ile ilgili tehlikeler önenebilir niteliktedir. Bu nedenle ebeveynlerin bilinçlendirilmesi, farkındalık oluşturulması için bizlere önemli görevler düşmektedir.

Araştırmada annelerin, oyun oynama, parka götürme, sohbet etme gibi çocuk ile geçirilen süre bakımından daha fazla aktivite gerçekleştirdiği belirlenmiştir. Ebeveynlik rolü ve aile içi iletişim konularındaki değişimlerin çocuk gelişimini olumlu etkilemesine karşın günümüzde hala annenin çocuk bakımında temel sorumluluğu aldığı, babanın çocuk bakımı için harcadığı zamanın anneye göre daha az olduğu görülmektedir. Çocuğun gelişimi üzerinde anne ve baba farklı katkılar ve modeller sunmaktadır. Genellikle anneler daha az yönlendirici, daha çok işbirlikçi ve duyarlı model olurken; babalar yönlendirici ve kendini ifade edici model olmaktadır. Bu farklı model ve katkılar çocuğun fiziksel, sosyal ve psikolojik yönden gelişimini zenginleştirmektedir (Kuzucu, 2011). Dolayısıyla her iki ebeveynin çocuk gelişimi konusunda önem taşıdığı gerçeği hususunda ebeveynlerin özellikle babaların bilinçlendirilmesi gerektiği söylenebilir. Ayrıca gelişen teknoloji ve erişim kolaylığı sonucu internet ve sosyal medya kullanımının gün geçtikçe arttığı ve aile içi iletişimi, akran iletişimini, ebeveyn-çocuk iletişimini olumsuz etkilediği göz ardı edilmemelidir (Güleç, 2018).

Araştırma bulgularına göre annelerin %69.8'inin babaların %50.8'inin çocuk ile ilgili fotoğraf-video paylaştığı belirlenmiştir. Araştırma bulgumuzu destekler nitelikte, Michigan Üniversitesi C.S. Mott Çocuk Hastanesinin sharenting konusunda yayınladığı araştırmaya göre annelerin %56'sının, babaların ise %34'ünün sosyal medyada çocukları ile ilgili paylaşımlarda bulunduğu belirlenmiştir (C.S.

Mott Children's Hospital National Poll on Children's Health, 2015). Bartholomew ve diğerleri (2012) yaptığı çalışmada annelerin %98'inin ve babaların %89'unun çocuğunun fotoğraflarını sosyal medyaya yüklediğini belirtmektedir. Gün içerisinde anneleri ile daha çok vakit geçiren çocuklar ile ilgili fotoğraf-video paylaşımının babalara oranla annelerin daha fazla paylaşması beklenen bir bulgudur. Türkiye'de internete erişimin kolaylık kazanmasıyla birlikte blogların sayısı da artmıştır. Bloglar, önceleri defterlere yazılan özel duygu ve düşüncelerin, internetle birlikte sanal günlük şeklinde kamusal görünürlük kazandığı bir ortamdır (Gürçayır Teke, 2014). Annelere ait kullanıcı adları incelendiğinde; oyuncu anne, müzisyen anne, çalışan anne, gezgin anne, doğal anne, akademisyen anne, uzman anne, öğretmen anne gibi sosyal medya hesaplarının günden güne sayıları artarak çoğalmaktadır (Çimke ve vd. 2018). Takipçilerin yorum ve cevaplarıyla etkileşimli bir boyut kazanan blogların etik, pedagojik başta olmak üzere birçok olumlu ve olumsuz sonuçları bulunmaktadır.

Günümüz dünyasında ebeveynlik deneyimi ile ilgili sevinçleri, zorlukları sosyal medyada paylaşmak giderek daha da popüler hale gelmektedir (Brosch, 2016; Çimke ve vd. 2018). Araştırmada, ebeveynlerin en çok mutluluğu ispatlamak amacıyla çocuğunun fotoğraf-videosunu paylaştığı bulunmuştur. Ebeveynlik ile ilgili paylaşımların; sosyal destek kazanma, benzer durumları yaşayan ebeveynlerden bilgi alma, yalnızlık duygusunu giderme, beğenilme gibi olumlu tarafların olabileceği belirtilmektedir (Keith ve Steinberg, 2017). Ancak konu ile ilgili Dursun (2019) bazı ebeveynlerin psikolojik doyum amacıyla sosyal medyada çocuğu ve ebeveynliği ile ilgili paylaşım yaparak onaylanma ihtiyacı duyduğunu ve çocuğunu zarar verebilme ihtimalini öngöremediğini belirtmektedir. Erişir ve Erişir (2018) ebeveynlerin toplumsal bir onay almak için çocuğunun resimlerini aşırı şekilde paylaştığını, çocuklarını psikolojik tatmin aracı olarak gördüklerini, yorum ve beğeni yapılmasının ebeveynlik rolünden duydukları memnuniyeti artırdığını belirtmektedir. Literatür sonuçları, araştırma bulgusunu desteklemektedir.

Sosyal medya hesaplarının gizlilik ayarlarını kontrol etme konusunda annelerin daha özen gösterdikleri belirlenmiştir. Ancak araştırma bulgusunun aksi bir örnek bulunmaktadır. Blogger Nihan Kayalıoğlu'na sosyal medyada sürekli iki çocuğunun fotoğraflarını paylaşması nedeniyle "Çocuklarımı reklam malzemesi yapıp para kazanıyor, istismara davetiye çıkarıyor" diyerek açılan boşanma davasında mahkeme, çocuklarının fotoğraflarını paylaşmasını yasaklamış, ayrıca velayetlerin de babaya verilmesine karar vermiştir (Erişir ve Erişir, 2018). Verilen örnek yukarıda bahsedilen blogger anneliğin etik ve pedogolojik olumsuz etkilerine verilebilecek somut bir örnektir.

Ebeveynler arasında sosyal medyada geçirilen süre ve sosyal medyaya yüklenen fotoğraf-video sayısı bakımından fark olmadığı bulunmuştur. Son yıllarda bireylerin sosyal medyada yaşanan gelişmeleri kaçırma ve haberdar olamama korkusu yaşamalarına bağlı olarak sosyal medyada oldukça uzun süreler geçirmelerine neden olan Fear of Missing Out (Gelişmeleri Kaçırma Korkusu) olarak adlandırılan yeni bir bağımlılık türünü gündeme getirmiştir (Gökler, Aydın ve vd. 2016). Ayrıca sosyal medyada geçirilen süre arttıkça aile ilişkilerinin de o oranda azalacağı bir gerçektir (Güleç, 2018). Bu nedenle sosyal medya kullanımı ile ilgili ailelerin eğitim, danışmanlık ve rehberlik yoluyla bilinçlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Ebeveynler, çocuğun mahremiyet hakkı konusunda yüksek farkındalık düzeyine sahiptir. Ancak bazı noktalarda farklı görüşler ortaya çıkmıştır. İlki ebeveynler paylaşılan fotoğraf-videolardan çocuğun ileride rahatsızlık duymayacağını, çocuk ile ilgili komik, gülünç olayların başkaları ile paylaşmanın sakıncası olmadığını düşünmektedir. Çevrimiçi Aile Güvenliği Enstitüsü (FOSI) tarafından yapılan araştırmada da ebeveynlerin %20'sinin ileride çocuğunun utanabileceğini düşündüğü bilgileri paylaştığını, her on aileden birinde paylaşılan bilgilerin çocuklar tarafından kaldırılmasının istendiği belirtilmektedir (FOSI, 2015). Konu ile ilgili pedagoğlar; son derece mahrem konularda çekilebilen

fotoğraf ve videoların başkaları tarafından görülmesinden dolayı ilerleyen yıllarda çocukların rahatsızlık duyabileceğini vurgulamaktadır (Küçükali ve Serçemeli, 2019). Keith ve Steinberg (2017) ebeveynlerin çocuklarının mahremiyetini koruyabilmek için çocuğa dair bir içerik paylaşmadan önce büyüdüğünde o paylaşımı nasıl değerlendireceğini düşündükten sonra karar verilmesi gerektiğini önermektedir. Otero (2017) ebeveynlerin çocuklarına yapılacak paylaşımlar ile ilgili veto yetkisini vermeleri gerektiğini belirtmektedir. Rıza alınmadan yapılan paylaşımlar ile ilgili çocukların dava açabilme hakkına ilişkin düzenlemeler Fransa ve Almanya’da gündemdedir. Ülkemizde ise bu gidişatın bir sonucu olarak gelecek yıllarda mahkemelerde karşımıza çıkacağı düşünülmektedir.

Son olarak ise deniz, havuz kenarında çocuğun çıplak şekilde durmasına izin verdiklerini belirtmişlerdir. Brosch (2016) ebeveynlerin %77.9'unun çocukların çıplak veya yarı çıplak fotoğraflarını paylaştığını tespit etmiştir. Çocuklarının uygun olmayan fotoğraf-videolarını sosyal medyada paylaşmak kötü amaçlı sitelerde sergilenmesine neden olabilmektedir (Duygulu, 2019). Keith ve Steinberg (2017) ebeveynlerin çocuklarının mahremiyetini koruyabilmek için tüm fotoğraflarda çocukların giyinik olmasına dikkate edilmesi gerektiği önerisinde bulunmaktadır.

Çocuğun sosyal medyada ismini ve doğum tarihini paylaşma konusunda erkeklerin daha doğru yaklaşım sergiledikleri bulunmuştur. Duygulu’nun (2019) belirttiğine göre Minkus ve diğerleri (2015) ebeveynlerin sosyal medya paylaşımlarının verileri takip edilerek; çocukların isim, adres, yaş, doğum günü ve hatta inanç bilgilerine bile ulaşıldığını belirtmektedir. Konu ile ilgili ebeveynlere çocuklarının mahremiyetini koruyabilmek için çocuğun isminin internette aratıldığı her durumda bir uyarı mesajı alabilmek için Google Alert gibi uygulamaları kullanması, geniş kitlelere çocuğun kişisel bilgilerini ve yerini belirtmekten kaçınması gerektiği önerilmektedir (Otero, 2017; Keith ve Steinberg, 2017).

Ebeveynlerin %87.5’i çocuğu ile ilgili başkalarının fotoğraf-video paylaşmasının kendisini rahatsız edeceğini belirtmektedir. Ebeveynlerin yanı sıra sağlık çalışanları ve doğum fotoğrafçıları reklam amacıyla kontrolsüzce bir başkasının çocuğunu paylaşabilmektedir. Burada dikkat edilmesi gereken husus; #hashtag “etiketleme” ile fotoğraf-videoların herkes tarafından ulaşılır hale gelmesidir (Erişir ve Erişir, 2018). Sosyal medya paylaşımlarının, aranabilir ve paylaşılabilir yapısı göz önüne alınarak ebeveynlerin yayın yapma özgürlüğü ile çocukların mahremiyet ve unutulma hakları arasında çelişki olduğu ifade edilebilir (Çimke ve vd. 2018). Unutulmamalıdır ki, sharenting çocukların mahremiyetin ve dijital kimliklerinin korunması ile ilgili riskleri beraberinde getirmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Günümüzde sosyal medya, insanların günlük yaşam aktivitelerinin önemli bir parçası haline gelmiştir. İnsanlar iletişim ve paylaşım aracı olarak büyük oranda sosyal medya kullanmaktadır. Birçok fayda ile birlikte bilinçsiz kullanım ile birlikte bağımlılık, mahremiyet, gizlilik başta olmak üzere azımsanmayacak zararları bulunmaktadır. Bu araştırmada, ebeveynlerin sharenting konusunda farkındalık düzeylerini artırmak, bilgi ve tutumlarını değerlendirmek, toplumsal açıdan sharenting kavramına dikkat çekmek amaçlanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre ebeveynlerin sosyal medyada çocuklarına ilişkin paylaşım yapmalarına karşın sharenting konusunda hassas oldukları belirlenmiştir. Çocukları fiziksel, sosyal ve psikolojik her türlü zarardan korumakla yükümlü olan ebeveynler, kasıtlı olmasa dahi sosyal medya üzerinden ileriye yönelik ciddi zararlar verebilmektedir. Sharenting ile ilgili yapılabilecek en temel görev ebeveynlerin neler yapmaları gerektiği konusunda bilinçlendirilmesidir. Dolayısıyla çocuğun fotoğraf-videolarının sosyal medyada paylaşmanın mahremiyet ihlaline girdiği, fotoğraf-videoların screenshot vb. uygulamalar ile başkaları tarafından kullanılabilmesi, çocuğun paylaşılan fotoğraf-videolardan ileride rahatsızlık duyabileceği, çocuk ile ilgili komik, gülünç olayların paylaşılmasının da mahremiyet ihlali olduğu konusunda ebeveynlerin farkındalık düzeylerinin artırılması önem taşımaktadır.

KAYNAKÇA

- American Academy of Pediatrics. (2016). Researchers caution about potential harms of parents' online posts about children. Available from: <https://www.aap.org/en-us/about-the-aap/aap-pressroom/pages/researchers-caution-about-potential-harms-of-parents-online-posts-about-children.aspx>.
- Altun, D. (2019). An investigation of preschool children's digital footprints and screen times and of parents sharenting and digital parenting roles. *International Journal of Eurasia Social Sciences*, 10(35), 76-97.
- Bartholomew M., Schoppe-Sullivan S., Glassman M., Kamp Dush C., ve Sullivan J. (2012). New parents' facebook use at the transition to parenthood. *Family Relations*, 61(3), 455-469.
- Blum-Ross A., ve Livingstone S. (2017). Sharenting, parent blogging, and the boundaries of the digital self. *Popular Communication*, 15(2), 110-125.
- Brosch, A. (2016). When the child is born into the internet: Sharenting as a growing trend among parents on facebook. *The New Educational Review*, 43(1), 225-236.
- Çimke S., Yıldırım Gürkan D., ve Polat S. (2018). Sosyal medyada çocuk hakkı ihlali: sharenting. *Güncel Pediatri*, 16(2), 261-267.
- Dursun, C. (2019). Ebeveynlerin çocuklarını sosyal medyada teşhiri: Çocuk hakları bağlamında bir değerlendirme. *Çocuk ve Medeniyet Dergisi*, 4(8), 195-208.
- Duygulu, S. (2019). Sosyal medyada çocuk fotoğrafları paylaşmanın mahremiyet ihlali ve çocuk istismarı açısından değerlendirilmesi. *TRT Akademi*, 4(8), 428-487.
- Erişir R., ve Erişir, D. (2018). Yeni medya ve çocuk: Instagram özelinde sharenting (paylaşanababalık) örneği. *Yeni Medya Dergisi*, 4-5, 51-64.
- Esin, M., (2014). Örnekleme. In: Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, M (EDS.), *Hemşirelikte Araştırma Süreç Uygulama ve Kritik* (173). İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri.
- Family Online Safety Institute (FOSI). (2015). Parents, Privacy & Technology Use. Available from: <https://www.fosi.org/policy-research/parents-privacy-technology-use/>
- Gökler M., Aydın R., Ünal E., ve Metintaş, S. (2016). Sosyal ortamlarda gelişmeleri kaçırma korkusu ölçeğinin türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 17 (52-59), 53-59.
- Güleç, V. (2018). Aile ilişkilerinin sosyal medyayla birlikte çöküşü. *Yeni Medya Elektronik Dergi*, 2(1), 105-120.
- Gürçayır Teke, S. (2014). Dönüşen anneliğe yönelik netnografik bir analiz: Blogger anneler. *Millî Folklor*, 26 (103), 32-47.
- C.S. Mott Children's Hospital National Poll on Children's Health. (2015). Parents on Social Media: Likes and Dislikes of Sharenting. Available from: https://mottpoll.org/sites/default/files/documents/031615_sharenting_0.pdf 23.
- Keith B., ve Steinberg S. (2017). Parental sharing on the internet child privacy in the age of social media and the pediatrician's role. *JAMA Pediatrics*, 171(5), 413-414.
- Kuzucu, Y. (2011). Değişen babalık rolü ve çocuk gelişimine etkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4 (35), 79-91.
- Küçükali A., ve Serçemeli C. (2019). Çocukların sosyal medyadaki mahremiyet hakları ve "sharenting" üzerine bir uygulama: Atatürk Üniversitesi Örneği. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12(68), 1116-1186.
- Marasli M., Suhendan E. Yilmazturk N., ve Cok F. (2016). Parents' shares on social networking sites about their children: Sharenting. *Anthropologist*, 24(2), 399-406.
- McDaniel B., Coyne S., ve Holmes E. (2012). New mothers and media use: associations between blogging, social networking, and maternal well-being. *Matern Child Health J.*, 16(7), 1509-1517.
- Minkus T., Liu K., ve Ross K. (2015). Children seen but not heard: when parents compromise children's online privacy. *International World Wide Web Conference, IW3C2*: 1-11.
- Otero, P. (2017). Sharenting... should children's lives be disclosed on social media?. *Arch Argent Pediatr*, 115(5), 412-413.
- Türkiye Aile Yapısı Araştırması. (TAYA). (2016). Available from: <https://ailevecalisma.gov.tr/uploads/athgm/uploads/pages/indirilebilir-yayinlar/60-aile-yapisi-arastirmasi-2006.pdf>. 28.01.2020

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: The concept of "sharenting" which derives from the words share and parenting, is defined as the parent's sharing detailed information about his children on social media (Marasli, Suhendan, Yılmaztürk ve Çok, 2016; Brosch, 2016; Çimke, Yıldırım ve Polat, 2018; Keith ve Steinberg, 2017). Sharenting is a parent model that shares every aspect of the child on social media and cannot prevent itself from sharing. Although it is not possible to predict the consequences of this parent model, the greatest danger is the child's privacy (Dursun, 2019). Although regulations are made regarding sharenting in countries such as Germany and France, there are not enough laws in our country to prevent.

Objective: The research was carried out to increase the awareness level of parents about sharenting, to evaluate their knowledge and attitudes, and to draw attention to the concept of sharenting.

Methods: The research was carried out in comparative-descriptive research design. The research was carried out at a university in Konya between June 2019 and February 2020. The research universe has compose parents with children between the ages of 0-13 working in a university. In the calculation made with 95% confidence interval ($\alpha = 0.05$), $p = 0.68$ (Altun, 2019), it was determined that at least 334 parents should be taken. The research was conducted with 464 parents using the full counting sampling method. The research data were collected with a survey form prepared in line with the literature information (Bartholomew ve vd. 2012; McDaniel, Coyne ve Holmes, 2012; FOSI, 2015; Marasli ve vd. 2016; Brosch, 2016; Blum-Ross ve Livingstone, 2017; Otero, 2017; Çimke ve ark. 2018; Erişir ve Erişir, 2018; Altun, 2019; Dursun, 2019; Duygulu, 2019; Küçükali ve Serçemeli, 2019; Keith ve Steinberg, 2017). Survey form consists of 48 questions including descriptive features (12 questions), sharenting awareness (36 questions). After obtaining written permission from the institution, data was collected from academic and administrative staff between October 2019 and December 2019 without harming the functioning of the institution, without interrupting the working hours and service. By giving a survey form, the participants were asked to fill in themselves. In addition, a survey form was given to the employees to collect data from their partners and they were received the next day. In the statistical analysis of the data; descriptive statistics, chi-square test was used to compare percentile data between groups, and independent group t-test was used to compare the mean in parametric data with normal distribution. Ethics committee approval (dated 30.09.2019 and numbered 2019/006) from KTO Karatay University Faculty of Medicine Pharmaceuticals and Non-Medical Devices Ethics Committee and institution permissions were obtained.

Results: The average age of the mothers is 32.36 ± 5.39 , 36% of them are university graduates and 61.8% of the income is equal to their expenses. The average age of the fathers is 34.44 ± 6.58 , 37% of them are university graduates and 59.3% of the income is equal to their expenses. Both sample groups are similar in terms of educational status, socioeconomic status, number of children owned, age and gender of the last owned child, and marital status. There was a significant difference between the groups in terms of time spent with the average daily child ($p=0.000$), sharing the child's photo-video on social media ($p=0.000$), checking privacy settings ($p=0.001$), sharing the child's first-surname ($p=0.002$) and date of birth ($p=0.010$). 65.3% of parents think that sharing the child's photo-videos on social media violates privacy, 62.9% think that photo-videos can be used by others. 55.2% of the parents stated that they do not think that they may feel uncomfortable in the future from the shared photos and videos, 65.5% of them stated that they did not only share the funny events about the child with the partner, 73.3% of the children shared their photos by the sea, by the pool.

Conclusions and Recommendations: Today, social media has become an important part of people's daily life activities. Along with many benefits, there are considerable damages, especially addiction, privacy and confidentiality with unconscious use. It was determined that parents are sensitive about sharenting despite sharing their children on social media. Parents who are obliged to protect their children from all kinds of physical, social and psychological damages can cause serious forward damages on social media even if they are not intentional. The main task that can be done with regard to sharenting is to raise the awareness of parents. It is important to increase parents' awareness that sharing child's photo-videos on social media is a violation of privacy and may be uncomfortable with the shared photo-videos in the future.

Association Between Smoking Exposure and Obesity in Turkey

Gülşen GÖNEY¹  Cengiz GAZELOĞLU²  Mustafa NAL³ 

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi, Toksikoloji Bölümü, Isparta, Türkiye,
gulsengoney@sdu.edu.tr

(Sorumlu Yazar/Corresponding Author)

² Süleyman Demirel Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi, İstatistik Bölümü, Isparta, Türkiye,
cengizgazelolu@sdu.edu.tr

³ Afyon Kocatepe Üniversitesi, Dinar Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu, Sigortacılık ve Aktüerya Bilimleri
Bölümü, Afyon, Türkiye, mustafanal@aku.edu.tr

Article Info

ABSTRACT

Article History

Received: 20.01.2020

Accepted: 27.04.2020

Published: 25.08.2020

Keywords:

Obesity,
Obesogens,
Smoking,
Tobacco products.

Introduction: Obesity and smoking, has become a public health concern and both of them are like a treated disease increasing every day. Tobacco smoke is the most important source of toxic and carcinogenic chemicals. The chemicals that cause obesity, called obesogen, are quite new and important research topic.

Objective: Past decade study results show that toxic chemical substance exposure increased obesity prevalence. This study aim to investigate smoking, obesity, and their relationship in Turkey.

Methods: Study designed as cross sectional analysis of a survey. The 25-question survey was administered to man. The 31-question survey was administered to female. Body Mass Index was calculated and subjects were classified as underweight, normal, overweight, or obese according to WHO criteria. Also smoking status in study group were also recorded. The datas were analyzed using SPSS.

Results: The research group consists of 406 (205 female, 201 male) (M_{age} 38,51±8.33) adult and between the ages of 18-65 years old (Male M_{age} =40.28±8.39; Female M_{age} =36.77±7.92). Results of this study 44.03% of adults were obese, 36.8% smoked, and 18.0% smoked and were obese. The relationship between cigarettes smoked and body-mass index was non-significant ($p>0.05$).

Conclusions and Recommendations: This is a seminal study to evaluate the possible risk of obesity in Turkish smokers. In the futue a new studies should be made in Turkey aimed to investigate the relationship passive smoking exposure and obesity.

Türkiye’de Sigara Maruziyeti ve Obezite İlişkinin İncelenmesi

Makale Bilgileri

ÖZ

Makale Geçmişi

Geliş: 20.01.2020

Kabul: 27.04.2020

Yayın: 25.08.2020

Anahtar Kelimeler:

Obezite,
Obezogenler,
Sigara,
Tütün ürünleri.

Giriş: Obezite ve sigara içimi önemli birer halk sağlığı sorunu olup etkilenen kişi sayısı her geçen gün artmaktadır. Sigara içimi toksik ve karsinojenik kimyasallara maruziyetin en önemli nedenlerinden biridir. Obezogen olarak adlandırılan obeziteye neden olan kimyasallar oldukça yeni ve önemli araştırma konuları arasındadır.

Amaç: Son on yılda yapılan araştırmalar toksik kimyasallara maruziyetin obezite yaygınlığını arttırdığını göstermiştir. Sunulan çalışma Türkiye’de sigara maruziyeti ve obezite ilişkisini incelemeyi amaçlamıştır.

Yöntem: Çalışma kesitsel anket çalışması olarak planlanmıştır. Erkek bireylere 25 soru kadınlara ise 31 soru içeren anketler uygulanmıştır. Çalışmaya katılan tüm gönüllülerin Beden Kitle İndeksi hesaplanarak Dünya Sağlık Örgütü kriterlerine göre zayıf, normal, aşırı kilolu ve obez şeklinde kategorilere ayrılmıştır. Ayrıca sigara alışkanlıkları da kayıt altına alınmıştır. Veriler SPSS programı kullanılarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışma grubu 18-65 yaş aralığında erkekler için 40.28±8.39, kadınlar için 36.77±7.92 ve tüm çalışma grubunda ise yaş ortalaması 38.51±8.33 olan 406 (205 kadın, 201 erkek) kişiden oluşmaktadır. Çalışma sonuçlarına göre yetişkinlerin %44.03’ü obez, %36.8’i sigara içen ve %18’i ise hem sigara içen hem de obeziteye sahip kişiler olarak belirlenmiştir. Sonuçlar, sigara içimi ve beden kitle indeksi arasındaki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir ($p>0.05$). **Sonuç ve Öneriler:** Sunulan çalışma Türkiye’de yetişkinlerde sigara içimi ile obezite arasındaki ilişkinin değerlendirildiği ilk çalışma olma özelliğindedir. Çalışma sonuçlarımıza göre Türkiye’de yetişkinlerde sigara içimi ve obezite arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Sigaranın obezogenik etkisinin değerlendirilmesi için pasif maruziyetin etkilerini de araştıran yeni çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Atıf/Citation: Göney, G., Gazeloğlu C. & Nal, M. (2020). Association between smoking exposure, and obesity in Turkey, *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 19-27.



“This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0)”

INTRODUCTION

Obesity and smoking, has become a public health crisis and both of them are like a treated disease. Between 1975 and 2016 years obesity ratio has tripled in the world (World Health Organization, 2019). Researchers agree that too many caloric intake and too little exercise both of them important factors in obesity prevalence but the studies suggest that the toxic chemicals may also be factor in overweight or obesity (Grun and Blumberg, 2006; Grun and Blumberg, 2007; Newbold, Padilla-Banks and Jefferson, 2009; Göney, 2016). Obesity reasons are classify that diet, sedentary lifestyle, physical activity, psychological factors, genetic syndromes, some endocrine diseases and also smoking exposure (Amisola and Jacobson, 2003; Toschke, Koletzko, Slikker, Hermann and von Kries, 2002; Gao et al., 2005; Behl et al., 2013) that evaluating possible obesogenic effects of this paper.

Cigarette smoke is a source of toxic compounds that are over the 4000 and some of them are anti-obesogenic (chromium, cadmium) and some of them (Benzo[a]pyrene and PM_{2,5}) are obesogenic. Study results suggest that there may be a more general relationship between chromium levels and glucose and/or lipid metabolism. A lots of study show that chromium (Wilson and Gondy, 1995; Kaats, Blum, Fisher and Adelman, 1996; Kaats, Blum, Pullin, Keith and Wood, 1998; Onakpoya, Posadzki and Ernst, 2013) and cadmium (Johnson et al., 2003; Padilla, Elobeid, Ruden and Allison, 2010) supplementation showed decreases in body mass index and fat. Cigarette smoking caused polycyclic aromatic hydrocarbons (PAH's) and particulate matters (PM's) exposure and analysis put forward obesogenic effects of them. Experimental studies have shown that these substances may have an obesogenic effect (Grün and Blumberg, 2009). In experimental animals results indicate that PAH's exposure block lipolysis, resulting in increase body mass index (BMI). Also shown that early period in lifetime exposure to PM's causes mitochondrial damage and increased accumulation of white adipose tissue relative to metabolically active brown adipose tissue. PM's have an estrogenic effects, and according to result in utero exposure to environmental estrogens cause subsequent obesity in animal bioassays (Wenger et al., 2009) Importantly animal study result found that fetal and early neonatal exposure to nicotine resulted in accelerated postnatal weight gain and increased visceral adiposity, as well as increased adiposity (Irigaray et al., 2006, Newbold, Padilla-Banks, Snyder and Jefferson, 2007; Sun et al., 2009; Wenger et al., 2009; Xu X et al., 2011; Yan et al., 2014; McConnell et al., 2016). In addition, animal assays indicate that chronic nicotine withdrawal increases appetite and food intake. Nicotine directly activates the brain melanocortin system in animal bioassays via nicotinic receptors, and the BMI increase associated with cessation of smoking is due to decreased activity of melanocortin 4 receptors (Tomasi et al., 2009; Marrero et al., 2010). It is difficult to determine the precise mechanism through which maternal smoking may result in increased offspring obesity. Kieser, Groeneveld and Da Silva (1997) found that maternal obesity has a destabilizing effect on the developing fetus and that this effect appears to be enhanced in obese mothers who smoked. Infants of mothers who smoked in pregnancy were lighter at birth than infants of non-smokers, but from adolescence they had an increased risk of being in the fattest decile of BMI. The OR (Odds ratios) for obesity associated with maternal smoking increased with age, strengthening of the relationship over time (Power and Jefferis, 2002; Oken, Levitan and Gillman, 2008). Evaluating current epidemiological data support a positive association between maternal smoking and increased risk of obesity or overweight in offspring (Behl et al., 2013; Dare, Mackay and Pell, 2015; Watanabe et al., 2016; Ginawi et al., 2016; Göney, 2019). Over the past decade, there have been a large number of studies investigating the possible relationship between smoking and obesity (Dare, Mackay and Pell, 2015; Courtemanche, Tchernis and Ukert, 2018; Sun et al., 2019).

Although the large number of studies on the subject in the world (Kim, Jeong, Yoo, Oh and Kang, 2016; Dare et al., 2017; Pérez-Ferrer et al., 2018) in Turkey there is no study conducted to analyzing the possible obesogenic effects of cigarette exposure. The present study aims to fill the lack of scientific data on this subject.

MATERIALS AND METHODS

Type of Study

Study designed cross sectional analysis of a survey. A web-based survey was applied in Turkey over the Internet.

Sampling

This study was carried out from January to September 2019 with participants (n= 406) 205 female ($M_{age}=36,77\pm7.92$) and 201 man ($M_{age}=40,28\pm8.39$) who were 18 or older.

Data Collection

Present study designed cross sectional analysis of a survey. The 25-question survey was administered to man and the 31-question survey was administered to female to learn specific information about cigarette smoke such as active or passive smoking, smoking status (never/former/current,), smoking intensity (pack/day). In addition, age, sex, nutrition habits, physical activity in study group were also recorded. Current smokers were divided into 3 categories according to daily consumption; 1 to 9 cigarettes/day, 10 to 19 cigarettes/day, and ≥ 20 cigarettes/day. In addition, information of disease (Hypertension/Diabetes), body weight and height were recorded. BMI, defined as the weight in kilograms divided by the square of the height in meters, was calculated and subjects were classified as underweight, normal, overweight, or obese according to WHO criteria (WHO, 2019).

Data Analysis

BMI of participants exposed to smoking was calculated and compared with BMI results of the healthy, non-smokers controls who were not exposed to any tobacco products passively. The datas were analyzed using Statistical Package for the Social Sciences, the statistical program. Frequency and percentage analyses have been used for analyzing participants' demographic characteristics and mean scores from the measurement tools. T-test analyses have been performed to compare of two related groups to determine whether there is a statistically significant difference. Analysis of variance (ANOVA) is used to check if the means of two or more groups are significantly different from each other. A Chi-square test is used to analyze categorical datas. A *p* value less than 0.05 was considered as statistical significant.

Ethic

The collection of the questionnaires were based on a formal consent form approved by the Ethical Committee of the Afyon Kocatepe University Scientific Research (document number 2019/35). Consent form was received from all participants.

RESULTS

Baseline characteristics from participants was shown Table 1 about a 59.67% of the male and a 21.76 % of the female were current smokers. Characteristics of BMI from 406 participants (205 female and 201 male) are shown in Table 2 BMI was calculated as kg/m^2 by sex for each group. Male were more frequently obese or overweight (46.6%) than female (41.6%). According to t-test results with a

95% confidence interval duration of gender and BMI relationship was statistically significant in female ($p=0.048$) and non-significant male ($p=0.438$).

Table 1. Characteristics from Participants

Gender	n	Age (Mean±Std)	Smoker	Nonsmoker
Female	205	36.77±7.92	21.76%	78.24%
Male	201	40.28±8.39	59.67%	40.33%

Table 2. Characteristics of Body Mass Index (BMI) from Participants (n=406)

Gender	Study group	Underweight (n=) n=(%)	Normal (n=) n=(%)	Overweight (n=) n=(%)	Obesity		Missing	p Value
					Class 1 (n=) n=(%)	Class 2 (n=) n=(%)		
Female	205	8 %3.9	101 %48.8	53 %25.6	25 %12.1	8 %3.9	12 %5.8	$p=0.048$
Male	201	9 %4.4	63 %30.9	63 %30.9	29 %14.2	3 %1.5	37 %18.1	$p=0.438$

Baseline characteristics of participants was shown in Table 3. The association between physical activity and BMI was non-significant ($p=0.078$). In addition, the association between alcohol consumption and BMI was significant ($p=0.013$). The participants were also responded about do they think overweight/obese and do they think weight gain despite their regular/balanced diet. We assessed the association between thinking overweight/obese or weight gain despite their regular/balanced diet and BMI. We evaluate that both of them was statistically significant ($p=0.000$). In addition, when we ask do you think you are obese or overweight majority of participants (Female: 40.6%; Male: 49.5%) answered no. The majority of those who do not think they are obese are 34.1% normal weight. Also we assessed the association between hypertension/diabetes and overweight/obesity ($p=0.013$).

Associations between BMI and smoking habits among study group (n=406) was shown Table 4. We evaluated the association between cigarette smoking and BMI. The most valuable result of this study is that there were no statistical differences found between duration of smoking and BMI ($p=0.152$). The association between cigarettes smoked per day and BMI was non-significant ($p=0.286$). Also the association between passive exposure (home/workplace) and BMI was non-significant (respectively $p=0.082$, $p=0.954$). Among study group, we found that no significant association between the duration of cigarettes or number of cigarettes smoked daily and obesity was found.

Table 3. Baseline Characteristics of Study Group (n=406)

	Study group	Female	Male	Underweight (n=) n=(%)	Normal (n=) n=(%)	Overweight (n=) n=(%)	Obesity Class 1	Obesity Class 2
Physical activity*								
Per day walks <1 hours	123 %29.9	63 %30.4	60 %29.4	4 %1.6	40 %16.1	37 %14.9	19 %7.6	4 %1.6
Per day walks 1-2 hours	77 %18.7	34 %16.4	43 %21.1	3 %1.2	29 %11.6	16 %6.4	13 %5.2	0
Per day walks 2-4 hours	30 %7.3	15 %7.2	15 %7.4	0	9 %3.6	8 %3.2	4 %1.6	2 %0.8
Per week walks a few hours	43 %10.5	24 %11.6	19 %9.3	3 %1.2	15 %6.0	13 %5.2	8 %3.2	1 %0.4
Per month walks a few hours	24 %5.8	13 %6.3	11 %5.4	1 %0.4	8 %3.2	8 %3.2	2 %0.8	2 %0.8
Missing	114 %27.7	58 %28.0	56 %27.5					
Alcohol consumption **								
Never	237 %57.7	132 %63.8	105 %51.5	7 %2.8	83 %33.5	65 %26.2	38 %15.3	9 %3.6
Occasionally	19 %4.6	5 %2.4	14 %6.9	3 %1.2	5 %2.0	10 %4.0	0	0
Daily	39 %9.5	12 %5.8	27 %13.2	1 %0.4	12 %4.8	6 %2.4	9 %3.6	0
Missing	116 28.2	58 %28.0	58 %28.4					
Do you think overweight/obese? *								
No	79 %40.6	101 %49.5	10 %4.1		84 %34.1	47 %19.1	8 %3.3	1 %0.4
Yes	63 %30.4	46 %22.5	1 %0.4		13 %5.3	35 %14.2	39 15.9	8 %3.3
Missing	60 %29.0	57 %27.9						
Do you think weight gain despite your regular/balanced diet? **								
No	99 %47.8	118 %57.8	10 %4.0		86 %34.7	56 %22.6	21 %8.5	4 %1.6
Yes	50 %24.2	30 %14.7	1 %0.4		15 %6	24 %9.7	26 %10.5	5 %2.0
Missing	58 %28	56 %27.5						
Hypertension ***								
No								
Yes	3 %1.4	3 %1.5	0		1 %0.9	1 %0.9	3 %2.6	0
Diabetes ***								
No								
Yes	6 %2.9	2 %1	0		1 %0.9	2 %1.7	1 %0.9	2 %1.7
Healthy	58 %28	58 %28.4	7 %6.0		35 %30.2	47 %40.5	11 %9.5	5 4.3
Missing	140 %67.6	141 %69.1						

*p=0.000, **p=0.000, ***p=0.013

Table 4. Relationship between Smoking and Body Mass Index (BMI) from Study Group (n=406).

	Underweight (n=) n=(%)	Normal (n=) n=(%)	Overweight (n=) n=(%)	Obesity Class 1 (n=) n=(%)	Obesity Class 2 (n=) n=(%)
Duration of smoking (years) ¶					
Never	7 %2.1	75 %27.7	49 %14.8	25 %7.6	7 %2.1
Former	1 %0.3	20 %6.1	12 %3.6	6 %1.8	0
3 month	0	5 %1.5	0	0	0
6-1 years	0	2 %0.6	0	0	0
1-5 years	0	6 %1.8	4 %1.2	3 %0.9	0
5-10 years	0	8 %2.4	14 %4.2	1 %0.3	0
10-15 years	0	9 %2.7	6 %1.8	3 %0.9	0
15-20 years	1 0.3	6 1.8	7 %2.1	8 %2.4	1 %0.3
>20	5 %1.5	12 %3.6	12 3.6	6 1.8	3 %0.9
Number of cigarettes (per day) ϕ					
<10	0	31 %10.1	20 %6.5	7 %2.3	1 %0.3
10-20	1 %0.3	12 %3.9	10 %3.3	8 %2.6	1 %0.3
>20	3 %1	9 %2.9	11 3.6	9 %2.9	2 0.7
Passive exposure					
Home †					
No	4 %1.4	67 %24.2	53 %19.1	35 %12.6	4 %1.4
Yes	9 %3.2	47 %17	39 14.1	14 %5.1	5 1.8
Workplace λ					
No	5 %2.1	55 23.2	39 %16.5	22 %9.3	4 %1.7
Yes	7 %3	48 %20.3	35 14.8	19 %8	3 %1.3

¶ p=0.152, ϕ p=0.286, † p=0.082, λ p=0.954

DISCUSSIONS

Recent years remarkable number of studies investigate that relationship between smoking exposure and prevalence of overweight or obesity (Lv et al. 2015; Watanabe et al. 2016; Sun et al. 2019). In this study, we present the first comprehensive study regarding the impact of cigarette smoking on BMI result, compared with healthy nonsmokers. In an adult Turkish population, we found that among smokers BMI not increased with number of cigarettes smoked. While these findings are concordant with

previous studies that analyzed a relationship between cigarette smoking and BMI (Dare et al., 2015; Courtemanche, Tchernis and Ukert, 2018; Sun et al. 2019). Also Winsløw, Rode and Nordestgaard (2015) study result show that tobacco smoking causes lower BMI among current smokers. According to the national health interview survey datas Healton, Vallone, McCausland, Xiao and Green (2006) indicate that adult people in the United States who smoke and are obese is relatively low. However, Lv et al. (2015) reported that tobacco smoking could be an important risk factor for obesity. In addition, epidemiological and experimental researches related to smoking or nicotine exposure and obesity or metabolic disorders at any age. According to the Behl et al. (2013) analyse 83 in humans and 18 in animals a totally 101 studies were a positive association between smoking exposure and overweight or obesity (Behl et al., 2013).

CONCLUSION

Finally, evaluating current epidemiological datas support a positive association between maternal smoking and increased risk of obesity or overweight in offspring. Active or passive exposure to tobacco smoke is also a significant source of toxic chemicals exposure. People to be encouraged to never take up smoking. In this study, in an adult Turkish population, we found that BMI not increased with smoking. In future taking into consideration the health of mother and child, a new studies should be made in Turkey aimed to investigate the relationship maternal or paternal smoking exposure and childhood overweight or obesity.

Conflicts of interest

The authors declare no conflict of interest.

Funding Sources

No financial support was received in the study.

REFERENCES

- Amisola, R. V., Jacobson, M. S. (2003). Physical activity, exercise, and sedentary activity: Relationship to the causes and treatment of obesity. *Adolescent Medicine Clinics*, 14(1), 23.
- Behl, M., Rao, D., Aagaard, K., Davidson, T. L., Levin, E. D., Slotkin, T. A., Thayer, K. A. (2013). Evaluation of the association between maternal smoking, childhood obesity, and metabolic disorders: a national toxicology program workshop review. *Environmental health perspectives*, 121(2), 170-180.
- Chiolero, A., Faeh, D., Paccaud, F., Cornuz, J. (2008). Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance. *The American journal of clinical nutrition*, 87(4), 801-809.
- Courtemanche, C., Tchernis, R., Ukert, B. (2018). The effect of smoking on obesity: Evidence from a randomized trial. *Journal of health economics*, 57, 31-44.
- Dare, S., Mackay, D. F., Pell, J. P. (2015). Relationship between smoking and obesity: a cross-sectional study of 499,504 middle-aged adults in the UK general population. *PLoS one*, 10(4), e0123579.
- Dare, S., Mackay, D. F., Pell, J. P. (2017). Correction: Relationship between smoking and obesity: A cross-sectional study of 499,504 middle-aged adults in the UK general population. *PLoS one*, 12(2), e0172076.
- Gao, Y. J., Holloway, A. C., Zeng, Z. H., Lim, G. E., Petrik, J. J., Foster, W. G., Lee, R. M. (2005). Prenatal exposure to nicotine causes postnatal obesity and altered perivascular adipose tissue function. *Obesity research*, 13(4), 687-692.
- Ginawi, I. A., Bashir, A. I., Alreshidi, Y. Q., Dirweesh, A., Al-Hazimi, A. M., Ahmed, H. G., Ahmed, M. H. (2016). Association between obesity and cigarette smoking: A community-based study. *Journal of Endocrinology and Metabolism*, 6(5), 149-153.
- Göney G. (2019). Does maternal smoke exposure has an obesogenic effect of childhood? *Turkish Journal of Public Health*, 17(2):217-220.
- Göney, G. (2016). Obesogens, *International Peer-Reviewed Journal of Nutrition Research*, 56-70.
- Grün, F., Blumberg, B. (2006). Environmental obesogens: organotins and endocrine disruption via nuclear receptor signaling. *Endocrinology*, 147(6), s50-s55.

- Grün, F., Blumberg, B. (2007). Perturbed nuclear receptor signaling by environmental obesogens as emerging factors in the obesity crisis. *Reviews in Endocrine and Metabolic Disorders*, 8(2), 161-171.
- Grün, F., Blumberg, B. (2009). Endocrine disruptors as obesogens. *Molecular and cellular endocrinology*, 304(1-2), 19-29.
- Healton, C. G., Vallone, D., McCausland, K. L., Xiao, H., Green, M. P. (2006). Smoking, obesity, and their co-occurrence in the United States: cross sectional analysis. *Bmj*, 333(7557), 25-26.
- Irigaray, P., Ogier, V., Jacquenet, S., Notet, V., Sibille, P., Méjean, L., Yen, F. T. (2006). Benzo [a] pyrene impairs β -adrenergic stimulation of adipose tissue lipolysis and causes weight gain in mice: A novel molecular mechanism of toxicity for a common food pollutant. *The FEBS journal*, 273(7), 1362-1372.
- Johnson, M. D., Kenney, N., Stoica, A., Hilakivi-Clarke, L., Singh, B., Chepko, G., Reiter, R. (2003). Cadmium mimics the in vivo effects of estrogen in the uterus and mammary gland. *Nature medicine*, 9(8), 1081.
- Kaats, G. R., Blum, K., Fisher, J. A., Adelman, J. A. (1996). Effects of chromium picolinate supplementation on body composition: a randomized, double-masked, placebo-controlled study. *Current Therapeutic Research*, 57(10), 747-756.
- Kaats, G. R., Blum, K., Pullin, D., Keith, S. C., Wood, R. (1998). A randomized, double-masked, placebo-controlled study of the effects of chromium picolinate supplementation on body composition: a replication and extension of a previous study. *Current Therapeutic Research*, 59(6), 379-388.
- Kieser, J. A., Groeneveld, H. T., Da Silva, P. C. (1997). Dental asymmetry, maternal obesity, and smoking. *American Journal of Physical Anthropology*, 102(1), 133-139.
- Kim, Y., Jeong, S. M., Yoo, B., Oh, B., Kang, H. C. (2016). Associations of smoking with overall obesity, and central obesity: a cross-sectional study from the Korea National Health and Nutrition Examination Survey (2010-2013). *Epidemiology and health*, 38.
- Lv, J., Chen, W., Sun, D., Li, S., Millwood, I. Y., Smith, M., Tan, Y. (2015). Gender-specific association between tobacco smoking and central obesity among 0.5 million Chinese people: the China Kadoorie Biobank Study. *PloS one*, 10(4), e0124586.
- Marrero, M. B., Lucas, R., Salet, C., Hauser, T. A., Mazurov, A., Lippiello, P. M., Bencherif, M. (2010). An $\alpha 7$ nicotinic acetylcholine receptor-selective agonist reduces weight gain and metabolic changes in a mouse model of diabetes. *Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 332(1), 173-180.
- McConnell, R., Gilliland, F., Goran, M., Allayee, H., Hricko, A., Mittelman, S. (2016). Does near-roadway air pollution contribute to childhood obesity?. *Pediatric obesity*, 11(1), 1.
- Newbold, R. R., Padilla-Banks, E., Snyder, R. J., Jefferson, W. N. (2007). Perinatal exposure to environmental estrogens and the development of obesity. *Molecular nutrition & food research*, 51(7), 912-917.
- Newbold, R. R., Padilla-Banks, E., Jefferson, W. N. (2009). Environmental estrogens and obesity. *Molecular and cellular endocrinology*, 304(1-2), 84-89.
- Onakpoya, I., Posadzki, P., Ernst, E. (2013). Chromium supplementation in overweight and obesity: a systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *Obesity reviews*, 14(6), 496-507.
- Oken, E., Levitan, E. B., Gillman, M. W. (2008). Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta-analysis. *International journal of obesity*, 32(2), 201-210.
- Padilla, M. A., Elobeid, M., Ruden, D. M., Allison, D. B. (2010). An examination of the association of selected toxic metals with total and central obesity indices: NHANES 99-02. *International journal of environmental research and public health*, 7(9), 3332-3347.
- Pérez-Ferrer, C., Jaccard, A., Knuchel-Takano, A., Retat, L., Brown, M., Kriaucioniene, V., Webber, L. (2018). Inequalities in smoking and obesity in Europe predicted to 2050: findings from the EConDA project. *Scandinavian journal of public health*, 46(5), 530-540.
- Power, C., Jefferis, B. J. (2002). Fetal environment and subsequent obesity: a study of maternal smoking. *International journal of epidemiology*, 31(2), 413-419.
- Sun, Q., Yue, P., Deuliis, J. A., Lumeng, C. N., Kampfrath, T., Mikolaj, M. B., Brook, R. D. (2009). Ambient air pollution exaggerates adipose inflammation and insulin resistance in a mouse model of diet-induced obesity. *Circulation*, 119(4).
- Sun, M., Jiang, Y., Sun, C., Li, J., Guo, X., Lv, Y., Jin, L. (2019). The associations between smoking and obesity in northeast China: a quantile regression analysis. *Scientific reports*, 9(1), 3732.
- Tomasi, D., Wang, G. J., Wang, R., Backus, W., Geliebter, A., Telang, F., Volkow, N. D. (2009). Association of body mass and brain activation during gastric distention: implications for obesity. *PloS one*, 4(8), e6847.
- Toschke, A., Koletzko, B., Slikker, W., Hermann, M., von Kries, R. (2002). Childhood obesity is associated with maternal smoking in pregnancy. *European journal of pediatrics*, 161(8), 445-448.
- Watanabe, T., Tsujino, I., Konno, S., Ito, Y. M., Takashina, C., Sato, T., Nakamura, H. (2016). Association between smoking status and obesity in a nationwide survey of Japanese adults. *PloS one*, 11(3), e0148926.

- Wenger, D., Gerecke, A. C., Heeb, N. V., Schmid, P., Hueglin, C., Naegeli, H., Zenobi, R. (2009). In vitro estrogenicity of ambient particulate matter: contribution of hydroxylated polycyclic aromatic hydrocarbons. *Journal of Applied Toxicology*, 29(3), 223-232.
- Wilson, B. E., Gandy, A. (1995). Effects of chromium supplementation on fasting insulin levels and lipid parameters in healthy, non-obese young subjects. *Diabetes research and clinical practice*, 28(3), 179-184.
- Winsløw, U. C., Rode, L., Nordestgaard, B. G. (2015). High tobacco consumption lowers body weight: a Mendelian randomization study of the Copenhagen General Population Study. *International journal of epidemiology*, 44(2), 540-550.
- World Health Organization. (2019). Health Topics Obesity 2019. Retrieved from <https://www.who.int/topics/obesity/en/>.
- Xu, X., Liu, C., Xu, Z., Tzan, K., Zhong, M., Wang, A., Sun, Q. (2011). Long-term exposure to ambient fine particulate pollution induces insulin resistance and mitochondrial alteration in adipose tissue. *Toxicological Sciences*, 124(1), 88-98.
- Yan, Z., Zhang, H., Maher, C., Arteaga-Solis, E., Champagne, F. A., Wu, L., Miller, R. L. (2014). Prenatal polycyclic aromatic hydrocarbon, adiposity, peroxisome proliferator-activated receptor (PPAR) γ methylation in offspring, grand-offspring mice. *PloS one*, 9(10), e110706.
- Yeh, H. C., Duncan, B. B., Schmidt, M. I., Wang, N. Y., Brancati, F. L. (2010). Smoking, smoking cessation, and the risk for type 2 diabetes mellitus: a cohort study. *Annals of internal medicine*, 152(1), 10.

Konya’da Sağlık Çalışanlarının Mülteci ve Sığınmacılara Bakış Açısının Değerlendirilmesi

Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ¹  Serap BATI² 

¹ NEÜ Meram Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Konya, Türkiye, kendirci68@hotmail.com

² NEÜ Seydişehir Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye, s.bati@erbakan.edu.tr
(Sorumlu Yazar/ Corresponding Author)

Makale Bilgileri

ÖZ

Makale Geçmişi

Geliş: 25.02.2020

Kabul: 10.07.2020

Yayın: 25.08.2020

Anahtar Kelimeler:

Mülteci,
Sağlık Çalışanı,
Sığınmacı.

Ülkemizin çeşitli bölgelerinde giderek artan sığınmacılar, sosyoekonomik sorunların yanı sıra sağlık sisteminde de sorunların yaşanmasına neden olmaktadır. Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının toplum yaşamı ve sağlık hizmetleri boyutunda mülteci ve sığınmacılara bakış açısının değerlendirilmesi amaçlandı. Betimsel tipteki bu araştırmanın evrenini Konya merkez ilçelerinde bulunan hastane acil servis ve polikliniklerinde ve aile sağlığı merkezlerinde çalışanlar oluşturdu. Çalışma öncesi gerekli izinler alındı. Veriler araştırmacılar tarafından hazırlanan bir anket yardımıyla toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 23.0 istatistik programı kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edildi. Çalışmaya toplam 1254 sağlık çalışanı katıldı. Çalışanların %49,7’si lisansüstü, %21,2’si lisans eğitimi almıştı. Kişilerin %53,5’i kadın, %78,1’i evliydi ve ortalama yaşları $36,06 \pm 8,83$ ’ idi. Katılımcıların %48,2’si hekim, %38,6’sı hemşireydi. Çalışmaya katılanların %49,0’u birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapmaktaydı. %54,9’u 1-5 yıldır çalışmaktaydı. Kişilerin %55,0’i sağlığı ve iyi yaşaması için yeterli yaşam standartlarına sahip olmadıklarını, %58,6’sı mülteci ve sığınmacıların toplumun sağlığını, %71,6’sı sağlık hizmet politikasını olumsuz yönde etkilediğini, %69,2’si sağlık bakım gereksinimlerinin iş yükünü artırdığını ifade etti. Sağlık çalışanlarının %48,3’ü mülteci ve sığınmacıların kurumu gereksiz yere kullanmakta olduklarını, %54,6’sı çalışma ortamını olumsuz yönde etkilediğini düşündüğünü ifade etti. Katılımcıların %85,9’u mülteci ve sığınmacılarla iletişim kurmakta güçlük yaşadığını, %72,1’i kişisel hijyenlerinin yetersiz olduğunu, %56,3’ü sağlıksız yaşam koşulları sebebi ile bulaşıcı hastalık oranlarının yüksek olduğunu ifade etti. Sağlık çalışanları mülteci ve sığınmacılara hizmet verirken en sık karşılaştıkları sorunun dil sorunu olduğunu ifade etti. Sağlık hizmet planlaması yapılırken, sağlık çalışanları ile mülteci ve sığınmacılar arasında sağlık hizmetinin önündeki büyük engellerden biri olarak görülen dil sorunun göz önünde bulundurulmasının hizmet kalitesini arttıracığı düşünülmektedir.

Evaluation of The View on Refugees and Asylum-Seekers by Healthcare Professionals in Konya

Article Info

ABSTRACT

Article History

Received: 25.02.2020

Accepted: 10.07.2020

Published: 25.08.2020

Keywords:

Asylum-seeker,
Health
Personnel,
Refugee,

The asylum-seekers gradually increase in different regions of our country and causes some problems in healthcare system. The aim of the present study was to evaluate the perspective of healthcare professionals about refugees and asylum-seekers in terms of healthcare services. The universe of this descriptive research consisted of the employees in emergency department and polyclinics as well as family practitioner and family health center employees. The permissions required before the study were obtained. The data was collected through a questionnaire prepared by the researchers. Data evaluation was performed by SPSS for Windows 23.0 statistics program. Statistical significance level was accepted $p < 0.05$. Totally 1,254 healthcare professionals participated into the study. Among the employees, 49.7% of them were post-graduated whereas 21.2% were undergraduated; 53.5% of the participants were female and 78.1% of them were married. Age average of the participants was 36.03 ± 8.83 . The employees consisted of physicians and nurses by 48.2% and 38.6%, respectively. Primary healthcare services employees were 49.0% of the participants. 54.9% of the patients were working for 1 to 5 years. Among the participants, 55.0% expressed that they do not have sufficient life standards for health and well-being; 58.6% stated that refugees and asylum-seekers affect community health negatively; 71.6% reported that healthcare services policy is affected negatively; and 69.2% expressed that healthcare requirements of this population increase the workload. According to the views of the participants, 48.3% considered that the refugees and asylum-seekers use the institution needlessly, and 54.6% considered that they affect the working environment negatively. 85.9% of the participants experienced difficulty to communicate the refugees and asylum-seekers, and 56.3% them stated higher rates of infectious diseases due to unhealthy living conditions. Healthcare professionals expressed the most common problem during providing services to the refugees and asylum-seekers was language. Consideration of language problem which is considered as one of the most significant obstacles between the healthcare professionals and refugees and asylum-seekers for healthcare services would increase the quality of the services.

Atıf/Citation: Küçükkendirci, H. & Batı, S. (2020). Konya’da sağlık çalışanlarının mülteci ve sığınmacılara bakış açısının değerlendirilmesi. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 28-39.



“This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0)”

GİRİŞ

Bireylerin ya da grupların, sosyal, ekonomik, kültürel ve siyasi nedenlerden dolayı yaşamlarını sürdürdükleri yerden, hayatlarının tamamını ya da bir kısmını geçirmek üzere başka yere yerleşmek koşuluyla yer değiştirmeleri, göç olarak tanımlanmaktadır (Gümüş ve Bilgili, 2015). Mülteci; “ırkı, dini, milliyeti, belli bir sosyal gruba mensubiyeti veya siyasi düşünceleri nedeniyle zulüm göreceği konusunda haklı bir korku taşıyan ve bu yüzden ülkesinden ayrılan, korkusu nedeniyle geri dönemeyen/dönmek istemeyen, başka bir ülkeye sığınma talebinde bulunan ve talebi o ülke tarafından kabul edilen kişidir. Sığınmacı ise; “mülteci statüsü almaya yönelik başvurusu henüz karara bağlanmamış kişiler” olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda, henüz başvuru yapmamış veya başvurusu hakkında cevap bekleyen kişiler de sığınmacı statüsünde görülmektedir (BMMYK, 2001).

Küreselleşme ile birlikte, yoksulluk, doğal afetler, siyasi işkence, bölgesel çatışmalar, çevre kirliliği, yozlaşma, ayrımcılık, temel ihtiyaçlara ulaşım güçlükleri, iş ya da eğitim açısından yeni fırsat arayışları gibi nedenler ile göç edenlerin sayısı giderek artmaktadır (UNCHR, 2015). Dünyada yaklaşık bir milyar göçmen yer alırken bu kişilerin 244 milyonu uluslararası göç nedeniyle doğdukları ülkeden farklı bir ülkede yaşamaktadır (WHO, 2016). Türkiye her zaman çeşitli sebeplerle ülkelerini terk etmek durumunda kalan sığınmacı, mülteci ve göçmenler için sığınılacak bir ülke konumunda olmuştur. Çok sayıda Suriye Arap Cumhuriyeti vatandaşı 2011 yılının Mart ayından itibaren Türkiye’ye sığınmıştır (Connor ve Krogstad, 2016). Ülkemiz, uluslararası koruma talebinde bulunan bu kişilere ‘geçici koruma’ sağlamaktadır. Türkiye Cumhuriyeti insani yardım ihtiyacı bulunan Suriye vatandaşlarının başta can güvenliğini sağlayarak bu kişiler için ‘açık kapı politikası’ uygulamaktadır. Türkiye’de sığınmacılara yönelik sunulan yardımların başında barınma, güvenlik, beslenme, eğitim ve sağlık hizmetleri bulunmaktadır (Gültaş ve Balçık, 2018).

Ülkemizde yasal dayanaklar çerçevesinde mülteci ve sığınmacılara sağlık hizmeti verilmektedir. Mülteci ve sığınmacılar içinde buldukları yaşam koşulları nedeni ile; kronik hastalıklar, diş sağlığı sorunları, fiziksel şiddet ve buna bağlı yaralanmalar, cinsel istismar HIV/AIDS dahil cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, istenmeyen gebelikler, riskli gebelikler, düşükler, doğum komplikasyonları, tüberküloz, hepatit gibi enfeksiyon hastalıkları, İshal, kızamık, sıtma, solunum yolu enfeksiyonları vb. bulaşıcı hastalıklar, çocuklarda büyüme ve gelişme gerilikleri, beslenme bozuklukları, anemi, depresyon, post travmatik stres bozukluğu, psikosomatik şikayetler, anksiyete, uyku bozuklukları gibi sağlık sorunları yaşamaktadırlar (Türkiye Göç Raporu, 2015).

Ülkemizin çeşitli bölgelerinde giderek artan sığınmacılar, sosyo-ekonomik sorunların yanı sıra sağlık sisteminde de sorunların yaşanmasına neden olmaktadır. Mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi ile ilgili birçok çalışma mevcut iken sağlık çalışanlarının mülteci ve sığınmacılara bakış açısının belirlenmesi ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının toplum yaşamı ve sağlık hizmetleri boyutunda mülteci ve sığınmacılara bakış açısının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu amaca yönelik olarak; sağlık çalışanlarının mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerinden yararlanma durumlarının yeterli olup olmadığı, toplumun kültürel yaşamında hoşgörü ve saygı çerçevesinde yaşayıp yaşamadıkları, kendisinin ve ailesinin sağlığı ve iyi yaşaması için yeterli yaşam standartlarına sahip olup olmadıkları, ülkemizdeki sağlık hizmet politikasını olumsuz yönde etkileyip etkilemedikleri, sağlık çalışanlarının iş yüklerini artırıp artırmadıkları sorularına yanıt aranmaktadır.

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Betimsel tip.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Betimsel tipteki araştırmanın evrenini; Konya ili merkez ilçelerinde bulunan hastane acil servis ve polikliniklerinde ve aile sağlığı merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanları oluşturmuştur. Araştırmada gönüllülük esas alınmış ve toplam 1273 sağlık çalışanı çalışmaya katılmıştır. Anket sorularına tam yanıt veren 1254 kişi değerlendirmeye alınmıştır.

Veri Toplama Araçları ve Süreçleri

Araştırmanın verileri araştırmacılar tarafından hazırlanan anket yardımıyla toplanmıştır. Anket formu; çalışmaya katılan kişilerin sosyo-demografik verileri, mülteci ve sığınmacıların toplumdaki yeri ve statüleri, sağlık hizmetinden yararlanma durumları ile ilgili görüşleri, mülteci ve sığınmacılara verilen sağlık hizmetinin çalışma ortamlarına etkileri ile ilgili görüşlerini belirlemeye yönelik oluşan toplam 21 sorudan oluşmaktadır. Sorularda, kişilerin görüşlerini "1-Kesinlikle Katılmıyorum" ile "5-Kesinlikle Katılıyorum" arasında bir puanla belirtmeleri istenmiştir.

Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS for Windows 23.0 istatistik programı kullanılmıştır. Veri analizinde, betimleyici istatistikler yanında, t testi, One-Way ANOVA Testi ve post hoc Tukey testi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Etik

Araştırma verileri gerekli izinler alındıktan sonra toplanmaya başlanmıştır. Araştırma öncesinde sağlık çalışanlarına çalışma ile ilgili bilgilendirme yapılmış ve sözlü onamları alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya toplam 1254 sağlık çalışanı katılmıştı. Çalışanların %49,7'si lisansüstü, %21,2'si lisans eğitimi almıştı, %48,2'si hekim, %38,6'sı hemşire/ebeydi. Çalışmaya katılanların %49,0'u 1.basamak, %13,9'u 2.basamak, %28,3'ü 3.basamak, %8,8'i de özel hastanelerde görev yapmaktaydı. %54,9'u 1-5 yıldır çalışmaktaydı. Kişilerin %53,5'i kadın, %46,5'i erkek, %78,1'i evliydi ve ortalama yaşı $36,06 \pm 8,83$ 'tür (Tablo 1).

Tablo 1. Çalışmaya Katılan Kişilerin Sosyo-Demografik Verileri

Değişkenler	n	%	
Cinsiyet	Erkek	671	53,5
	Kadın	583	46,5
	Toplam	1254	100,0
Medeni Durumları	Evli	980	78,1
	Bekar	274	21,9
	Toplam	1254	100,0
Eğitim Durumları	Lisansüstü	623	49,7
	Lisans	266	21,2
	Ön lisans	176	14,0
	Lise	189	15,1
	Toplam	1254	100,0
Meslek Grupları	Hekim	604	48,2

	Hemşire/Ebe	484	38,6
	Diğer	166	13,2
	Toplam	1254	100,0
Meslekte Çalışma Süreleri	1 yıldan az	162	12,9
	1-5 Yıl	689	54,9
	6-10 Yıl	178	14,2
	10 Yıl ve Üzeri	225	18,0
	Toplam	1254	100,0
Görev Yerleri	Birinci Basamak Sağlık Kuruluşları	614	49,0
	İkinci Basamak Sağlık Kuruluşları	174	13,9
	Üçüncü Basamak Sağlık Kuruluşları	355	28,3
	Özel Hastaneler	111	8,8
	Toplam	1254	100,0

Çalışmaya katılan kişilerin %55,0'i (n=689) sığınmacı ve mültecilerin toplumun kültürel yaşamında hoşgörü ve saygı çerçevesinde toplumla iç içe yaşamadıklarını, %23,5'i (n=295) bu konuda kararsız olduklarını ifade etmişlerdir. Sağlık çalışanlarının %55,0'i (n=701) sığınmacı ve mültecilerin kendisinin, ailesinin sağlığı ve iyi yaşaması için yeterli yaşam standartlarına sahip olmadıklarını, %58,6'sı (n=735) toplumun sağlığını olumsuz yönde etkilediklerini, %72,1'i (n=904) kişisel hijyenlerinin yetersiz olduğunu düşünmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Sağlık Çalışanlarının Mülteci ve Sığınmacıların Toplumdaki Yeri ve Statüleri ile İlgili Görüşleri

SORULAR	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Σ	X̄
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Hoşgörü ve saygı çerçevesinde toplumla iç içe yaşamaktadırlar.	356	28,4	333	26,6	295	23,5	173	13,8	97	7,7	1254	2,46
Yeterli yaşam standartlarına sahiplerdir.	340	27,1	361	28,8	225	17,9	193	15,4	135	10,8	1254	2,54
Kişisel hijyenleri yetersizdir.	59	4,7	80	6,4	211	16,8	398	31,7	506	40,4	1254	3,97
Toplumun sağlığını olumsuz yönde etkilemektedirler.	102	8,1	141	11,2	276	22,0	315	25,1	420	33,5	1254	3,65

Çalışmaya katılan kişilerin %34,2'si (n=436) sığınmacı ve mültecilerin sağlık ile ilgili gereksinimleri olduğunda nereye başvuracaklarını bilmediklerini, %40,7'si (n=510) sevk zincirinde aksaklıklar olduğunu ifade etmiştir. Sağlık çalışanlarının %71,6'sı (n=897) mülteci ve sığınmacılara verilen sağlık hizmetinin sağlık hizmet politikasını olumsuz yönde etkilediğini ifade etmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 3. Sağlık Çalışanlarının Mülteci ve Sığınmacıların Sağlık Hizmetinden Yararlanma Durumları ile İlgili Görüşleri

SORULAR	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Σ	X̄
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sağlıkla ilgili gereksinimleri olduğunda nereye başvuracaklarını bilmektedirler.	181	14,4	248	19,8	204	16,3	283	22,6	338	27,0	1254	3,28
Sağlık hakkından en üst düzeyde ayırım görmeksizin yararlanmaktadırlar.	88	7,0	107	8,5	152	12,1	336	26,8	571	45,5	1254	3,95
Bulaşıcı hastalık başvuruları yüksek orandadır.	71	5,7	129	10,3	349	27,8	357	28,5	348	27,8	1254	3,62
Verilen hizmette sevk zinciri sorunsuz işlemektedir.	297	23,7	213	17,0	315	25,1	214	17,1	215	17,1	1254	2,87
Sağlık hizmet politikamızı olumsuz yönde etkilemektedirler.	77	6,1	101	8,1	179	14,3	332	26,5	565	45,1	1254	3,96

Katılımcıların %48,3'ü (n=606) mülteci ve sığınmacıların kurumu gereksiz yere kullandıklarını, %69,1'i (n=867) onların sağlık bakım gereksinimlerinin iş yüklerini arttırdığını düşünmektedir. Kişilerin %54,6'sı (n=684) çalışma ortamlarının olumsuz yönde etkilendiğini, %85,9'u (n=1078) onlarla iletişim kurmakta güçlük çektiğini ifade etmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Sağlık Çalışanlarının Mülteci ve Sığınmacılara Verilen Sağlık Hizmetinin Çalışma Ortamlarına Etkileri ile İlgili Görüşleri

SORULAR	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Σ	X̄
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Sağlık bakım gereksinimleri iş yükümü arttırmaktadır.	90	7,2	143	11,4	154	12,3	285	22,7	582	46,4	1254	3,90
Kurumu gereksiz yere kullanmaktadırlar.	150	12,0	229	18,3	269	21,5	271	21,6	335	26,7	1254	3,33
Çalışma ortamım olumsuz yönde etkilenmektedir.	138	11,0	196	15,6	236	18,8	302	24,1	382	30,5	1254	3,47
Hizmet verirken onlarla iletişim kurmakta güçlük yaşıyorum.	59	4,7	34	2,7	83	6,6	300	23,9	778	62,0	1254	4,36
Verilen hizmette sevk zinciri iş yükümü azaltmaktadır.	422	33,7	240	19,1	353	28,1	134	10,7	105	8,4	1254	2,41

Diger arkadaşlarım mülteci ve sığınmacılara onuru zedeleyici davranışlarda bulunmaktadır.	712	56,8	263	21,0	135	10,8	66	5,3	78	6,2	1254	1,83
---	-----	------	-----	------	-----	------	----	-----	----	-----	-------------	-------------

Mülteci ve sığınmacıların yeterli yaşam standartlarına sahip olduğu ve toplumun sağlığını olumsuz etkilediği sorusuna kadınlar erkeklere göre daha yüksek puan vermişlerdir ($p=0,000$, $p=0,001$). Kadın çalışanlar mülteci ve sığınmacıların sağlık hakkından en üst düzeyde ve ayırım görmeksizin yararlandıklarını ve onların sağlık bakım gereksinimlerinin iş yüklerini arttırdığını düşünmektedirler ($p=0,000$, $p=0,002$) (Tablo 5).

Tablo 5. Çalışmaya Katılanların Sorulara Verdikleri Yanıtların Cinsiyet Göre Dağılımı ve T Testi Sonuçları

	Grup	N	Ortalama	Standart Sapma	t	df	p
Yeterli yaşam standartlarına sahiplerdir.	Kadın	671	2,70	1,37	4,722	1252	,000
	Erkek	583	2,35	1,23			
Sağlık hakkından en üst düzeyde ayırım görmeksizin yararlanmaktadır.	Kadın	671	4,08	1,18	4,055	1252	,000
	Erkek	583	3,80	1,29			
Toplumun sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir.	Kadın	671	3,75	1,22	3,384	1252	,001
	Erkek	583	3,51	1,31			
Sağlık bakım gereksinimleri iş yükümü arttırmaktadır.	Kadın	671	4,00	1,25	3,134	1252	,002
	Erkek	583	3,77	1,33			

Katılımcıların sorulara verdikleri ortalama puanların eğitim durumuna göre farklılaşp farklılaşmadığını test etmek amacı ile tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Mülteci ve sığınmacıların yeterli yaşam standartlarına sahip olma durumu, sağlıkla ilgili gereksinimleri olduğunda nereye başvuracaklarını bilmeleri ve kişisel hijyenleri yetersizdir sorularında anlamlı farklılık bulunmuş ve sonuçlar Tablo 6'de verilmiştir. Tabloya göre en yüksek ortalamanın lise mezunlarında ($X=2,931$, $X=3,636$, $X=4,161$) olduğu görülmektedir. Bunu sırası ile ön lisans ve lisans mezunları izlemekte ve en düşük ortalamaların lisansüstü mezunlarında ($X=2,324$, $X=3,093$, $X=3,833$) olduğu görülmektedir. Farklılığın kaynağını test etmek için Post hoc testlerinden Tukey testi kullanılmış ve farklılığın yönü lise ve lisansüstü olarak bulunmuştur.

Tablo 6. Çalışmaya Katılan Sorulara Verdikleri Yanıtların Eğitim Durumuna Göre Dağılımı ve Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Boyut	Eğitim Durumu	N	X^{-}	ss	F	p
Yeterli yaşam standartlarına sahiplerdir	Lisansüstü*	623	2,32	1,20	14,075	,000
	Lisans	266	2,58	1,37		
	Önlisans	176	2,81	1,40		
	Lise*	189	2,93	1,40		
Sağlıkla ilgili gereksinimleri olduğunda nereye	Lisansüstü*	623	3,09	1,41	8,990	,000
	Lisans	266	3,29	1,39		
	Önlisans	176	3,46	1,38		
	Lise*	189	3,63	1,37		

başvuracaklarını bilmektedirler.						
Kişisel hijyenleri yetersizdir	Lisansüstü*	623	3,83	1,12	6,706	,000
	Lisans	266	4,00	1,02		
	Önlisans	176	4,10	1,19		
	Lise*	189	4,16	1,08		

Tablo 7’de çalışmaya katılan kişilerin sorulara verdikleri yanıtlarda meslek gruplarına göre değişkenlik gösterenler verilmiştir. Mülteci ve sığınmacılar yeterli yaşam standartlarına sahiplerdir sorusunda en yüksek ortalamanın diğer sağlık personelinde (X=3,006), sağlık haklarından yararlanma durumu ve kişisel hijyenlerinin yetersizliği ile ilgili sorularda ise hemşire/ebelerde (X=3,006, X=4,152) olduğu görülmektedir. Hekimlerin en düşük ortalamalara (X=2,304, X=3,771, X=3.842) sahip olduğu görülmektedir. Farklılığın hekimlerden kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 7. Çalışmaya Katılan Sorulara Verdikleri Yanıtların Meslek Grubuna Göre Dağılımı ve Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Boyut	Meslek	N	\bar{X}	ss	F	p
Yeterli yaşam standartlarına sahiplerdir	Hekim*	604	2,30	1,19	23,090	,000
	Hemşire/Ebe	484	2,67	1,40		
	Diğer	166	3,00	1,35		
Sağlık haklarından en üst düzeyde ayırım görmeksizin yararlanmaktadır.	Hekim*	604	3,77	1,26	10,549	,012
	Hemşire/Ebe	484	4,15	1,18		
	Diğer	166	3,84	1,27		
Kişisel hijyenleri yetersizdir	Hekim*	604	3,81	1,12	15,711	,002
	Hemşire/Ebe	484	4,18	1,02		
	Diğer	166	3,87	1,25		

Tablo 8’de çalışmaya katılan kişilerin sorulara verdikleri yanıtlarda çalıştıkları kuruma göre değişkenlik gösterenler verilmiştir. Mülteci ve sığınmacıların sağlık haklarından yararlanma durumu ve çalışma ortamının olumsuz etkilendiği ile ilgili sorularda ise 2. basamak sağlık kuruluşlarında görev yapanların en yüksek ortalamaya (X=4,166, X=3,718) özel hastanelerde çalışanların en düşük ortalamalara (X=3,693, X=3,306) sahip olduğu görülmektedir. Farklılığın 2. Basamak sağlık kurumlarında çalışanlardan kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 8. Çalışmaya Katılan Sorulara Verdikleri Yanıtların Görev Yaptıkları Kuruma Göre Dağılımı ve Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Boyut	Çalıştığı Kurum	N	\bar{X}	ss	F	p
Sağlık haklarından en üst düzeyde ayırım görmeksizin yararlanmaktadır.	1.Basamak	614	4,00	1,30	4.699	,003
	2.Basamak*	174	4,16	1,09		
	3.Basamak	355	3,83	1,18		
	Özel Hastane	111	3,69	1,23		
Çalışma ortamım olumsuz yönde etkilenmektedir.	1.Basamak	614	3,50	1,46	3.602	,013
	2.Basamak*	174	3,71	1,22		
	3.Basamak	355	3,34	1,22		
	Özel Hastane	111	3,30	1,24		

Katılımcıların sorulara verdikleri ortalama puanların çalışma yılına göre farklılaşım farklılaşmadığını test etmek amacı ile tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Hiçbir soruda anlamlı farklılık tespit edilmemiştir.

TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarının toplum yaşamı ve sağlık hizmetleri boyutunda mülteci ve sığınmacılara bakış açısının değerlendirilmesini amaçladığımız çalışmada, katılımcıların %85,9'u (n=1091) onlarla iletişim kurmakta güçlük çektiğini ifade etmiştir. Akkoç ve arkadaşları (2017) sağlık kurumlarına başvuran mülteci ve sığınmacı hastalara sağlık hizmeti sunulurken sağlık çalışanlarının karşılaştığı sorunları tespit etmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, katılımcıların %61'i dil güçlüğünden dolayı iletişim kuramadıklarını, %27'si ise iletişim kurabildiklerini, %12'si kısmen iletişim kuramadıklarını belirtmiştir. Yıldırım'ın (2019) Suriyeli mültecilere bakım veren hemşire öğrencilerin deneyimlerini ve kültürlerarası duyarlılığını belirlemek amacı ile 15 stajyer öğrenci ile yaptığı çalışmasında, öğrencilerin yedisi iletişimde önemli düzeyde sorun yaşadığını, tercüman olmadan anlamadıklarını, her zaman tercüman olmadığını, Arapça bilen arkadaşlarının desteğini aldıklarını bildirmişlerdir. Konya'da yapılan bir başka çalışmaya göre; sağlık hizmetine ulaşamamanın temel nedeninin dil sorunları olduğu belirtilmiştir (Kara ve Akgün, 2015). Bu bulgular bizim çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Gürbüz ve Doğan (2017) Konya ilinde geçici eğitim merkezlerinde çalışan 8'i kadın 8'i erkek 16 Suriyeli sığınmacı öğretmenle görüşmüş, sığınmacıların dil yetersizliği nedeniyle sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamadıkları, tercümanlar aracılığıyla sorunlarını çözmeye çalıştıklarını bulmuştur.

Bireylerin mülteci ve sığınmacılara yönelik algılarına bakıldığında kişilerin %55,2'si sığınmacı ve mültecilerin toplumun kültürel yaşamında hoşgörü ve saygı çerçevesinde toplumla iç içe yaşamadıklarını, %56,1'i kendisinin, ailesinin sağlığı ve iyi yaşamaları için yeterli yaşam standartlarına sahip olmadıklarını, 742'si toplumun sağlığını olumsuz yönde etkilediklerini, %58,2'si kişisel hijyenlerinin yetersiz olduğunu düşünmektedir. Saçan ve arkadaşlarının (2017) Aydın halkının Suriyeli göçmenlere yönelik görüşlerini belirlemek amacı ile yaptıkları çalışmalarında kişilerin %51,7'si Suriyeli göçmenlerin sosyal yardıma ihtiyaçları olduğunu, %39,6'sı rehabilite edilip toplumla iç içe yaşamaları gerektiğini bildirmişlerdir. Ceneci ve Nazik (2018) sığınmacı ve mülteci kadınların yaşadığı sorunlar ve sunulan sağlık hizmetlerini inceledikleri çalışmalarında karşılaştıkları en önemli zorlukların iletişim, maddi olanaksızlıklar ve sağlık hizmetleri ile ilgili sorunlar olduğunu ifade etmişlerdir. Topkaya ve Akdağ 2016 yılında sosyal bilgiler öğretmen adaylarının görüşlerini aldıkları çalışmalarında, yöneltilen "Suriyeli sığınmacılardan hangi konularda rahatsızlık duyulmaktadır?" sorusuna aldıkları yanıtlar; Aşırı nüfusa sahip olmaları, çevreyi kirletmeleri, dilencilik yapmaları, trafiği aksatmaları ve kent dokusunu bozmaları şeklinde olmuştur.

Arslan ve arkadaşlarının (2018) Kilis ili bünyesine göç eden mültecilerin sağlık hizmetleri üzerindeki etkisi araştırılmak üzere sağlık hizmet sunucu ve planlayıcıları ile yaptıkları çalışmalarında, katılımcıların ortak olarak vurguladıkları konuların başında hizmetin yoğunluğu gelmektedir. Kişiler hizmet yoğunluğunun verimliliği etkilediğini ve kaliteli hizmet sunumunda tavizlere yol açtığını belirtmişlerdir. Çalışmamızda da bu bulgular ile benzer olarak kişiler; mülteci ve sığınmacıların sağlık bakım gereksinimlerinin iş yüklerini arttırdığını ve çalışma ortamlarını olumsuz yönde etkiledikleri ifade etmişlerdir. Eriş ve arkadaşları (2017) Şanlıurfa ilindeki Suriyeli Mülteci Kamplarının bulunduğu Suruç, Harran, Akçakale, Viranşehir ve Ceylanpınar ilçelerinde bulunan Sağlık Bakanlığına bağlı 5 ilçe hastanesinde görev yapmakta olan 350 hemşire ve ebe ile yaptıkları çalışmalarında duygusal tükenmişlik oranının 2,3 olarak bulmuşlardır.

Korkmaz (2014) sığınmacıların sağlık ve hemşirelik hizmetlerine yarattığı sorunları incelediği çalışmada mülteci ve sığınmacı sayısının fazla olmasının sağlık alanında risk oluşturması bakımından büyük önem taşıdığını, sığınmacıların yaşam koşulları açısından sağlık sorunları yaşadığı kadar buldukları toplumunda sağlığını olumsuz etkilediğini ifade etmiştir. Bizim çalışmamızda da benzer

olarak kişilerin %58,7'si toplumun sağlığını olumsuz yönde etkilediklerini, %56,1'i bulaşıcı hastalık başvurularının yüksek olduğunu düşündüklerini ifade etmiştir.

Beşer ve Kerman 2017 yılında yaptıkları çalışmalarında göçmenlerin sağlık hizmetine ulaşmada sıkıntı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamız bulguları ile benzerlik göstermemektedir.

Sağlık çalışanlarının %71,4'ü (n=906) mülteci ve sığınmacılara verilen sağlık hizmetinin sağlık hizmet politikamızı olumsuz yönde etkilediğini ifade etmişlerdir. Üç milyonu aşan Suriyelinin yoğun yaşadıkları yerlerde sağlık hizmeti ve diğer hizmetleri alırken karşılaştıkları sorunları engellemek ve bu hizmetlere daha kolay ulaşabilmelerini sağlamak amacıyla bu hükümlere dayanarak Halk Sağlığı Müdürlükleri'ne bağlı birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu "Göçmen Sağlığı Birimleri" oluşturmuştur. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu'nun Şubat 2017 tarihinde yayınladığı 2016 Faaliyet Raporu'ndan alınan verilere göre ülkemizde 17 ilde, 86 Göçmen Sağlığı Merkezi içerisinde 175 göçmen sağlığı birimi faaliyete geçirilmiştir (Halk Sağlığı Kurumu, 2017).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık çalışanları mülteci ve sığınmacıların;

- Toplumdaki yeri ve statüleri ile ilgili olarak; hoşgörü ve saygı çerçevesinde toplumla iç içe yaşamadıklarını, yeterli yaşam standartlarına sahip olmadıklarını, toplumun sağlığını olumsuz yönde etkilediklerini ve kişisel hijyenlerinin yetersiz olduğunu düşünmektedirler.

- Sağlık hizmetinden yararlanma durumları ile ilgili olarak; sağlık ile ilgili gereksinimleri olduğunda nereye başvuracaklarını bilmediklerini, sevk zincirinde aksaklıklar olduğunu ifade etmişlerdir. Mülteci ve sığınmacılara verilen sağlık hizmetinin sağlık hizmet politikamızı olumsuz yönde etkilediğini düşünmektedirler.

- Mülteci ve sığınmacılara verilen sağlık hizmetinin çalışma ortamlarına etkileri ile ilgili olarak; kurumu gereksiz yere kullandıklarını, sağlık bakım gereksinimlerinin iş yüklerini arttırdığını düşünmektedirler. Kişilerin büyük çoğunluğu çalışma ortamlarının olumsuz yönde etkilendiğini ve onlarla iletişim kurmakta güçlük çektiğini ifade etmişlerdir.

İletişim sorunun çözümü için öncelikli olarak sığınmacıların Türkçe öğrenmesini sağlamak, resmi tercümanları sağlık merkezlerinde istihdam etmek ve sığınmacı doktorları sağlık merkezlerinde istihdam etmek öneri olarak sunulmuştur.

Sağlık personellerinin çoğunluğu mülteci ve sığınmacı hastalarla farklı dilleri kullanmalarından dolayı hizmet sunumunda sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu sorunların giderilmesi noktasında;

- Kurum bünyesinde tercüman istihdam edilmesi veya mevcut tercüman bulunan kurumlardan ihtiyaç doğrultusunda görevlendirilmesi,

- Sığınmacıların Türkçe öğrenmesini sağlamak amacı ile Türkçe dil eğitimi kurslarının açılması ve yaygınlaştırılması,

- Sığınmacı doktorları sağlık merkezlerinde istihdam edilmesi

Mülteci ve sığınmacılar yaşam koşulları nedeni ile sağlık açısından diğer gruplara göre daha fazla risk altındadırlar. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hemşirelere, mevcut ve potansiyel risklerin belirlenerek bireylerin sağlıklarının geliştirilmesinde önemli roller düşmektedir.

KAYNAKLAR

- 2015 Türkiye Göç Raporu, *Göç Araştırmaları Dergisi*, 2 (3); 129-186.
- Akkoç S., Tok M. & Hasıripi A. (2017). Mülteci ve sığınmacı hastalara sağlık hizmeti sunulurken sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunlar, *Health Care Acad J* 4 (1), 23-27.
- Beşer A.& Kermen K.T. (2017). Göç eden bireylerin öncelikli sağlık sorunları ve sağlık hizmetlerine ulaşımdaki engeller, *Türkiye Klinikleri Dergisi* 3(3), 143-8.
- BMMYK. "Mültecilerin Korunması", *Uluslararası Mülteci Hukuku Rehberi. Parlamenterler İçin El Kitabı*, BM Mülteciler Yüksek Komiserliği Ofisi, 2001, Sayı: 2.
- Cenkci C. & Nazik E. (2018). Sığınmacı ve mülteci kadınların yaşadığı sorunlar ve sunulan sağlık hizmetleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 21(4), 293-299.
- Connor P. & Krogstad J.M. (2016). Key facts about the world's refugees. <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2016/10/05/key-facts-about-the-worlds-refugees/>
- Eriş H., Havlioğlu S., Küçüközkan Y. & Özmen S. (2017). Suriyeli mülteci kamplarının bulunduğu ilçelerde çalışan hemşire ve ebelerin tükenmişlik seviyesi: Şanlıurfa örneği. *USAYSAD Dergisi* 3(3), 326- 339.
- Gültaş A.S. & Balçık P.Y. (2018). Suriyeli sığınmacılara yönelik sağlık politikaları. *Sakarya Tıp Dergisi* 8 (2), 193-204.
- Gümüş Y. & Bilgili N. (2015). Göçün sağlık üzerindeki etkileri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 18(1), 63-67.
- Gürbüz S. & Duğan Ö. (2017). Sığınmacılarda sağlık iletişimi: Suriyeli öğretmenler üzerine bir çalışma. *Akademik Bakış Dergisi* 64, 479-490.
- Halk Sağlığı Kurumu 2016 Faaliyet Raporu, 2017, Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/7585.raporpdf.pdf?0>, (Erişim Tarihi:13/05/2020)
- Kara F. & Akgün N. (2015). Konya'ya yerleşen suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerinden yararlanmalarının önündeki engeller. *18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Kitabı. Konya*.
- Korkmaz A.Ç. (2014). Sığınmacıların sağlık ve hemşirelik hizmetlerine yarattığı sorunlar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 1 (1), 37-42.
- Saçan S., Cizdan G. & Tabak H.D. (2017). Aydın halkının Suriyeli göçmenlere yönelik bakış açısının incelenmesi. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 1 (1), 28-38.
- Topkaya Y. & Akdağ H. (2016). Sosyal bilgiler öğretmen adaylarının Suriyeli sığınmacılar hakkındaki görüşleri. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 7(1), 767-786.
- UNHCR. (2015). *UNHCR Mid-Year Trends 2015: United Nations High Commissioner for Refugees: The UN Refugee Agency*.
- WHO (2016). *Promoting the health of migrants: Report by The Secreteriat. Sixty-ninth World Health Assembly: World Health Organization*.
- Yıldırım G.J. (2019). Mültecilere bakım veren hemşire öğrencilerin deneyimleri: olgu bilim çalışması. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 28 (4), 264-27.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: The asylum-seekers gradually increase in different regions of our country and causes some problems in healthcare system. The aim of the present study was to evaluate the perspective of healthcare professionals about refugees and asylum-seekers in terms of healthcare services.

Methods: The universe of this descriptive research consisted of the employees in emergency department and polyclinics as well as family practitioner and family health center employees. The permissions required before the study were obtained. The data was collected through a questionnaire prepared by the researchers. Survey Form composes 21 questions which determine the views on the socio-demographic data of the participants, status and positions of refugees and asylum-seekers in society, their views on their healthcare usage situations and the effects of healthcare services provided to refugees and asylum-seekers on their working environments. The participants were asked to express their opinions with a score between "1-Strongly Disagree" and "5-Strongly Agree" in the questions. Data evaluation was performed by SPSS for Windows 23.0 statistics program. Statistical significance level was accepted $p < 0.05$.

Results: Totally 1,254 healthcare professionals participated into the study. Among the employees, 49.7% of them were post-graduated whereas 21.2% were undergraduated; 53.5% of the participants were female and 78.1% of them were married. Age average of the participants was 36.03 ± 8.83 . The employees consisted of physicians and nurses by 48.2% and 38.6%, respectively. Primary healthcare services employees were 49.0% of the participants. 54.9% of the patients were working for 1 to 5 years. 55.0% ($n = 689$) of the people who participated to the study stated that asylum-seekers and refugees did not live together with the society in the framework of tolerance and respect in the cultural life of the society, and 23.5% ($n = 295$) stated that they were undetermined about this matter. 55.0% ($n = 701$) of the healthcare personnel think that asylum-seekers and refugees do not have sufficient life standards for themselves and their families; 58.6% ($n = 735$) healthcare personnel think that asylum-seekers and refugees affected the health of the society negatively; 72%, 1 ($n = 904$) healthcare personnel think that their personal hygiene is insufficient. 34.2% ($n = 436$) of the people who participated to the study stated that asylum-seekers and refugees did not know where to apply when they have needs related to health; and 40.7% ($n = 510$) of them stated that there were defects in the referral chain. 71.6% ($n = 897$) of the healthcare personnel stated that the health service provided to the refugees and asylum seekers affected the health service policy negatively. 48.3% of healthcare personnel stated that refugees and asylum-seekers used the institution unnecessarily, 54.6% of them stated that refugees and asylum-seekers affected the working environment negatively, and 85.9% of them stated that they had difficulties in communicating with refugees and asylum-seekers. Women gave higher scores than men for the question 'Refugees and asylum-seekers have adequate living standards and affect the health of society negatively' ($p = 0,000$, $p = 0,001$). Female personnel thought that refugees and asylum-seekers had benefit from the health right at the highest level and without discrimination and their health care needs increase their workloads ($p = 0,000$, $p = 0,002$). One-way analysis of variance was conducted to test whether the average scores given by the participants differ according to the educational status. Significant differences were found in the questions about 'Refugees and asylum-seekers have adequate living standards; know where to apply when they have needs related to health; and their personal hygiene is inadequate' and the results were given in Table 6. According to the table, the highest average was seen in high school graduates ($X = 2,931$, $X = 3,636$, $X = 4,161$). This was followed respectively by associate degree owners and undergraduate degree owners, and the lowest averages were seen in graduate degree owners ($X = 2,324$, $X = 3,093$, $X = 3,833$). Tukey test, one of the Post hoc tests, was used to test the source of the difference and the direction of the difference was found as high school and graduate degree owners. When the questions' answers of the people who participated to the study, varying according to their occupational groups were examined; It was seen that the highest average for the question, 'Refugees and asylum-seekers have adequate life standards' belonged to other health personnel ($X = 3.006$), and in questions about benefiting from health rights and inadequate personal hygiene, belonged to the nurses / midwives ($X = 3.006$, $X = 4.152$). Physicians seemed to have the lowest averages ($X = 2.304$, $X = 3.771$, $X = 3.842$). It was determined that the difference risen from the physicians. When the answers of the participants of the study vary according to the institution in which they work, the answers given to the questions were examined and it was seen that the health care personnel employed at the second-level health institutions ($X = 3,693$, $X = 3,306$) had the highest average for the questions about 'refugees and asylum-seekers right to benefit from their health rights and they affected working environment negatively', the health care personnel employed at private hospitals had the lowest average ($X = 4,166$, $X = 3,718$). It was determined that the difference risen from the employees in the second level health institutions.

Discussion: 85.9% of the participants ($n = 1091$) stated that they had difficulty communicating with refugees and asylum-seekers in the study in which we aimed to evaluate the perspective of health personnel about refugees and asylum-seekers in terms of community life and health services. Akkoç et al. (2017) stated that 61% of the

participants were unable to communicate with refugees and asylum-seekers due to language difficulties, 27% of the participants were able to communicate, and 12% of the participants were able to communicate partially, in their studies conducted to identify the problems faced by healthcare workers while providing healthcare services to refugee and asylum-seeking patients applying to health institutions. Saçan et al. (2017) performed their studies to determine the views of Aydın people about Syrian immigrants and they concluded that 51.7% of the people live in Aydın stated that Syrian immigrants need social support, 39.6% of them should be rehabilitated and live together with the society. Cenkci and Nazik (2018) stated that the most important difficulties faced by asylum-seeker and refugee women were the problems related to communication, financial difficulties and health services in their studies in which they examined the problems of asylum-seeker and refugee women and provided healthcare services. The findings have similarities with our study. Service Intensity was principally issue among the most common issues emphasized by the participants in the studies conducted by Arslan et al. (2018) with the health service providers and planners to investigate the impact of refugees who migrated to Kilis province. People stated that the service intensity affected productivity and led to concessions in quality service providing. The individuals stated that the health care needs of refugees and asylum-seekers increased their workloads and affected their work environments negatively similarly with these findings in our study.

Conclusions and Recommendations: Regarding the position and status of refugees and asylum seekers in the society; the healthcare personnel thought that refugees and asylum seekers did not live together with the society within the framework of tolerance and respect, did not have adequate life standards, and affected the health of the society negatively and their personal hygiene was inadequate. Regarding the status of benefiting from health services; the healthcare personnel stated that refugees and asylum seekers did not know where to apply when they had needs related to health, and that there were some problems in the referral chain. They thought that the health service provided to refugees and asylum seekers affect our health service policy negatively. Regarding the effects of the health service provided to refugees and asylum seekers on working environments of healthcare personnel; they thought that they used the institution unnecessarily and their health care needs increased their workloads. The vast majority of people stated that their working environment was affected negatively and they had difficulty communicating with them.

Muğla İlindeki Ortaokul Çocuklarının Engellilere Yönelik Tutumları

Ömer TERZİ¹  Gülay MANAV²  Gonca KARAYAĞIZ MUSLU³ 

¹ Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik, Muğla, Türkiye, omertrzi96@gmail.com (Sorumlu Yazar/ Corresponding Author)

² Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Muğla, Türkiye, gulaymanav@mu.edu.tr

³ Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Fethiye Sağlık Bilimleri, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Muğla, Türkiye, gonca.muslu@mu.edu.tr

Makale Bilgileri	ÖZ
Makale Geçmişi Geliş: 05.05.2020 Kabul: 10.07.2020 Yayın: 25.08.2020 Anahtar Kelimeler: Engelli Çocuk, Pediatri Hemşireliği, Öğrenci, Algı, Tutum.	Giriş: Günümüzde, öğrencilerin engelli bireylere yönelik tutumlarının değerlendirilmesi, çocuk hemşirelerini toplumumuzdaki ilgili faktörleri hakkında bilgilendirmek için gerekli görünmektedir. Amaç: Çalışmamızın amacı, ortaokul çocuklarının engelli çocuklara yönelik tutumlarını belirlemektir. Yöntem: Araştırmamız 5, 6, 7, 8 sınıflarda (11-14 yaş) okuyan ortaokul öğrencilerinde 325 öğrenci üzerinde yapılan tanımlayıcı bir çalışmadır. Öğrenciler 2019-2020 yılları arasında Muğla'nın Menteşe ilçesinde tabakalı örnekleme yoluyla seçilmiştir. Bulgular: Araştırmamızın analizinde katılımcıların %57,8'inin (n=188) kız, %42,2'sinin (n=137) erkek olduğunu göstermiştir. Öğrencilerin engelli bireylere yönelik tutumlarının ortalama puanı 76.18 ± 12.31 idi. Yaş, öğrencinin sınıf düzeyi, kardeş sayısı, anne eğitimi ve işi, engellilik hakkında önceki bilgisi ve engelli bir kişiye sahip olmanın, öğrencilerin tutum puan ortalaması ile istatistiksel olarak anlamlı bir pozitif ilişki olduğunu saptanmıştır. Öğrencilerin ebeveynlerinin sosyodemografik durumuna göre tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Sonuç ve Öneriler: Çalışma, ortaokul çocuklarının engelli bireylere karşı tutumunun olumlu olduğunu kanıtlamıştır. Bu sonuçlara göre, okul hemşireleri engelli bireylere yönelik olumlu tutumları desteklemeye ve tutumları olumsuz yönde etkileyebilecek faktörlerin erken teşhisinde aktif rol oynamaya teşvik etmektedir.

Attitudes of Secondary School Children in Mugla Province Towards The Disabled

Article Info	ABSTRACT
Article History Received: 05.05.2020 Accepted: 10.07.2020 Published: 25.08.2020 Keywords: Disabled Child, Pediatric Nursing, Student, Perception, Attitude.	Introduction: Nowadays, it seems necessary to evaluate the attitudes of students toward disabled individuals to inform pediatric nurses about its related factors in our society. Objective: Our study aimed to determine the attitudes of secondary school children towards disabled children. Methods: It was a descriptive study conducted on 325 students in secondary school students studying in 5, 6, 7, 8 grades (11-14 age). The students were selected through stratified sampling in the Menteşe district of Muğla during 2019-2020. Results: Our analysis showed that 57.8% (n=188) of the participants were girls, and %42.2 (n=137) were boys. The mean score of students' attitudes towards disabled individuals was 76.18 ± 12.31. The results confirmed that age, the grade of students, number of siblings, maternal education and job, previous knowledge about disability, and being familiar with a disabled person had a statistically significant positive relationship with the mean score of students' attitude. Statistically significant differences detected in the attitudes of the students based on their parents' socioeconomic status. Conclusions and Recommendations: The study proved that the attitude of secondary school children towards disabled individuals was positive. According to these results, school nurses encourage to support positive attitudes towards disabled individuals and play an active role in the early diagnosis of factors that may negatively affect attitudes.

Atf/Citation: Terzi, Ö., Manav G. & Muslu G.K. (2020). Muğla ilindeki ortaokul çocuklarının engellilere yönelik tutumları, *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 40-50.



"This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0)"

GİRİŞ

Engellilik, Dünya Sağlık Örgütü tarafından “bir eksiklik veya sakatlık sonucunda, bir kişide meydana gelen ve o kişinin yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel durumuna göre rutin sayılabilecek etkinliklerde bulunma yeteneğini engelleyen dezavantajlı bir durum” şeklinde tanımlanmaktadır (WHO, 2012). Dünya Sağlık Örgütü 0 – 18 yaş aralığında olan engelli bireylerin de engelli çocuk kapsamına girdiğini söylemektedir (Swearer, Wang, Maag, Siebecker, & Frerichs, 2012).

Dünya Sağlık Örgütü’nün 2012 yılında yayımladığı Engellilik Raporuna göre dünya nüfusunun %15’inin engelli olduğu tespit edilmiştir (WHO, 2012). Türkiye’de 2002 yılında yapılan Türkiye Özürlüler Araştırması’na 8,5 milyon engelli insan bulunmaktadır. Aynı çalışmaya göre Türkiye’deki toplam engelli insan sayısının %26’sı 0-19 yaş arasındadır. Bunların %4,6’sı 0-4 yaşlarında, %7,6’sı 5-9 yaşlarındadır (Türkiye Özürlüler Araştırması, TÜİK 2002). Türkiye İstatistik Kurumunun 2010 yılında yaptığı çalışmaya göre engelli insanların %29,2’si zihinsel, %25,6’sı süregelen hastalığa sahip, %8,8’i ortopedik, %8,4’ü görme, %5,9’u işitme, %3,9’u ruhsal ve duygusal, %0,2’si dil ve konuşma engelli ve %18’i ise birden fazla engeli sahiptir (Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması TÜİK, 2010). Türkiye’de, 2011 Nüfus ve Konut Araştırması sonuçlarına göre; toplam nüfusun %6,6’sının en az bir engeli vardır. Özürlüler İdaresi Başkanlığı’nın 2003 yılı araştırmasına göre; toplam nüfusun %12,29’unu özürlüler oluşturmaktadır. Milli Eğitim Bakanlığı 2018-2019 verilerine göre, 413 ortaokulda 12.204 özürlü çocuk eğitim hizmetlerinden yararlanmaktadır. Bu sayının 1068’i işitme, 668’i görme, 309’u bedensel, 1408’i hafif düzeyde zihinsel engelli öğrenciler oluşturmaktadır. Ayrıca 8670 öğrenci ise Özel Eğitim Uygulama Okulu’nda eğitimlerine devam etmektedir (MEB Örgün Eğitim İstatistikleri, 2019).

Ülkemizde engelli birey sayısının bu denli yüksek olmasına rağmen engellilere yönelik olumsuz düşünceler ve algılar da yüksektir. Bu olumsuz tutumlar, bireylerin toplumsal hizmetlerden faydalanmalarını engellemekte ve yaşam kalitelerinin düşmesine sebep olmaktadır (Özürlülüğe Dayalı Ayrımcılığın Ölçülmesi Araştırması BOZİ, 2010). Yaşamsal alanlardan olan eğitim, ulaşım, ekonomi ve sağlık sektörlerine erişebilirlikte ortaya çıkan sorunlar engelli bireylerin toplumla ilişki kurmalarını zorlaştırmıştır (Antonak & Livneh, 2000).

Engelli bireylerin ve engelli çocuklarda eğitim sürecinde yaşadığı bazı sorunlardan biride akran zorbalığı olarak karşımıza çıkmaktadır (Van Cleave & Davis, 2006). Engelli çocukların akran tutumları konusunda literatür incelendiğinde çalışmalar arasında farklılıklar olduğu gözlenmektedir (Carlyle ve Steinman, 2007). Engelli çocuklarda diğer çocuklar gibi eğitime, sevilme ve temel gereksinimlerinin karşılanmasına muhtaçtır. Engelli çocukların okuldaki sorunlarının başında akran zorbalığı gelmektedir. Engelli çocuklar akran zorbalığı yönünden en riskli gruptur. Okul temelli araştırmalarda ulaşılan bulgulara göre akran zorbalığına maruz kalma engelli çocuklarda diğer çocuklara göre 3 kat daha fazla olduğu belirtilmektedir (Chan, Lo, & Ip, 2018; Fredrick, Jenkins & Ray, 2020; Hong & Espelage, 2012;). Sağlıklı öğrencilerin engelli öğrencilere yönelik yalnızlık hissini yaşatmaları ve oyun alanlarında dışlamalarının muhtemelen uzun yıllar boyunca devam edeceği literatürde mevcuttur. (Langher, Ricci, Reversi, & Citarelli, 2010). Gana’da 2017 yılında yapılan bir çalışmada ise engelli öğrencilerin akranları karşısında zorluklar çektiği ve sınıf içindeki etkinliklere katılımlarının az olduğu görülmüştür (Khinkanina, 2014).

Engelli çocukların deneyimledikleri olumsuz yaşantıların yanı sıra olumlu yaşantılarda yaşadıkları literatürde saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Amerika Birleşik Devletleri’nde yapılan bir çalışmada 11-13 yaş aralığındaki öğrencilerin engelli akranlarına karşı tutumlarının olumlu yönde olduğu görülmüştür (Alderfer, Wiebe, & Hartmann, 2001). McDougall ve arkadaşlarının (2004) Kanada’ yaptığı çalışmada 13-16 yaş aralığındaki öğrencilerin engelli algılarının olumlu olduğu

görülmüştür (McDougall, DeWit, King, Miller, & Killip, 2004). Fransa’da farklı bölge ve örneklem gruplarında yapılan çalışmalarda 12-13 yaş aralığındaki öğrencilerin engelli akranlarına yönelik olumlu tutumları olduğu görülmüştür (Godeau et al., 2010; Vignes et al., 2009) Belçika’da 2013 yılında Bossaert ve Petry’nin yaptığı çalışmada ise 13-14 yaş aralığındaki öğrencilerde anlamlı bir engelli algısı bulunmuştur (Bossaert & Petry, 2013).

Ülkemizde ise konu ile ilgili olarak literatür tarandığında Çicek ve Öncel’in (2020) ilköğretim çağındaki çocukların engelli arkadaşlarına yönelik tutumlarına ilişkin ‘‘Chedoke-McMaster Engelli Çocuklara Yönelik Tutumlar (CATCH)’’ ölçeğinin türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasına ulaşılmıştır. Bu çalışmanın dışında ülkemizde bu konu ile ilgili ortaokul öğrencilerine yönelik bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

AMAÇ

Araştırmanın amacı ortaokul öğrencilerinin engelli bireylere yönelik tutumlarını belirlemektir. Son zamanlarda gündeme gelen engelli öğrencilere karşı olumsuz tutumların ülkemizde ön plana çıkması ile okul çocuklarının pediatri hemşiresi tarafından değerlendirilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır. Bu değerlendirme sonucunda engelli çocuklara yönelik koruyucu ve geliştirici tutumların geliştirilmesine ilişkin yol haritalarının oluşturulmasına yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Bu araştırma ile aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır.

- 1- Sağlıklı ortaokul çocuklarının engelli çocuklara yönelik tutumları nasıldır?
- 2- Sağlıklı ortaokul çocuklarının engelli çocuklara yönelik tutumları ile sosyodemografik özellikleri arasında bir ilişki var mıdır?

YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini, araştırmanın yapıldığı tarihte Muğla ili merkez ilçesinde MEB’e bağlı ortaokullara 2019-2020 eğitim öğretim yılında kayıtlı olan ve eğitime aktif devam eden 2451 öğrenci oluşturmuş. Evren seçimi için Muğla merkezde bulunan 19 ortaokul belirlenmiştir. Örneklemi ise %95 güçle power analizi yapılarak 325 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem seçiminde ekonomik olarak sınıf farkı oluşacak mahallelere yönelik seçim yapılarak örneklem belirlenmiştir. Örneklemdeki öğrenciler 5, 6, 7, 8. sınıflarda okuyan 11-14 yaş grubudur. Araştırmaya dahil edilecek öğrenciler belirlenirken tabakalı örneklem yönteminin kullanılmıştır. Tabakalı örneklem kullanılmak üzere tabaka ağırlığı her bir okul için .133 olarak hesaplanmıştır.

Veri Toplama Araçları ve Süreçleri

Araştırmada veri toplama araçları olarak öğrencilerin tanımlayıcı özelliklerini yansıtacak ‘‘Tanıtıcı Bilgi Formu’’ ve ‘‘Chedoke-McMaster Engelli Çocuklara Yönelik Tutumlar’’ (CATCH) ölçeği kullanılmıştır.

İlk veri toplama aracı: Çalışmanızdaki ilk veri toplama veri toplama aracı ile ilgili bilgileri biçimlendirmeyi bozmadan yazınız. Çalışmanızdaki ilk veri toplama veri toplama aracı ile ilgili bilgileri biçimlendirmeyi bozmadan yazınız.

İkinci veri toplama aracı: Çalışmanızdaki ikinci veri toplama veri toplama aracı ile ilgili bilgileri biçimlendirmeyi bozmadan yazınız. Çalışmanızdaki ilk veri toplama veri toplama aracı ile ilgili bilgileri biçimlendirmeyi bozmadan yazınız.

Verilerin Analizi

Çalışmanın verileri istatistik programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde, tanımlayıcı testler ve değişkenler arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için nonparametrik testlerden Mann-withney U testi ve Kruskal Wallis uygulanmıştır.

Etik

Araştırma için Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu'ndan Etik Karar ve (Karar no: 230, 27.12.2019), Milli Eğitim Bakanlığı Araştırma, Yarışma ve Sosyal Etkinlik biriminden (Sayı: 70004082-604.01.01 – E.304575) gerekli izinler alınmıştır. Ölçeği kullanabilmek için Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapan araştırmacılardan mail yoluyla kullanım izni alınmıştır. Örnekleme dahil edilen çocukların ve ailelerinin sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

BULGULAR

Araştırmamıza katılanların %57,8'i (n=188) kız öğrencilerden oluşmaktadır. Toplamda katılım sağlayanların %50,5'ini (n=164) yedinci sınıflar oluşturmaktadır. Katılımcıların 144 tanesinin (%44,3) bir tane kardeşi vardır. Öğrencilerin anne eğitim durumunun %38,5'i (n=126), baba eğitim durumunun ise %59,7'si (n=194) üniversite mezunu olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılanların ebeveynlerinin meslek durumuna bakıldığında 158 (%48,6) kişinin annesinin ev hanımı, 170 (%52,3) kişinin ise babasının memur olduğu belirtilmiştir. Katılımcıların %82,2'sinin (n=267) kendine ait odasının olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan öğrencilerin tanımlayıcı bilgileri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Tanımlayıcı Bilgileri

Tanımlayıcı Özellikler	Min – Max	Ortalama ± Sd
Çocuğun Yaşı	11.00 - 14.0	12.57 ± .85
	Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet		
Kız	188	57.8
Erkek	137	42.2
Toplam	235	100
Sınıf		
5	22	6.8
6	71	21.8
7	164	50.5
8	68	20.9
Toplam	235	100
Kardeş Sayısı		
0	37	11.4
1	144	44.3
2	110	33.8
3 ve daha fazla	34	10.5
Toplam	235	100

Anne Eğitim Durumu		
Okur Yazar Değil	1	.3
İlkokul	39	12.0
Ortaokul	34	10.5
Lise	125	38.5
Üniversite	126	38.8
Toplam	235	100
Baba Eğitim Durumu		
Okur Yazar Değil	2	.6
İlkokul	55	16.9
Ortaokul	18	5.5
Lise	56	17.2
Üniversite	194	59.7
Toplam	235	100
Annenin Mesleği		
Ev Hanımı	158	48.6
İşçi	34	10.5
Serbest Meslek	30	9.2
Memur	97	29.8
Emekli	6	1.8
Babanın Mesleği		
Şu an Çalışmıyor	8	2.5
İşçi	59	18.2
Serbest Meslek	78	24.0
Memur	170	52.3
Emekli	10	3.1
Toplam	235	100

Öğrencilerin engelliğe ilişkin bazı tanımlayıcı bilgileri gösteren veriler Tablo 2’te verilmektedir.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Öğrencilerin Engelliğe İlişkin Bazı Tanımlayıcı Bilgileri

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Çevresinde Engelli Bireyin Varlığı		
Evet	138	42.5
Hayır	187	57.5
Toplam	235	100
Engelli Bireyin Yakınlığı (n=138)		
Kardeş	15	10.87
Arkadaş	74	53.62
Komşu	49	35.51
Toplam	138	100
Engel ve Engellilik Kavramı ile İlgili Bir Eğitim Alma Durumu		
Evet	9	2.8
Hayır	316	97.2
Toplam	235	100

Katılımcı olan öğrencilerin %42,5’inin (n=138) çevresinde bir engelli bireyin var olduğunu belirtmişlerdir. Çevresinde engelli birey varlığını belirtenlerin 74’nün (%53,62) arkadaş grubunda olduğunu ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %97,2’sinin (n=316) engellilik adına bir eğitim almadığı görülmektedir.

Ortaokul öğrencilerinin “Chedoke-Mcmastr Engelli Çocuklara Yönelik Tutumlar” (CATCH) ölçeğinden aldığı toplam ve alt boyutlara yönelik puanların dağılımları Tablo 3’te verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların CATCH Ölçeğinden Aldığı Toplam ve Alt Boyutlara Yönelik Puanların Dağılımları

Ölçeğin Alt Grupları	Min – Max	Ortalama ± Sd
Etkileşim ve Kabullenme	11.00 – 36.00	25.58 ± 5.23
Kaçınma	10.00 – 36.00	27.98 ± 5.03
Acıma	.00 – 20.00	8.71 ± 3.79
Benzer olma/Benzerlik	2.00 – 20.00	12.75 ± 2.90
Ölçek Toplam Puanı	34.00 – 104.00	76.18 ± 12.31

Ortaokul öğrencilerinin Chedoke-McMaster Engelli Çocuklara Yönelik Tutumlar Ölçeğinde aldıkları toplam ölçek puanı ortalama 76.18 ± 12.31 'dir. Ölçeğin alt boyutlarından aldıkları puanlara göre sıralama şöyledir; Kaçınma alt boyutu (27.98 ± 5.03), Etkileşim ve Kabullenme alt boyutu (25.58 ± 5.23), Benzer Olma / Benzerlik alt boyutu (12.75 ± 2.90) ve Acıma alt boyutu (8.71 ± 3.79). Puan sıralamasına göre alınabilecek en yüksek puanlar 40,40,24 ve 20 olmakla birlikte; Etkileşim ve Kabullenme, Kaçınma ve Benzer olma/ Benzerlik alt boyutlarında ortalama puanın üstünde alınırken Acıma alt boyutunda ise ortalama puanın altında bir puan alınmıştır.

Katılımcıların CATCH ölçeğinden aldığı toplam ve alt boyutlara yönelik puanların bazı tanıtıcı bilgiler ile karşılaştırılması Tablo 4'te verilmektedir.

Öğrencilerin yaşı ile CATCH ölçeğinden alınan puanların toplamı ($p=.010$) ve alt boyutlarından Etkileşim ve Kabullenme ($p=.008$), Kaçınma ($p=.016$) ve Acıma ($p=.016$) boyutlarına yönelik istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Gruplar arasındaki farklılıkları belirlemek ve değerlendirmek için yapılan test sonucunda 12 yaşındaki öğrencilerin 13 yaşındaki öğrencilerden Etkileşim ve Kabullenme boyutunda ($p=.007$), Kaçınma alt boyutunda ($p=.021$), Acıma alt boyutunda ($p=.016$) ve ölçeğin total puanında ($p=.010$) daha yüksek puanlar aldıkları ve istatistiksel olarak anlamlılık görülmüştür.

Sınıflara göre ölçek alt boyut puanlarının değerlendirilmesinde Kaçınma alt boyutunda ($p=.025$) Acıma alt boyutunda ($p=.000$) ve Bezer Olma/ Benzerlik alt boyutunda ($p=.004$) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Altıncı sınıfta okuyan öğrencilerin sekizinci sınıfta okuyan öğrencilere göre ($p=.033$) olumlu tutum sergilediği istatistiksel olarak saptanmıştır.

Tablo 4. Çocukların Bazı Tanıtıcı Özellikleri ile CATCH Ölçeğinden Aldığı Toplam ve Alt Boyutlara Yönelik Puanların Karşılaştırılması

Tanımlayıcı özellikler	Etkileşim ve Kabullenme		Kaçınma		Acıma		Benzer olma/ Benzerlik		Toplam	
	İstatiksel Analiz	p	İstatiksel Analiz	p	İstatiksel Analiz	p	İstatiksel Analiz	p	İstatiksel Analiz	p
Cinsiyet	^a 12314.0	.499	^a 12518.00	.666	^a 12508.0	.657	^a 12179.00	.401	^a 12169.00	.396
Çocuğun yaşı	^b 11.828	.008	^b 10.336	.016	^b 10.277	.016	^b 1.968	.579	^b 11.240	.010
Sınıf	^b 2.763	.430	^b 9.225	.026	^b 1.166	.514	^b 2.045	.563	^b 5.567	.135
Kardeş Sayısı	^b 7.741	.171	^b 5.612	.346	^b 11.148	.050	^b 17.512	.001	^b 3.440	.632
Anne Eğitim	^b 4.106	.392	^b 7.419	.115	^b 12.893	.012	^b 15.991	.003	^b 8.163	.086
Baba Eğitim	^b 5.676	.225	^b 3.798	.434	^b 4.473	.346	^b 5.174	.270	^b 4.867	.301
Anne Mesleği	^b 1.687	.793	^b 11.122	.025	^b 30.512	.000	^b 15.57	.004	^b 9.358	.053

Baba Mesleği Engel ve Engellilik Kavramı ile İlgili Bir Eğitim Aldınız durumu	^b 6.044	.196	^b 1.824	.768	^b 7.846	.097	^b 1.381	.847	^b 1.277	.865
	^a 1369.50	.850	^a 469.00	.001	^a 1021.00	.147	^a 1246.50	.525	^a 887.50	.054

^a Mann-Withney U, ^b Kruskal Wallis **p<.05

Kardeş sayısına göre *CATCH* ölçeğinin Benzer Olma/ Benzerlik alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. İki kardeşe sahip olan öğrencilerin bir kardeşe sahip olan öğrencilere göre olumlu tutum sergilediği görülmüştür.

Ortaokul çocuklarının anne eğitim durumuna göre *CATCH* ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılmasında Acıma (p=.012) ve Benzer Olma/ Benzerlik (p=.003) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir. Acıma alt boyutunda lise mezunu olan annelerin üniversite mezunu olan annelere göre (p=.007), Benzer Olma/ Benzerlik alt boyutunda ise ortaokul mezunu olan annelerin lise mezunu olan annelere göre (p=.008) tutumlarının olumlu olduğu görülmüştür.

Öğrencilerin ölçekten aldıkları puanların anne mesleğine göre değerlendirilmesinde Kaçınma (p=.025), Acıma (p=.000) ve Benzer Olma/ Benzerlik (p=.004) alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Fark yaratan anne mesleklerine bakıldığında ise Acıma alt boyutunda annesi ev hanımı olanların memur olanlara (p=.000) ve annesi emekli olanlara (p=.012) göre, Benzer Olma / Benzerlik alt boyutunda ise annesi serbest meslek sahibi olanların (p=.025) ve annesi memur olanların (p=.030) annesi emekli olanlara göre daha yüksek puan aldıkları görülmüştür.

Öğrencilerin engellilik kavramı ile ilgili ders alıp almama durumuna bakıldığında Kaçınma alt boyutunda (p=.001) aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmiştir (Tablo 4). Tablo 5'te katılımcıların *CATCH* ölçeğinden aldığı toplam ve alt boyutlara yönelik puanların çevre ve engelli kardeş olma değişkenleri ile karşılaştırılması verilmektedir.

Tablo 5. Katılımcıların *CATCH* Ölçeğinden Aldığı Toplam ve Alt Boyutlara Yönelik Puanların Çevre ve Engelli Kardeş Olma Değişkenleri ile Karşılaştırılması

Tanımlayıcı özellikler	Etkileşim ve Kabullenme		Kaçınma		Acıma		Benzer olma/ Benzerlik		Toplam		
	İstatiksel Analiz	p	İstatiksel Analiz	p	İstatiksel Analiz	p	İstatiksel Analiz	p	İstatiksel Analiz	P	
gruplar											
Çevresinde Engelli Varlığı	Birey	^a 10902.00	.017	^a 8864.50	.000	^a 11323.00	.058	^a 11788.00	.180	^a 9812.00	.000
Kardeşin Engelli olması	Engelli	^a 4.315	.038	^a .822	.364	^a .641	.423	^a 4.931	.026	^a .100	.751
Arkadaşın Engelli Olması	Engelli	^a 1.192	.275	^a 5.328	.021	^a 5.700	.017	^a .998	.318	^a .111	.739
Komşunun Engelli Olması	Engelli	^a 8.162	.004	^a 6.620	.010	^a .054	.816	^a 10.655	.001	^a 8.946	.003

^a Mann-Withney U, **p<.05

Çevresinde engelli birey varlığının olma durumunda ortaokul öğrencilerinin Etkileşim ve Kabullenme, Kaçınma alt boyutları ile ölçeğin toplamından alınan puanlara göre, katılımcıların kardeşlerinin engelli olma durumunda Etkileşim ve Kabullenme (p=.038), Benzer Olma / Bezerlik alt

boyutlarında ($p=.026$), arkadaşlarının engelli olma durumunda Kaçınma ($p=.021$) ve Acıma alt boyutlarında ($p=.017$), komşularının engelli olma durumunda ise Etkileşim ve Kabullenme ($p=.004$), Kaçınma ($p=.010$), Benzer Olma / Benzerlik alt boyutlarında ($p=.001$) ve ölçeğin toplam puanında ($p=.003$) istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır.

TARTIŞMA

Bu çalışmada elde edilen bulgular CATCH ölçeğini kullanan ve engelli öğrencilere yönelik tutumları belirleyen çalışmalar ile karşılaştırılmıştır. Ölçek Kanada, ABD, Fransa, Hollanda, Belçika ve İsrail gibi bir çok ülkede kullanılmıştır (Alderfer, Wiebe & Hartmann, 2001; Armstrong, Rosenbaum, & King, 1987; Bossaert & Petry, 2013; De Boer, Timmerman, Pijl, & Minnaert, 2012; Godeau, Vignes, Sentenac, Ehlinger, Navarro et al., 2010; Holtz & Tessman, 2007; King, Rosenbaum, Armstrong, & Milner, 1989; McDougall, DeWit, King, Miller & Killip, 2004; Tirosh, Schanin, & Reiter, 2008; Vignes, 2009). Ölçek 9-13 yaşlarında ve 20 yaşına kadar olan ergenlerde kullanılabilir (Bossaert & Petry, 2013; McDougall et al., 2004; Vignes et al., 2009).

Bu çalışmada ortaokul çocuklarının engelli bireylere karşı tutumunun olumlu olduğu saptanmıştır. Fransa'da (Vignes et al., 2009), Kanada'da (Rosenbaum, Armstrong, & King, 1986) ve Belçika'da (Bossaert & Petry, 2013) yapılan çalışmalarda tutumlarının olumlu olduğu ancak İsraili çocukların tutumlarının daha az olumlu tutum gösterdiği belirlenmiştir. Ölçeğin kullanıldığı çalışmalarda kız cinsiyetinin daha olumlu tutum sergilediği aldığı puanlar ile görülmektedir (Armstrong, Morris, Abraham, Ukoumunne, & Tarrant, 2016; Bossaert & Petry, 2013; McDougall et al., 2004; Olalaye, 2012; Vignes et al., 2009). Yapılan bu çalışmada cinsiyetin etkili olmadığı literatürden farklı olarak ortaya konulmaktadır. Her iki cinsiyette de olumlu puanlar alınmasının duyarlılık eğiliminde cinsiyetin ayırıcı olarak ele alınmamasından kaynaklanabileceği düşünülebilir.

Çalışmada çocukların yaşına göre engelliliğe yönelik tutumlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Alnahdi'nin (2018) yaptığı çalışmada büyük öğrencilerin küçük öğrencilerden daha olumlu tutum sergilediğini tespit etmiştir. Benzer çalışmalarda ise anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (Bossaert et al., 2011; McDougall et al., 2004; Rosenbaum et al., 1986). Literatürden farklı bir sonuca ulaşılmada kültürel özelliklerin etkili olabileceği söylenebilir.

Çalışmada ayrıca çevresinde engelli birey varlığının olmasına göre; Etkileşim ve Kabullenme alt boyutunda kardeşinin ve komşusunun engelli olma durumuna, Kaçınma alt boyutunda arkadaşının ve komşusunun engelli olma durumuna, Acıma alt boyutunda arkadaşının engelli olması durumuna, Benzer Olma/ Benzerlik alt boyutunda ise kardeşinin ve komşusunun engelli olmasına yönelik anlamlı bir fark saptanmıştır. CATCH ölçeğini kullanan diğer çalışmalarda da bu fark belirtilmiştir (McDougall et al., 2004; Rosenbaum et al., 1986). Ayrıca Armstrong ve arkadaşlarının (2016) yaptığı bir çalışmada çocukların engelli bireyle yakınlığının artması ile tutumunun da artacağını belirtmiştir. Bu ortak benzer sonuçların olması çocuğun etrafında, yaşamında bir engelinin olması ile tutum geliştirme arasında doğrudan bir ilişki olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda annesi ortaokul mezunu olanların annesi lise mezunu olanlara göre, annesi lise mezunu olanların annesi üniversite mezunu olanlara, annesi ev hanımı olanların annesi memur ve annesi emekli olanlara, annesi serbest meslek sahibi olanların ve annesi memur olanların annesi emekli olanlara göre CATCH ölçeğinden aldıkları puanların daha yüksek olduğu görülmüş ve bu özelliklere sahip çocukların olumlu tutumlar sergiledikleri değerlendirilmiştir. Engelli çocuğun ailesine yönelik yapılan ilk çalışmalar arasında sayılan King, Rosenbaum, Armstrong ve Milner'in (1989) çalışmalarında da sosyoekonomik düzeyinin artması ile ebeveyn – engelli çocuk tutumu arasında pozitif korelasyon

olduğunu belirlemiştir. Hamilton’da yapılan çalışmada da ebeveynlerin eğitim durumunun artması halinde tutumlarının olumlu yönde arttığı saptanmıştır (Hong, Kwon, & Jeon, 2009). Çalışmamızda bulduğumuz bu bulgunun toplum içinde sosyalleşme olasılığı yüksek anne grubunda duygusal olarak empati yeteneği ile engelli birey kavramının daha kabul edebilir olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak; yapılan çalışmada ortaokul çocuklarının engelli bireylere yönelik bakış açısının olumlu yönde olduğu vurgulanmaktadır. Ebeveynlerinin sosyodemografik düzeylerine göre tutumlarında farklılıklar tespit edilmiştir. Bu durum sonucunda;

- Okul hemşiresi olarak engelli çocuklara yönelik tutumların değerlendirilmesinde ortaokul öğrencilerin damgalama yaşamaması için araştırma sonuçlarında yer alan sosyodemografik özelliklerine göre yaş, sınıf, aile eğitim durumu vb. özelliklerin değerlendirilerek tutumun negatif olmasını engelleyecek faktörleri ele almalı,

- Toplumun bilinç düzeyini arttırmaya yönelik okullarda öğrencilere, öğretmenlere “Engellilik” ve “Engelli Bireye Yönelik Tutumlar” konusunda eğitimler tekrarlı olarak verilmeli,

- Anlık düşünceler alındığı için eğitim öncesi ve eğitim sonrası veri toplama araçları ile araştırmaların desteklenmesi önerilir.

KAYNAKÇA

- Alderfer, M. A., Wiebe, D. J., & Hartmann, D. P. (2001). Social behaviour and illness information interact to influence the peer acceptance of children with chronic illness. *British Journal of Health Psychology*, 6(3), 243–255. <https://doi.org/10.1348/135910701169188>.
- Alnahdi, G.,H. (2018). The postive impact of including students with intellectual disabilities in school: Children’s attitudes towards peers with disabilities in Saudi Arabia. *Research in Developmental Disabilities*. 2018; 85-1-7.
- Antonak, R. F., & Livneh, H. (2000). Measurement of attitudes towards persons with disabilities. *Disability and Rehabilitation*, 22(5), 211–224. <https://doi.org/10.1080/096382800296782>.
- Armstrong, M., Morris, C., Abraham, C., Ukoumunne, O. C., & Tarrant, M. (2016). Children’s contact with people with disabilities and their attitudes towards disability: A cross-sectional study. *Disability and Rehabilitation*, 38(9), 879–888. <https://doi.org/10.3109/09638288.2015.1074727>.
- Armstrong, R. W., Rosenbaum, P. L., & King, S. M. (1987). *a Randomized Controlled Trial O O Improve Children ’ S Attitudes Toward the Disabled*. 327–336.
- Bossaert, G., & Petry, K. (2013). Factorial validity of the Chedoke-McMaster Attitudes towards Children with Handicaps Scale (CATCH). *Research in Developmental Disabilities*, 34(4), 1336–1345. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2013.01.007>.
- Carlye K.,E., & Steinman K.,J. (2007). Demographic differences in the prevalence, co-occurrence and correlates of adolescent bullying at school. *Journal of School Health* 77. pp, 623-629. 10.1111/j.1746-15612007.00242.x.
- Chan, K. L., Lo, C. K. M., & Ip, P. (2018). Associating disabilities, school environments, and child victimization. *Child Abuse and Neglect*, 83(June), 21–30. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.001>.
- Çiçek-Gümüş, E., Öncel, S. (2020). Validity and reliability of the Chedoke-McMaster Attitudes Towards Children with Handicaps Scale in Turkey: A methodological study. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 28(1), 1-12.
- De Boer, A., Timmerman, M., Pijl, S. J., & Minnaert, A. (2012). The psychometric evaluation of a questionnaire to measure attitudes towards inclusive education. *European Journal of Psychology of Education*, 27(4), 573–589. <https://doi.org/10.1007/s10212-011-0096-z>.
- [Fredrick, S.,S., Jenkins, L., N., & Ray, K. \(2020\). Diamensions of empathy and bystander intervention in bullying in elementary school. Journal of School Psychology. 79: 31-42. https://doi.org/ 10.1016/j.jsp.2020.03.001.](https://doi.org/10.1016/j.jsp.2020.03.001)
- Godeau, E., Vignes, C., Sentenac, M., Ehlinger, V., Navarro, F., Grandjean, H., & Arnaud, C. (2010). Improving attitudes towards children with disabilities in a school context: A cluster randomized intervention study. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 52(10). <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2010.03731.x>.

- Holtz, K. D., & Tesson, G. K. (2007). Evaluation of a peer-focused intervention to increase knowledge and Foster positive attitudes toward children with tourette syndrome. *Journal of Developmental and Physical Disabilities, 19*(6), 531–542. <https://doi.org/10.1007/s10882-007-9042-z>.
- Hong, S.-Y., Kwon, K.-A., & Jeon, H.-J. (2009). Shy and soft spoken. *Infant and Child Development, 18*(6), 238–254. <https://doi.org/10.1002/icd>.
- [Hong, J.S. & Espelage, D.L. \(2012\). A review of research on bullying and peer victimization in school: An ecological system analysis. *Aggression and Violent Behavior, 17*\(4\), 311-322.](#)
- Khinkanina, A. (2014). Exhibiting Affiliation with Disabled Children in Diverse Social Development Situations. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 146*, 240–245. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.08.121>.
- King, S. M., Rosenbaum, P., Armstrong, R. W., & Milner, R. (1989). *An Epidemiological Study Of Children's Attitudes Toward Disability*.
- Langher, V., Ricci, M. E., Reversi, S., & Citarelli, G. (2010). Disabled students and the quality of relationships within the class. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, 5*, 2295–2299. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.452>.
- McDougall, J., DeWit, D. J., King, G., Miller, L. T., & Killip, S. (2004). High school-aged youths' attitudes toward their peers with disabilities: The role of school and student interpersonal factors. *International Journal of Disability, Development and Education, 51*(3), 287–313. <https://doi.org/10.1080/1034912042000259242>.
- MEB, (2019). *Millî Eğitim İstatistikleri Örgün Eğitim 2018-2019*, https://sgb.meb.gov.tr/www/icerik_goruntule.php?KNO=361. Erişim Tarihi: 24.10.2019.
- Olaleye, A.D. (2012). Attitudes of students towards peers with Disability in an inclusive school in Nigeria. *Disability CBR & Inclusive Development, 23*(3):65-75.
- Özürlülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması (2010), Türkiye İstatistik Kurumu. Erişim Tarihi 23.10.2019. <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/5602/ozurlulerin-sorun-ve-beklentileri-arastirmasi-2010.pdf>.
- Rosenbaum, P., Armstrong, R. W., & King, S. M. (1986). Children's Attitudes Toward Disabled Peers : *Journal of Pediatric Psychology, 11*(4).
- Swearer, S. M., Wang, C., Maag, J. W., Siebecker, A. B., & Frerichs, L. J. (2012). Understanding the bullying dynamic among students in special and general education. *Journal of School Psychology, 50*(4), 503–520. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2012.04.001>.
- Tirosh, E., Schanin, M., & Reiter, S. (2008). Children's attitudes toward peers with disabilities: the Israeli perspective. *Developmental Medicine & Child Neurology, Vol. 39*, pp. 811–814. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1997.tb07548.x>.
- Türkiye Özürlüler Araştırması, TÜİK 2002 <https://kutuphane.tuik.gov.tr/pdf>. Erişim Tarihi: 25.10.2019.
- Türkiye Cumhuriyeti Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı (BÖZİ). Türkiye Özürlüler Araştırması, Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı, Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası; 2006. s. 5-30.*
- Vignes, C., Godeau, E., Sentenac, M., Coley, N., Navarro, F., Grandjean, H., & Arnaud, C. (2009). Determinants of students' attitudes towards peers with disabilities. *Developmental Medicine and Child Neurology, 51*(6), 473–479. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2009.03283.x>.
- WHO Engellilik Raporu (2012) (http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_12-en.pdf?ua=1). Erişim Tarihi: 23.10.2019.

EXTENDED ABSTRACT

Introduction: According to the Disability Report published by the World Health Organization in 2012, 15% of the world population, approximately 1 billion, were disabled individuals (WHO, 2012). In Turkey, Population and Housing Survey in 2011 showed that 6.6% of the total population had at least one disability. Data of Ministry of Education during 2018-2019 stated that 12.204 disabled children used educational services in 413 secondary schools, and 8670 students continued their education at the special education services (MEB Formal Education Statistics, 2019).

A review of the literature expresses different views regarding students' attitudes toward disabled individuals. According to the findings of research in school, children with disabilities suffered from peer bullying three times more than other children (Chan, Lo, & Ip, 2018). However, other studies reported positive perceptions, attitudes, and experiences toward these children. In Turkey, only Çicek ve Öncek (2020) surveyed in this domain and assessed the validity and reliability of the Turkish Chedoke-McMaster scale of Attitudes toward Children with Handicaps (CATCH) in primary school children.

Our study aimed to determine the attitudes of secondary school students towards children with disabilities. We try to answer the following questions:

1. What are the attitudes of secondary school students towards children with disabilities?
2. Is there a relationship between the attitudes of secondary school children towards disabled children and their socio-economic characteristics?

Method: This was a descriptive study conducted on 325 students in secondary school students studying in 5, 6, 7, 8 grades (11-14 age). The students selected through stratified sampling in the Menteşe district of Muğla during 2019-2020. A demographic form and the Chedoke-McMaster Scale of Attitudes Towards Children with Handicap (CATCH) were used to collect the data. For data analysis, nonparametric tests such as the Mann-Whitney and Kruskal Wallis tests were applied by using SPSS software version 25.

The ethic research committee of Muğla Sıtkı Koçman University approved the study (Decision no: 230, 27.12.2019). Also, Necessary permissions obtained from the Research, Competition, and Social Activity unit of the Ministry of Education (Number: 70004082-604.01.01 – E.304575).

Results: Our analysis showed that 57.8% (n=188) of the participants were girls, and % (n=) were boys. 50.5% (n=164) of students were in seventh grade, and 44.3% (n=144) had one sibling. Among students, 38.5% (n=126) of mothers and 59.7% (n=194) of fathers had university education. Regarding parents' jobs, 48.6% (n=158) of mothers were housewives, and 52.3% (n=170) of fathers were a government employee. 42.5% (n= 138) of students stated that they had known a disabled individual, and %53.62 (n=74) of them had been among their friends. 97.2% (n=316) of the students stated that they had not received any education regarding disability.

The mean score of students' attitudes towards children with disabilities was 76.18 ± 12.31 . The mean scores of students attitudes towards children with disabilities in sub-scale were: Avoidance (27.88 ± 5.03), Interaction and Acceptance (25.58 ± 5.23), Being Similar/Similarity (12.75 ± 2.90), and Pity (8.71 ± 3.79). The highest scores of sub-scale are 40, 40, 24, and 20. The mean scores of students in the subscale of Interaction and Acceptance, Avoidance, and Being Similar/Similarity were above the mean score, but in the pity sub-scale, the mean score was below the mean score.

The analysis showed that age, the grade of students, number of siblings, maternal education and job, previous knowledge about disability, and being familiar with a disabled person had a statistically significant positive relationship with the mean score of students' attitude. Statistically significant differences detected in the attitudes of the students based on their parents' socioeconomic status.

Conclusions and Recommendations: Our results showed that the attitude of secondary school children towards people with disabilities is positive. So, it is highly recommended that:

- School nurses support positive attitudes towards children with disabilities and play an active role in the early diagnosis of factors that may negatively affect students' perspectives.
- To increase the awareness of the society, students and teachers in schools encourage participating in different training sessions addressing disability and disabled individuals.
- To decrease the possible recalling bias, future researches should be conducted with other research approaches such as quasi-experimental or pre and post-test design.

Ana Vatan ve Ana Dilden Uzakta Sağlık Hizmetlerine Erişim

Gamze TUNÇER ÜNVER¹  Ülkü BAYKAL² 

¹ İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı Doktora Programı Öğrencisi, İstanbul, Türkiye, gtuncer2312@gmail.com (Sorumlu Yazar/ Corresponding Author)

² İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye, ulkubay@yahoo.com

Makale Bilgileri	ÖZ
Makale Geçmişi Geliş: 20.01.2020 Kabul: 25.04.2020 Yayın: 25.08.2020 Anahtar Kelimeler: Dil Engeli, Göçmen Sağlığı, Sağlık Hakkı, Sağlık Hizmeti, Sığınmacılar.	Küreselleşme olgusu ve savaş, terör, iklim değişimi gibi kriz durumlarının etkisiyle 20. yüzyılda geniş çaplı nüfus hareketleri görülmekte ve göçmen nüfusunda hızlı bir artış olmaktadır. Bu kapsamda göçmenlerin haklarını korumak ve temel hizmetlere erişimi için düzenlenen politikalar ülkeden ülkeye geniş çapta değişiklik göstermektedir. Özellikle temel insan hakkı olan sağlık hizmetleri bu politikalar arasında en önemlisi konumdadır. Dünyada ve Türkiye’de sağlık hizmetlerine ulaşımı kolaylaştırmak için yapılan bütün düzenlemelere karşın, göçmenlerin bireysel özellikleri, sağlık sistemi, politikaları, coğrafi konum, kültürel ve sosyal özellikler, etnik yapı, dini kimlik, toplumsal cinsiyet, geleneksel yaşam kalıpları ve yaşam koşulları da kişilerin sağlık hizmeti almaları önünde engel oluşturmaktadır. Bu süreçte sağlık hizmetine ulaşmada ve sunumunda dil engeli ortak bir sorun olarak dile getirilmektedir. Mevcut literatür incelemesini içeren bu derlemede, son yıllarda Dünya ve Türkiye’deki göç olgusuna ilişkin durum, göçmenlerin sağlık hakkı ve sağlık hizmetine ulaşımı, Türkiye’de Suriyeli sığınmacılara ilişkin yapılan düzenlemeler ve sağlık hizmetine ulaşım sürecinde yaşanan engeller ve dil engeli konusuna değinilerek, sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi amaçlanmıştır.

Delivery of Health Care Away From Homeland and Native Language

Article Info	ABSTRACT
Article History Received: 20.01.2020 Accepted: 25.04.2020 Published: 25.08.2020 Keywords: Language Obstacle, Immigrant Health, Health Right, Healthcare Service, Asylum seekers.	With the effect of the phenomenon of globalization and war, terror, climate change, extensive population movements has been witnessed in the twentieth century and the immigrant population has increased rapidly. In this context, the policies that are regulated to protect immigrant rights and access to basic services vary from country to country extensively. Especially healthcare services in the position of basic human rights are among the most important policies. To facilitate access to health care in the world and Turkey made despite all the regulations, individual characteristics of immigrants, health systems, policies, geographic location, cultural and social characteristics, ethnicity, religious identity, gender and health of persons in traditional patterns of life and living conditions is an obstacle to the service. In this process, language barrier is expressed as a common problem in accessing and providing healthcare services. Language obstacle is a common point in reaching and presenting this basic right. In this review which includes the current literature review aim to inform healthcare professionals about the situation regarding the immigration phenomenon in the world and Turkey in recent years, right of migrants to health and access to health care, arrangements made for the Syrian asylum seekers in Turkey, barriers to access to health care process and by addressing the language barrier.

Atıf/Citation: Ünver, G.T. & Baykal, Ü. (2020). Ana vatan ve ana dilden uzakta sağlık hizmetlerine erişim. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 51-60.



"This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0)"

GİRİŞ

Dünya çapında birçok ülke göç olgusundan doğrudan ya da dolaylı olarak etkilenmektedir. Özellikle 20. yüzyılın ikinci yarısında dünyada yaşanan siyasi, sosyolojik ve ekonomik olumsuz gelişmeler doğrultusunda toplu nüfus hareketleri yaşanmış ve göçmen nüfusunda hızlı bir artış görülmüştür. Birleşmiş Milletler' in bu hızlı göçmen nüfus artışı ile ilgili verilerine göre; göç hareketlerinin bu hızla artmaya devam ettiği var sayıldığında, dünyadaki göçmenlerin sayısının 2050 yılında 400 milyonu geçmesi beklenmektedir (United Nations [UN], 2019). Birleşmiş Milletler Ekonomik ve Sosyal Konseyi (ECOSOC) Nüfus Dairesi'nin 2019 yılı Uluslararası Göçmen Verileri' ne göre, dünyada her 100 kişiden 4'ü göçmen statüsünde bulunmaktadır (UN, 2019).

Dünyada en çok göçmene ev sahipliği yapan ülkeler; ABD, Rusya, Suudi Arabistan, Avustralya, Kanada ve Avrupa ülkeleri iken, en çok göç veren ülkeler arasında Hindistan, Meksika ve Çin ilk üç ülke konumundadır. Suriye ise 2011'de başlayan iç savaştan bu yana vatandaşlarının çoğu başta Türkiye olmak üzere birçok ülkede geçici koruma kapsamında bulunan beşinci ülke durumundadır (UN, 2019). Türkiye'de 2016 yılında geçici barınma merkezlerinin sayısı 10 ilde 23 iken, 2019 yılında izlenen politikalar nedeniyle beş ilde toplam yedi merkeze düşürülmüştür. Fakat her iki yıldaki toplam Suriyeli sığınmacı sayısı incelendiğinde; 2016 yılında üç milyona yakın olan bu sayı, birçok geçici barınma merkezinin kapanmasına karşın, üç buçuk milyonu geçmiştir (Göç İdaresi Genel Müdürlüğü [GİGM], 2016; 2019). Türkiye'de en fazla Suriyeli nüfusuna sahip iller; İstanbul, Gaziantep, Hatay ve Şanlıurfa olarak sıralanmaktadır. Bu kişilerden 62 bin 596'sı geçici barınma merkezlerinde kalırken, yaklaşık 3 milyon 500 bini ise geçici barınma merkezleri dışında düzensiz ve kontrolsüz bir dağılım göstererek yaşamını sürdürmektedir (GİGM, 2019).

Uluslararası göçmen verilerine göre; göçmenlerin haklarını korumak ve temel hizmetlere erişimi için düzenlenen politikalar ülkeden ülkeye geniş çapta değişiklik göstermektedir. Bu hizmetlerin başında temel insan hakkı konumundaki sağlık hizmetleri gelmektedir. Sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetlerine erişimdeki eşitsizliğin en önemli bileşenini oluşturmaktadır. Küresel olarak, 2019'da hükümetlerin yüzde 95'i göçmenlerin temel veya acil sağlık hizmetlerine eşit erişimine yönelik politikaları olduğu bildirilmekle birlikte bu konuda sorunların yaşandığı söylenebilir (UN, 2019).

Temel İnsan Hakkı Olarak Sağlık Hakkı

Sağlık, insanların yaşamı boyunca sahip oldukları en temel hak olarak değerlendirilmektedir. Bugün en yaygın kullanılan sağlık kavramı, Dünya Sağlık Örgütü Anayasası (1946) tarafından tanımlandığı gibi "sağlık, sadece hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik halidir" şeklinde ele alınmaktadır (World Health Organization [WHO], 1946). Sağlık hakkı anayasal olarak Türkiye'de 1961 ve 1982 Anayasalarında yer almaktadır. 1961 Anayasası'nda sağlık hakkı; "Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbî bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul veya dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır. " şeklinde açıklanırken, 1982 Anayasası'nda ise "Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlama; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler" şeklinde belirtilmiştir (T.C. Resmi Gazete,1961; 1982).

Bireylerin sağlık hakkından yararlanması, sağlıklı çevrede yaşama ve gerektiğinde sağlık hizmeti sunumuna ilişkin olanaklara ulaşabilmesine bağlı olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü Sağlık hakkının

bileşenlerini kullanılabilirlik, ulaşılabilirlik, kabul edilebilirlik ve kalite olarak açıklarken, kullanılabilirlik; herkese yetecek halk sağlığı hizmetleri, sağlık tesisleri ve programlar ihtiyacını ifade eder. Ulaşılabilirlik; sağlık tesislerinin, mallarının ve hizmetlerinin herkes tarafından erişilebilir olmasını gerektirir. Kabul edilebilirlik; tıbbi etik değerlere, kültürel açıdan uygun ve cinsiyete duyarlılık ile ilgilidir ve sağlık tesislerinin, hizmetlerinin ve programlarının insan merkezli olmasını ve farklı nüfus gruplarının özel ihtiyaçlarını da kapsayacak şekilde ve uluslararası tıbbi etik standartlarına uygun olmasını gerektirir. Kalite ise; tesislerin, malların ve hizmetlerin bilimsel ve tıbbi olarak onaylanması gerekliliğini ifade eder (WHO, 2017).

Sağlık hizmeti sunumu yasal düzenlemelerle desteklense de ülkeler izlenen mevcut politikalarından etkilenmektedir. Sağlık hakkının uluslararası ve ulusal yasal düzenlemelerdeki temel noktaları incelendiğinde, kendi vatandaşı olsun ya da olmasın, her bireye sağlık hizmeti sunumu yasal olarak desteklenmekle birlikte, ülkelerin mevcut politikaları nedeniyle ülkeler arasında uygulamada farklılıklar olabilmektedir. Bu farklılıklar da göçmen vb. statüsündeki kişilere eşit hizmetler sağlanmaması nedeniyle uluslararası kamuoyunda eleştiri nedenidir.

Türkiye’de Göçmenlerin Sağlık Hizmetlerine Ulaşımı

Göç, 2009 yılından bu yana sağlığın en önemli sosyal belirleyicilerinin başında kabul edilmektedir (International Organization for Migration [IOM], 2018). Göçün sağlık sistemi üzerine etkisi, göç etme nedenleri, yaşam koşulları ile göçmenlerin kalış süresine bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Ayrıca kültürel ve dilsel etmenler, kişilerin ayrıldıkları toplumların sağlık düzeyi, gönüllü veya zorunlu göçmen olmaları, ayrıldıkları ve yerleştikleri toplumlardaki sosyoekonomik koşullar, yaşam standartları ve yerleştikleri ülkelerin sağlık sistemlerinin kapsayıcı veya kısıtlayıcı olması gibi birçok etmen göçmenlerin sağlığını etkilemektedir (IOM, 2009).

Sosyolojik olarak aralarında benzerlik bulunan kavramlar olan göçmen, mülteci ve sığınmacı kavramlarının hukuksal açıdan farklı tanımlamaları mevcuttur. Uluslararası Göç Örgütü göçmen tanımına ilişkin kabul gören bir tanımlama olmadığını belirtmekle birlikte, göçmen kavramı, “kişisel rahatlık” amacıyla herhangi bir zorlama unsuru olmadan kişinin kendi iradesiyle göç etmeye karar verdiği durumları ifade eder (IOM, 2009). Mülteci ve sığınmacı olan kişi göçmen olarak kabul edilirken, her göçmen mülteci ve sığınmacı olarak kabul görmez (Ziya, 2012). Göçmenleri sığınmacı ve mültecilerden ayıran en önemli özelliklerden biri, göçmenlerin ülkelerinden siyasi nedenlerden değil, sırf ekonomik anlamda daha iyi bir yaşama sahip olmak için ayrılmalarıdır. Sığınmacı ise, başvuru yapmış fakat başvuru kararı henüz sonuçlanmamış mülteci statüsünü ifade eder. Bu açıdan sığınmacı hukuki bir statünün beklendiği süreçten mülteci sonucu ifade eder (Tomanbay, 2004). Sığınmacı kısaca sığınma hakkını talep eden kişidir (Çiçek Korkmaz, 2014). Ülkelerin göç konusunda izledikleri politikalar ve tanımlamalar kadar sunulan sağlık hizmetleri de farklılık göstermektedir. Göçmenlere, özellikle düzensiz dağılım gösteren göçmenlere karşı, üç temel haktan biri olan önleyici ve koruyucu sağlık hizmetlerine erişim olanağının sağlanması oldukça tartışılan bir durum oluşturmaktadır. İnsani açıdan bakıldığında, göçmenlere verilen sağlık hizmetlerinin toplumsal ve kültürel olarak kapsayıcı olması, göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişiminin insan hakları bakış açısından değerlendirilerek toplumdaki bütün bireylere sağlanan olanaklar gibi göçmenlere de sağlık hizmetlerinin eşit erişim hakkının verilmesi gerekmektedir (WHO, 2008).

Türkiye’de bu görüş doğrultusunda oluşturulan yasal düzenlemeler kapsamında göçmenlere ve Suriyeli sığınmacılara sağlık hizmeti sunulmaktadır. Oluşturulan bu düzenlemeler;

- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı Genelgesi (2013) (Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı [AFAD], 2013)
- Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu (2013) (Resmi Gazete, 2013)
- Geçici Koruma Yönetmeliği (2014) (Resmi Gazete, 2014)
- Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar (2015) (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015)
- Göçmen Sağlığı Merkezlerine Dair Yönerge (2015) (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015)
- AFAD – Sağlık Bakanlığı Protokolü (2018) (AFAD, 2018)

Bu yasal sınırlar doğrultusunda geçici koruma kimlik belgesi olan göçmenler, temel ve acil sağlık hizmetleri ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinden ücretsiz yararlanabilmektedir (Akkoç, Tok ve Hasripi, 2017). Kimlik belgesi olmayanlar ise, yalnızca acil sağlık hizmetleri ile temel sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir.

Bu hizmetlere ek olarak 25.03.2015 tarihli, 29153 sayılı “Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar” yönergesi ile Suriyeli sığınmacıların yoğun yaşadığı bölgelerde göçmen sağlığı merkezleri kurulması kararlaştırılmıştır. 03.09.2015 tarihli “Göçmen Sağlığı Merkezlerine Dair Yönerge” de ise, göçmen ve sığınmacılara yönelik birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu tanımlanmıştır. Bu hizmet sunumuna ilişkin yapılan planlama doğrultusunda, birinci basamak sağlık hizmetlerinin, toplum sağlığı merkezleri ile eş güdüm halinde yürütülmesi; göçmenlerin ve sığınmacıların yoğun yaşadığı bölgelerde göçmen sağlığı merkezlerinin, diğer yerlerde ise aile sağlığı merkezlerinin sorumluluğunda bu hizmetlerin sunulması kararlaştırılmıştır.

Bu düzenlemenin yanı sıra, Türkiye’de bulunan Suriyelilerin ikamet adreslerinin bulunduğu ildeki devlet hastaneleri ve sağlık kuruluşlarına doğrudan başvurabilmelerine; ikamet dışı illerdeki devlet hastaneleri ve sağlık kuruluşlarına yalnızca sevk edilmeleri halinde veya ‘112 Acil Komuta Kontrol Merkezi’ aracılığı ile acil durumlarda başvurabilmelerine olanak sağlanmıştır. Bu kapsamda Suriyeli sığınmacılara, acil sağlık hizmetleri, 112 ambulans hizmetleri ve hastanelerin acil servislerinde hizmet sunumu sağlanmaktadır.

‘Göçmen Sağlığı Merkezi’ ve ‘Aile Sağlığı Merkezleri’nde birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunulan sağlık hizmetleri ise;

- İlk kademe muayene, tanı, tedavi ve danışmanlık hizmetleri,
- Bulaşıcı ve salgın hastalık riskine karşı taramalar,
- Aşılama hizmetleri,
- Kadın, gebe, lohusa, bebekler, çocuk ve ergenlere sunulan sağlık hizmetleri,
- Üreme sağlığı hizmetleri,
- Koruyucu ruh sağlığı hizmetleri, madde bağımlılığı ya da psikolojik sorunu olanların belirlendiği durumda verilecek sağlık hizmetleri,
- Hastalık riski ya da hastalık olması halinde koruyucu önlemlerin alınmasını kapsamaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015)

Suriyeli sığınmacılara sunulan bu hizmetlere ek olarak 2016 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Birliği işbirliğiyle “Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Statüsünün ve Türkiye

Cumhuriyeti Tarafından Sunulan İlgili Hizmetlerin Geliştirilmesi” kısa adı ile “SIHHAT” Projesi başlatılmıştır. Bu proje kapsamında, yapılan bütün düzenlemelere ek olarak Suriyeli sığınmacılara sunulan sağlık hizmetlerinin desteklenmesi ve geliştirilmesi amaçlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

Türkiye’de Suriyeli Sığınmacıların Sağlık Hizmetine Ulaşımında Yaşanan Engeller

Sağlık bireyin cinsiyeti, ırkı, dini, sosyal sınıfı ve politik eğilimine bakılmaksızın en temel insan hakkı olarak ele alınmaktadır (Agudelo Suárez ve ark., 2012; Görmüş, 2014). Dünyada ve Türkiye’de yapılan bütün düzenlemelere karşın, göç eden bireylerin bu hakka ulaşmasında engeller yaşadıkları belirtilmektedir. Hizmete erişimdeki bu engeller bütüncül olarak değerlendirildiğinde; göç eden bireylerin bireysel özellikleri, sağlık sistemi, sağlık politikaları, ülkenin coğrafi konumu, kültürel ve sosyal özellikler üzerinde durulmaktadır (Bahadır, 2016; Hacker, Anies, Folb ve Zallman, 2015).

Bireysel özellikler arasında; cinsiyet, sosyoekonomik durum, meslek, sağlık durumu, sağlık okur yazarlığı, sosyal destek, sağlık inançları, sağlık sistemi hakkındaki bilgi düzeyi, dil güçlüğü, kültürel farklılık, korku, maddi durum, kayıtlı olmaması gibi nedenler yer almaktadır (Clough, Lee ve Chae, 2013; Oxman Martinez ve ark., 2005).

Genel olarak göçmenlerin kişisel özellikleri açısından sağlık hizmetine ulaşım durumu incelendiğinde; cinsiyet açısından özellikle kadınların daha olumsuz konumda olduğu belirtilmektedir. Kadınların eşinden izinsiz dışarıya çıkamaması, sistem hakkında bilgisizliği ve dil bilmemesi gibi durumların özellikle koruyucu hizmetlere ulaşmasını engellemekte olup bu durum aynı zamanda aile bireylerinin sağlığı üzerinde de olumsuz etki yaratmaktadır (Karadağ ve Altıntaş, 2010; Yavuz ve Eskiocak, 2014). Diğer önemli bir etken olarak, göçmen bireylerin ülkeye kaçak olarak girmesi nedeniyle kayıtlı olmaması ve sağlık hizmetinden yararlanmak için başvurduğunda sınır dışı edilme korkusu yaşaması üzerinde durulmaktadır. Konuya ilişkin yapılan bir çalışmada, göçmenlerin sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşadığı korkunun %65 oranında sağlık hizmetinden yararlanmada engel yarattığı belirtilmiştir (Hacker ve ark., 2015).

Sağlık hizmeti sunanlardan kaynaklanan engeller arasında ise; olumsuz tutumlar, sağlık çalışanlarının ilgisizliği, ayrımcı uygulamalar, dil ve kültürel farklılıklar, göç eden bireylerin gereksinimleri konusunda deneyimin az olması vb. üzerinde durulmaktadır (Akkoç ve ark., 2017; Çiçek Korkmaz, 2017).

Sağlık hizmet sunumunda farklı kültürlerdeki bireylerle etkili iletişim kurulması, onların dillerinde ve karşındaki bireyi anlamaya yönelik bir yaklaşımın benimsenmesi büyük önem taşımaktadır. Göçmenlere hizmet sunan sağlık profesyonelleri ve hizmet alanlar açısından etkili iletişim konusu değerlendirildiğinde; dil engelini aşılması için bireysel çabaların yeterli olamayacağı, kararlı ve sürdürülebilir örgütsel çözümün gerektiği göz ardı edilemeyen bir gerçektir. Etkili bir sağlık hizmetinin sunumu ve göçmenlerin bundan yararlanabilmesi açısından tartışılması gereken temel konu, anadilde sağlık hizmeti alamama veya verilememesinin ötesinde sağlıklı bir iletişimin kurulamamasıdır.

Ana Dilden Uzakta Sağlık Hizmeti

Göçmenlerin sağlık hizmetine erişimini ve aldıkları tıbbi bakımın kalitesini olumsuz yönde etkileyen en önemli nedenler arasında dil engeli yer almaktadır (Çiçek Korkmaz, 2017; IOM, 2009). Ayrıca dil engeli nedeniyle göçmenlerin sağlık okuryazarlıklarının düşük olduğu, sağlık sistemleri ve koruyucu sağlık hizmetleri konusunda bilgi sahibi olmadıkları üzerinde de durulmaktadır. Bu durumun sağlık kurumlarına daha az başvurulmasına, tedavi ve ilaç kullanımına karşı uyumsuzlukların

yaşanmasına, kanserle mücadele ve aşılama programları ile AIDS testlerine daha az katılım gösterilmesine neden olduğu belirtilmektedir (Marek, 2010).

Dil engelinin başka bir olumsuz sonucunun da göçmenlerin sağlık sistemini tam olarak öğrenememeleri, yükümlülüklerini yerine getirememeleri ve bunların sonucunda yaşadıkları sorunlar nedeniyle sisteme güvenlerini tümenden yitirmeleri olduğu vurgulanmaktadır. Dil engelinin karşılıklı güvensizliğin yanı sıra, tıbbi hataların da ortaya çıkmasına neden olabileceği üzerinde durulmaktadır (Durieux Paillard, 2011). Bu şekilde ortaya çıkan zayıf iletişimden kaynaklanan riski en aza indirmek amacıyla kapsamlı klinik testlerin sayılarının arttığı ve aydınlatılmış onam alma sürecinin olumsuz etkilendiği de belirtilmektedir (Priebe ve ark. 2011).

Dil engeli nedeniyle Suriyeli sığınmacıların büyük bir kısmının sağlık hizmetlerine nasıl başvuracağını bilemediği belirtilmektedir (Önal ve Keklik, 2016). Özellikle gebelik sürecinde kadınların sağlık kurumlarına başvuru yapmasında sorun yaşandığı üzerinde durulmaktadır. Ayrıca aile planlaması hizmetlerinden yararlanamama durumunun bir diğer sonuç olduğu ve beraberinde istenmeyen gebeliklerin, anne ve bebek kayıplarının yaşandığı belirtilmektedir (Bahadır, 2016). Destekler şeklinde bir başka çalışmada Türkiye'ye gelen Suriyelilerin, sağlık hizmetlerinden faydalanamamasının başlıca nedeni olarak dil engeli gösterilmiştir (Aygün ve ark., 2016; Öztürk, 2017). Avrupa'da yapılan pek çok araştırmada, göçmenlerin verilen sağlık hizmetlerini bilmedikleri için kullanmadıkları tespit edilmiştir (Öztürk, 2017). Dil engeli ile birlikte kültür, etnik yapı, dini kimlik, toplumsal cinsiyet ve geleneksel yaşam kalıpları, yaşam koşulları da kadınların göçün olumsuz etkilerini daha derin yaşamasına neden olmakta ve özellikle kadınların sağlık hizmeti almaları önünde engel oluşturmaktadır (United Nations Population Fund [UNFPA], 2016).

DSÖ verilerine göre; Suriye iç savaşı öncesi Suriye halkının bazı sağlık verileri incelendiğinde; aile planlaması yöntemleri kullanma oranı 2006 yılında %58.3 iken 2010 yılında %53.9 olduğu, hamilelik sırasında sağlık hizmetlerine erişimin bir göstergesi olan ve DSÖ tarafından en az dört kez alınması önerilen antenatal bakım için 2006 yılında Suriyeli kadınların %91.1'i en az bir defa sağlık kuruluşuna başvurduğu, düşük ağırlıklı bebek doğum (<2500gr) oranı ise 2009 yılında %10 olduğu kayıtlara geçmiştir (WHO, 2015).

Türkiye 'de var olan sınırlı veriler incelendiğinde ise; Suriyeli kadınlar ve Türk kadınlarla yapılan bir araştırmada; 576 Suriyeli kadınının %23' ünün doğum öncesi sağlık kuruluşlarına başvurduğu, %16' sının ikili tarama testini yaptırdığı, %15'inin gebelerde şeker yüklemesi testi yaptırdığı belirlenirken, Türk hastalarda bu oranlar çok daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca Suriyeli bebeklerin %74'ü 2500 gramın altında dünyaya gelmiştir. Son olarak Suriyeli kadın hastalarda anne ve bebek açısından olumsuz sonuçların daha fazla görüldüğü belirlenmiştir (Özel ve ark., 2018). Bu verileri destekler şekilde Suriyeli kadınlarda Türkiye'ye göçten sonra doğum öncesi ve sonrası bakımın azaldığını işaret eden çeşitli çalışmalar vardır (Cantürk ve Cantürk, 2019; Ekmekçi, 2017; İlhan ve ark., 2016).

Gereksiz başvurular ve acil servis başvurularının artması da bu sorunun farklı bir boyutu olarak ele alınmaktadır. Suriyeli sığınmacıların, dil engeli nedeniyle hastalıklarını ve belirtilerini tam olarak anlatamadıkları ve sonuç olarak tedavi sürecinin olumsuz yönde etkilendiği vurgulanmaktadır (Döner, 2016). Konuya ilişkin yapılan bir çalışmada, hastaneye başvuran Suriyeli hastaların çoğunun cerrahi bir işlem gerektiğinde yapması gereken işlemleri tam olarak bilmediği için süreçte aksaklıkların yaşandığı, yarından fazlasının ilaçlarını nasıl kullanması gerektiğini bilemediği ve yine çoğunun ilacını nasıl kullanacağını komşusuna danışarak öğrenmeye çalıştığı belirtilmiştir (Karataştan, 2017). Ayrıca dil engeli nedeniyle kaliteli bir sağlık bakım hizmeti ve hemşirelik bakımı sunulmadığı belirtilmiştir (Çiçek Korkmaz, 2017).

Akkoç, Tok ve Hasıripi (2017) tarafından göçmen hastalara sağlık hizmeti sunan sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunlar kapsamında yaptıkları çalışmada ise; hastaların %69'unun kendisinin veya aile üyesinin Türkçe bildiğini belirtmesine karşın, sağlık çalışanlarının %61'i dil güçlüğünden dolayı sorun yaşadıklarını belirtmiştir. Bu araştırma bulgusu, dil yeterliliğinin yanı sıra kültürel duyarlılığın da ne kadar önemli olduğu sonucunu ortaya koymaktadır.

Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimleri ve aldıkları tıbbi bakımın kalitesini olumsuz yönde etkileyen dil engelinin nasıl aşılabileceği üzerine tartışmalar sürmektedir. Birçok ülkede tıp eğitimi hasta odaklı bir yapı göstermekte ve hastayla iletişim becerileri de tıp eğitiminde oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Bazı ülkelerde ise, sağlık çalışanlarının yaşadığı dil engelini aşmanın yolu çevirmenler aracılığıyla aşılmaya çalışılmaktadır. Örneğin; İsveç ve Hollanda 1980'lerden başlayarak, aynı göçmen grubun içinden gelen ve toplumun dilini çok iyi bilen çevirmenlerden destek almaktadır. Bu uygulama, İsveç' de daha sonra "hastanın çevirmen isteme hakkı" olarak düzenlenmiş ve yasallaşmıştır. 2011 yılında İsviçre'de sağlık personelinin ulaşabilmesi için telefonla hizmet sunan çeviri hattı sistemi kurulmuştur. Avrupa ülkelerinin bazılarında da hekimlerin göçmenlerle iletişim kurarken 'kültürel araçlardan' yararlandığı belirtilmektedir.

Ancak, Avrupa ve dünyanın diğer bölgelerinin sağlık sistemleri, dil engelinin göçmenlere düşük kaliteli tıbbi bakım sunulmasına neden olduğu gerçeğini kabul etmekle birlikte, bu sorunla başa çıkmak için gerekli adımları atmada yeterli çaba göstermekten oldukça uzak durumdadır (Clough ve ark., 2013). Türkiye'de de bu durumda özellikle göçmenlere sağlık hizmet sunumunda çevirmenlerden yararlanılmasına karşın, çevirmenlerden nasıl yararlanılacağı konusunda yasal bir düzenleme veya sağlık kurumlarını yönlendirecek bir rehber bulunmamaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda, sadece o dili bilen kişilerin bu anlamda yeterli olmadığı, göçmenlerin kültürel özellikleri, alışkanlıkları vb. hakkında bilgi sahibi olan, sağlık konusunda eğitim almış, sağlık terminolojisini bilen, hastayla nasıl ilişki kurulacağına ilişkin eğitim almış, bu konuda sertifikalı kişilerin görevlendirilmesi gerekmektedir. Bu konuda yapılacak düzenlemelerle, sağlık kurumlarında göçmenlere verilen hizmetlerin daha etkili olması, sağlık çalışanlarının ve hizmet alanların yaşadıkları iletişim sorunlarının giderilmesi sağlanabilecektir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Bu derleme son yıllarda Dünyada ve Türkiye'deki göç olgusuna ilişkin durum, göçmenlerin sağlık hakkı ve sağlık hizmetine ulaşımı, Türkiye'de sığınmacı statüsündeki Suriyeli kişilere ilişkin yapılan düzenlemeler ve sağlık hizmetine ulaşım sürecinde yaşanan engeller ve dil engeli konusuna değinilerek, sağlık çalışanlarının bilgilenmesi amaçlanmıştır. Özellikle Suriyeli sığınmacıların ülkemize gelişiyle birlikte sağlık sisteminde yaşanan sorunlara karşı, sağlık çalışanlarının hazırlıklı olması öngörülmüştür. Suriyeli sığınmacıların sağlık hizmetinden yararlanmasına ilişkin birçok düzenlemeler yapılarak, acil ve temel sağlık hizmetlerinden etkin şekilde yararlanmalarına olanak sağlanmıştır. Ancak, sağlık hizmetlerinin sunumu sürecinde hizmet alan ve verenler açısından engelleri aşmak amacıyla yapılan bu düzenlemelerin yetersiz kaldığı özellikle dil engelinin etkili şekilde giderilemediği görülmüştür. Bu bağlamda, sağlık hizmeti sunumu sürecinde dil engelinden doğan risklerin en aza indirilmesi için daha kararlı adımların atılması gerekmektedir. Uygulamada çözüm olarak getirilen çevirmenden yararlanma sürecinin etkili yönetilmesi, özellikle çevirmenlerin sadece dil bilmenin ötesinde sosyolojik, kültürel ve sağlık terminolojisini bilme konusunda yetkinliklerinin artırılması ve sağlık çalışanlarının dil öğrenme konusunda desteklenmesi önerilebilir. Ayrıca, özellikle Suriyeli sığınmacıların yoğun yaşadığı bölgelerdeki sivil toplum kuruluşları ve gönüllülerle iş birliği yapılarak, sağlık hizmetine ulaşma ve yararlanmada etkinliğin artırılmasına çalışılmalıdır.

KAYNAKÇA

- AFAD (2018) AFAD – Sağlık Bakanlığı Protokolü. Erişim Adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/19264,afet-ve-acil-durum-yonetimi-baskanligi-goc-idaresi-genel-mudurlugu-ve-saglik-bakanligi-arasinda-goturu-bedel-uzerinden-saglik-hizmeti-alim-protokolu-03072018pdf.pdf?0>. (Erişim tarihi: 12.01.2020).
- AFAD (2013) AFAD Genelgesi. Erişim Adresi: https://www.afad.gov.tr/kurumlar/afad.gov.tr/2311/files/Suriyeli_Misafirlerin_Saglik_ve_Diger_Hizmetleri_Hakkinda_Genelge_20138.pdf. (Erişim tarihi: 12.01.2020).
- Agudelo-Suárez A. A., Gil-González D., Vives-Cases C., Love J. G., Wimpenny P., ve Ronda-Pérez E. (2012). A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants. *BMC health services research*, 12(1), 461.
- Akkoç, S., Tok, M., ve Hasrıpi, A. (2017). Mülteci ve sığınmacı hastalara sağlık hizmeti sunulurken sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunlar. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1), 23-27.
- Aygün O., Gökdemir Ö., Bulut Ü., Yaprak S., ve Güldal D. (2016). Bir Toplum Sağlığı Merkezi Örneğinde Sığınmacı ve Mültecilere Verilen Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(1).
- Bahadır, H. (2016). İzmir'in bir mahallesinde yaşayan Suriyeli sığınmacıların sağlık durumları, sağlık hizmetlerine erişimi ve erişimi etkileyen etmenler. *Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi*, İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Cantürk F. K., & Cantürk M. (2019). Kırşehir İlindeki Suriyeli Mültecilerin Perinatal Sonuçlarının Değerlendirilmesi. *Ahi Evran Tıp Dergisi*, 3(1), 6-11.
- Clough J., Lee S., ve Chae D. H. (2013). Barriers to health care among Asian immigrants in the United States: A traditional review. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 24(1), 384-403.
- Çiçek Korkmaz, A. (2017). Suriyeli sığınmacıların hemşirelik hizmetleri sunumuna etkisi: nitel bir çalışma. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Çiçek Korkmaz, A. (2014). Suriyeli Sığınmacıların Hemşirelik Hizmetlerine Yarattığı Sorunlar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(1), 37-42.
- Döner, H. (2016). Suriyeli göçmenlerle yaşanan sorunlar üzerine sosyolojik bir araştırma: Hatay ili örneği. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Elazır: Fırat Üniversitesi.
- Durieux-Paillard, S. (2011). Differences in language, religious beliefs and culture: the need for culturally responsive health services. In: B. Rechel, P. Mladovsky, B. Rijks, W. Devillé, R. Petrova-Benedict, M. McKee (Eds), *Migration and health in the European Union (203-212)*. Berkshire, USA: McGraw Hill.
- Ekmekci, P. E. (2017). Syrian refugees, health and migration legislation in Turkey. *Journal of immigrant and minority health*, 19(6), 1434-1441.
- Görmüş, A. (2014). Refah devletinde sağlık hakkının dönüşümü: kamu hizmeti paradigmasından piyasa hizmeti paradigmasına. In: K. A. Ertan, F. Kartal, Y. Ş. Atay (Eds), *Sosyal Adalet İçin İnsan Hakları: Sosyal Haklar (447-469)*. Ankara: Todaie.
- Hacker K., Anies M., Folb, B. L. & Zallman L. (2015). Barriers to health care for undocumented immigrants: a literature review. *Risk Management and Healthcare Policy*, 8, 175.
- International Organization for Migration (IOM) (2009). *Developing a Public Health Workforce to Address Migrant Health Needs in Europe*. Erişim Adresi: <http://www.migrant-health-europe.org/> (Erişim Tarihi:08.06.2019).
- International Organization for Migration.(IOM) (2018). *Social Determinants of Migrant Health*.Erişim Adresi: <https://www.iom.int/social-determinants-migranthealth>. (Erişim tarihi: 12.11.2019).
- İlhan M.N., Gözlü M., Atasever M., Dündar M.A., Büyükgök D., ve Barkan O.B. (2016). Göç ve Halk Sağlığı. *Sasam Enstitüsü Sasam Yayınları*, (7). Erişim Adresi: <http://www.sasam.org.tr/wp-content/uploads/2016/05/gochalksagligi.pdf> Erişim Tarihi: 04.01.2020
- Karadağ Ö., ve Altıntaş K. H. (2010). Mülteciler ve Sağlık. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1).
- Karataştan, N. (2017). Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşadıkları zorluklar. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, İstanbul: Haliç Üniversitesi.
- Marek, M. (2010). Poverty and health. In: *Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe 124, 35.
- Oxman-Martinez J., Hanley J., Lach L., Khanlou N., Weerasinghe S. & Agnew V. (2005). Intersection of Canadian policy parameters affecting women with precarious immigration status: A baseline for understanding barriers to health. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 7(4), 247-258.
- Önal A., ve Keklik B. (2016). Mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı sorunlar: Isparta ilinde bir uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 7(15), 132-148.

- Özel Ş., Yaman S., Kansu-Çelik H., Haçerlioğulları N., Balcı N., & Engin-Üstün Y. (2018). Obstetric outcomes among syrian refugees: a comparative study at a tertiary care Maternity Hospital in Turkey. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia/RBGO Gynecology and Obstetrics*, 40(11), 673-679.
- Öztürk, A. (2017). Göçlerin Kadın Sağlığına Etkileri. *Türkiye Klinikleri Halk Sağlığı Özel Dergisi*, 3(1), 41-48.
- Priebe S., Sandhu S., Dias S., Gaddini A., Greacen T., Ioannidis E. & Riera R. P. (2011). Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11(1), 187.
- Resmi Gazete. 2014. Geçici Koruma Yönetmeliği. Erişim Adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141022-15-1.pdf>. (Erişim tarihi:01.02.2020)
- Resmi Gazete 04/04/2013. Yabancılar ve Uluslararası Koruma Kanunu. Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/04/20130411-2.htm>. (Erişim tarihi:01.02.2020).
- Resmi Gazete 9/07/1961 tarihli 10859 (Mükerrer) sayılı. (1961). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası.
- Resmi Gazete 9/11/1982 tarihli 17863 (Mükerrer) sayılı. (1982). Türkiye Cumhuriyeti Anayasası.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, (2017). Suriyeli Sığınmacılar İçin Sıhhat Projesi. <https://sggm.saglik.gov.tr/TR,25460/suriyeli-siginmacilar-icin-sihhat-projesi.html>, (Erişim Tarihi: 15.03.2020)
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2015). Geçici Koruma Altına Alınanlara Verilecek Sağlık Hizmetlerine Dair Esaslar. Erişim Adresi:<https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1376,saglik-bakanligi-gecici-koruma-yonergesi-25032015pdf.pdf?0>. (Erişim tarihi: 01.11.2019)
- TC. İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Müdürlüğü (2019). Güncel Veriler. Erişim Adresi: <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638>. (Erişim tarihi: 01.11.2019)
- TC. İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Müdürlüğü (2016). Göç Raporu. Erişim Adresi: https://www.goc.gov.tr/kurumlar/goc.gov.tr/YillikGocRaporlari/2016_yiik_goc_raporu_haziran.pdf (Erişim tarihi: 01.11.2019)
- Tomanbay, İ. (2004). Sığınma ve göçmen alanında kavram sorunu. *Umuda Doğru Sığınmacı ve Göçmenlerle Dayanışma Derneği Dergisi*, 4 (13), 5-7.
- United Nations, Development of Economic and Social Affairs, Population Division, International Migration (2019). Erişim Adresi: https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/migrationreport/docs/MigrationReport2019_Highlights.pdf (Erişim tarihi: 05.12.2019).
- United Nations Population Fund (UNFPA) (2016). Women and girls in the Syria crisis: UNFPA response facts and figures. Erişim Adresi: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/UNFPA-ACTSANDFIGURES-5%5B4%5D.pdf> (Erişim tarihi: 16.03.2020).
- World Health Organization (WHO). (2017). "Human rights and health". Erişim Adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health> Erişim Tarihi: 20.03.2020
- World Health Organization (WHO). (2015). Global Health Observatory Views. Syrian Arab Republic statistics summary (2002 - present). Erişim Adresi: <https://apps.who.int/gho/data/node.country.country-SYR?lang=en>. Erişim Tarihi: 06.04.2020
- World Health Organization (WHO). (2008). *Bulletin of the World Health Organization*, 86 (8), 584-585.
- World Health Organization (WHO). (1946). "Constitution of the World Health Organization", Geneva: WHO. Erişim Adresi: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf (Erişim tarihi: 20.03.20)
- Yavuz C., ve Eskiocak M. (2014). Healthcare reform in Turkey: far from perfect. *The Lancet*, 383(9911), 27-28.
- Ziya, O. (2012). Mülteci - Göçmen Belirsizliğinde İklim Mültecileri. *TBB Dergisi*, 99, 229-40.

EXTENDED ABS TRACT

Migration issues are near the top of the agenda not only in immigrant-receiving states but also in all geographies where globalization is perceived or intensively experienced. These migration issues concern everybody and every structure, as almost every country has been affected by immigration. For example, during the second half of the twentieth century, collective population movements were witnessed, and the immigrant population has increased rapidly in the last half-century.

With this unprecedented volume of human mobility, the health of immigrants has become a global issue, and their healthcare needs and how these needs are met are being discussed. Immigrants are among the most vulnerable groups in the healthcare system due to their difficult life conditions, lack of access to basic needs (like sheltering and nutritional needs), their difficulties in accessing healthcare services, and many other reasons. One of the most important social determinants of health, migration affects the healthcare system in various ways depending on the reasons for immigration, living conditions, and the length of stay of the immigrants. Also, many factors, including cultural and linguistic factors, the health level of the societies the people have left, whether they were voluntarily or involuntarily immigrant, the socioeconomic conditions in the countries immigrated to, the living standards of the immigrants, and the inclusion level of the healthcare systems of the countries, affect the health of the immigrants and may cause inequalities.

The basic rights to health included in international and national legislative regulations must offer healthcare service to everybody, regardless of citizenship. However, the application differs among countries due to the immigration phenomenon.

Due to Turkey's open door policy instituted in 2011, the number of Syrian refugees in Turkey fleeing the civil war in Syria has increased rapidly. This has required Turkey to develop immigration and immigrant health policies for Syrian refugees, and primary healthcare services are now provided in the Migrant Health Centres and Family Health Centres. These units provide diagnosis; treatment and consultancy services; screening against risks of contagious and epidemic diseases; vaccination; healthcare services for women, pregnant women, postpartum women, infants, children, and adolescents; reproductive health services; preventive mental health services; and preventive services.

Many countries throughout the world have also instituted interventions for immigrant health, but language barriers are a common problem both for those accessing and providing basic healthcare. These barriers can lead to problems that include failing to provide effective medical treatment, abusing emergency healthcare services, failing to protect patient safety. Foreign culture, environments, and healthcare services are complex for immigrants to navigate, and providing healthcare services for immigrants is also complex for healthcare providers. This complexity is heightened when inefficient communication is also a factor with socially and culturally different patient groups; for example, the providers cannot know or learn the exact medical history of such groups. Thus, some individual efforts have been made by healthcare professionals, such as learning different languages, and by the immigrants, such as finding a translator.

When effective communication is evaluated in terms of healthcare professionals and those receiving service, it is non-negligible that individual efforts are not enough to eliminate language barriers. Thus, a decisive and sustainable organisational solution is required. Establishing effective communication with individuals from different cultures and adopting an approach to understanding others are of prime importance in providing healthcare services. Healthy communication must be established to provide an effective healthcare service of which immigrants can take advantage.

Therefore, the aim of this review was to inform healthcare professionals by addressing the migration phenomenon around the world—and specifically in Turkey—as well as the health rights and access to healthcare for immigrants, the regulations established for Syrian refugees in Turkey, the barriers to accessing healthcare services, and the language barriers. Many regulations in Turkey have been established concerning Syrian refugees and healthcare services to allow the immigrants to utilise emergency and basic healthcare services effectively. However, these regulations for healthcare providers have remained insufficient, especially in effectively eliminating language barriers. Firmer actions and more efficient management of the translator recruitment process will increase the competencies of translators for knowing specific sociological, cultural, and health terminology and for supporting healthcare professionals in learning the language. Doing so will minimise the risks caused by the language barrier during healthcare service delivery. Additionally, cooperation between nongovernmental organisations and volunteers should be established, especially in regions with a high population of Syrian refugees where the efficiency in accessing and utilizing healthcare services must be increased.

Meleis'i Anlamak: Geçiş Kuramı

Tuğba GÖZÜTOK KONUK¹  Serpil SU² 

¹ Selçuk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye,
gozutokkonuktugba@gmail.com (Sorumlu Yazar/ Corresponding Author)

² Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye,
suserpil@gmail.com

Makale Bilgileri	ÖZ
Makale Geçmişi Geliş: 28.02.2020 Kabul: 07.05.2020 Yayın: 25.08.2020	Uygulamalı bir disiplin olan hemşireliğin, bilimsel bir temele dayandırılması için çok sayıda kuram geliştirilmiştir. Bunlardan birisi de geçiş kuramıdır. Meleis, geçiş kuramının teorik temellerini rol eksikliği ve rol desteği kavramlarını tanımlayarak başlamıştır. Rol ile kastedilen sadece beklenen birtakım davranışlar değil, potansiyel işleri toparlamayı sağlayan duygu ve amaçlardır. Meleis hemşireliği; toplumların geçişlerdeki sağlık ve iyi olma halini kolaylaştıran bir bilim ve sanat olarak tanımlamıştır. Bir kişi ya da çevrede görülen değişimin, kişinin kendisi ya da diğerleri tarafından algılandığı dönem olarak tanımlanan geçiş, ayrıca değişim ve dönüşümlerin, kayıp ve kazanımların tecrübe edildiği, bir durum ya da statüden diğerine geçişi ifade eder. Her biri ayrı hemşirelik uygulaması gerektiren dört tip geçiş vardır. Bunlar; gelişimsel, durumsal, sağlık-hastalık ve kurumsal geçişlerdir. Gelişimsel geçişlere örnek: anneliğe geçiş, menapozal geçiş ve yaşlılık; durumsal geçişlere örnek: evsizler, bir yakının ölüm deneyimi, ayrılık, boşanma, taburculuk, göç; sağlık-hastalık geçişine örnek: yıkıcı bir tanı alma, kronik hastalık sahibi olma; kurumsal geçişe örnek: yeni hemşirelik bakım modellerinin kullanılması, kurumlarda yeni teknoloji kullanımı, yeni istihdam modelleri kullanımı verilebilir. Geçiş durumunun doğası (tipleri, örüntüleri, özellikleri), Kolaylaştırıcı ve engelleyiciler (kişisel, toplumsal, topluluksal), Yanıt şekilleri (gelişim göstergeleri, sonuç göstergeleri) ve Fiziksel, psikolojik ve spiritüel hemşirelik bakımı (terapötik hemşirelik bakımı) Meleis'in geçiş kuramının ana kavramlarını oluşturmaktadır. Geçiş kuramına dayalı geliştirilen modellerden 3 tanesi şunlardır; Geçiş Bakım Modeli (Transitional Care Model), Çözümleme (Debriefing), Rol Desteği Modeli (Role Supplementation Model).

Understand Meleis: Transition Theory

Article Info	ABSTRACT
Article History Received: 28.02.2020 Accepted: 07.05.2020 Published: 25.08.2020	Numerous theories have been developed to base nursing, which is an applied discipline, on a scientific basis. One of them is transition theory. Meleis began the theoretical foundations of the transition theory by defining the concepts of role insufficiency and role supplementation. Role is meant not just an expected set of behavior, but emotions and goals that help gather potential work. Meleis defined nursing as a science and art that facilitates the health and well-being of societies. Transition defined as the period in which a change in a person or environment is perceived by the person herself or others, it also refers to the transition from one state or status to another, where changes and transformations, losses and gains are experienced. There are four types of transitions, each of which requires separate nursing practice. These are; developmental, situational, health-disease and organizational transitions. Example of developmental transitions: transition to motherhood, menopausal transition and old age; example of situational transitions: homeless people, death experience of a relative, separation, divorce, discharge, migration; example of health-disease transition: having a destructive diagnosis, having chronic disease; examples of organizational transition: using new nursing care models, using new technology in institutions, using new employment models. The nature of transition state (types, patterns, properties), facilitators and inhibitors (personal, community, society), patterns of response (process indicators, outcome indicators) and physical, psychological and spiritual nursing care (therapeutic nursing care) is the main concept of transition theory of Meleis. 3 models developed based on transition theory are as follows; Transitional Care Model, Debriefing, Role Supplementation Model.
Keywords: Nursing, Nursing Theory, Transition Theory, Meleis	

Atf/Citation: Konuk T.G. & Su S. (2020). Meleis'i anlamak: Geçiş kuramı, *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 61-76.



"This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0)"

GİRİŞ

Yirmi birinci yüzyıla girildiğinde, hemşireliği profesyonel bir meslek olarak algılamaya başlayan hemşire liderler, hemşirelik uygulamalarını bilimsel temellere oturtmayı amaçladılar. Yirminci yüzyılın ilk yarısında ki çabalar, yüzyılın ikinci yarısında, hemşire liderlerin hemşireliğin profesyonel meslek olarak kabullenilebilmesi için, kavramsal ve kuramsal çerçevesinin belirlenmesinin zorunlu olduğunu algıladılar (Ocakçı ve Alpar, 2013).

Uygulamalı bir disiplin olan hemşireliğin, bilimsel bir temele dayandırılması için çok sayıda kuram geliştirilmiştir. Hemşirelik uygulamalarında kuram kullanımının; hemşirelik etkinlikleri için tanımlar getirmesi, olayların sistematik olarak tanımlanması ve hemşirelik durumlarının açıklanmasını sağlaması, uygulamayı geliştirmede uygulayıcıya rehberlik sağlaması, hemşirelik uygulamalarında ilişki ve sonuçlara dikkat çekmesi, eğitimde bilgiyi organize etmesi ve hemşirenin ne yapacağı ve nasıl yapacağı hakkında çerçeve sağlaması gibi yararları vardır. Unutulmamalıdır ki, bir mesleğin varlığı, kuramların uygulanmasıyla sağlanır. Çünkü kuramlar, belli bir disiplinin iç denetimini sağlar (Biol, 2013). Aggleton ve Chalmers (1986), kuram olmadan hemşirelik sürecini kullanmanın “karanlıkta pratik” yapmak olduğuna inanırlar (Aktaran: Mc Kenna 2005).

Kaya, Babadağ, Yeşiltepe Kaçar ve Uygur (2010)’un yaptığı çalışmada hemşirelerin sadece % 6.8’sinin bir veya iki hemşirelik model/kuramını bildiği saptanmıştır. Şengün İnan, Üstün ve Bademli (2013)’nin Türkiye’de kuram/modele dayalı hemşirelik araştırmalarını inceledikleri çalışmada, Türkiye’de kurama dayalı çalışmaların yetersiz olduğu ve standardizasyonunun olmadığı görülmüştür.

Orta düzey bir kuram olan Meleis’in Geçiş Kuramı ülkemizde üç doktora tezinde kullanılmış olup (Körükçü, 2015; Öztürk Eyimaya, 2019; Türk Düdükçü, 2019), bu derlemenin Meleis üzerine çalışma yapmak isteyen araştırmacılara ve öğrencilere yol göstermesi amaçlanmıştır.

MELEIS KİMDİR?

19 Mart 1942 yılında İskenderiye Mısır’da doğan **Afaf İbrahim Meleis (PhD, DrPS (hon), FAAN)**, 1961 yılında İskenderiye Üniversitesi’nden mezun olmuştur. Ardından 1964 yılında hemşirelikte, 1966 yılında sosyolojide yüksek lisans eğitimini tamamlayarak, 1968 yılında Los Angeles, California Üniversitesi’nde tıbbi ve sosyal psikoloji alanında doktora derecesini almıştır (Meleis, 2010; Robert Wood Johnson Foundation Nurse Faculty Scholars Erişim Tarihi: 17.04.2018 <http://nursefaculty.com/scholars/afaf-ibrahim-meleis/>).

Hemşirelik ve sosyoloji profesörü ünvanlarına sahip olan Meleis, California Los Angeles Üniversitesi’nde ve California San Francisco Üniversitesi’nde 34 yıl hemşirelik profesörü olarak çalışmıştır. 13 yıl Pensilvanya Üniversitesi, Hemşirelik Okulu’nda Dekanlık görevini yürütmüş ve 2016 yılında emekli olmuştur. Katılım, güçlendirme, savunma, eğitim ve araştırma yoluyla dünyadaki kadınların sağlık, sağlık bakımı ve iyi olma halini teşvik etme amacına yönelik uluslararası bir sivil toplum kuruluşu olan Uluslararası Kadın Sağlığı Sorunları Konseyi (ICOWHI) Konseyi genel danışmanıdır (Meleis, 2010; ICOWHI Erişim Tarihi: 17.04.2018 <https://icowhi.org/about-us/board-of-directors/>).

Meleis’in çalışma alanı; küresel sağlık, göçmenler ve küresel sağlık, kadın sağlığı ve hemşirelik disiplininin kuramsal gelişimi üzerine odaklanmıştır. Sosyal bilimler, hemşirelik ve tıp dergilerinde 150’den fazla makalenin yazarıdır; 40 bölüm; 6 kitap ve çok sayıda monograf ve yöntem de yazmıştır. Meleis, hemşirelik biliminin organizasyonu ve yapısı, geçişler ve sağlık ve uluslararası hemşirelik konuları üzerinde eğitim vermiştir. Meleis, sayısız ödüllerin yanı sıra dünya çapında bilinen onursal profesör ünvanlarına sahiptir. Ödülleri arasında; Mısır Cumhurbaşkanı Hüsnü Mübarek 1990 yılında

profesyonel ve bilimsel başarılar için Üstünlük Madalyası'nı sunmuş ve 2000 yılında Massachusetts Üniversitesi'nden Şansölye Madalyasını almıştır (Robert Wood Johnson Foundation Nurse Faculty Scholars Erişim Tarihi: 17.04.2018 <http://nursefaculty.com/scholars/afaf-ibrahim-meleis>).

GEÇİŞ TEORİSİNİN GELİŞMESİNDE ETKİLİ FAKTÖRLER VE TEORİ GELİŞİM SÜRECİ

Meleis'in geçişlere olan ilgisi 1960'ların ortasında, destekleyici gruplarla başlamıştır. O dönemde, gelişimsel veya sağlıkla ilgili sorunlarla başa çıkma konusunda eğitim ve destekleme yoluyla bireylere yardım etmeyi amaçlayan gruplar oluşmuştur. Hemşireler veya birtakım topluluk üyeleri tarafından yürütülen bu gruplar; bireylere yenidoğan bebek bakımında yardım, aile üyelerinden birinin kaybı, yıkıcı bir tıbbi tanı alma, mastektomi ya da kolostomi açılması gibi cerrahi işlemler ve bireylerin hayatında rutinin dışında gelişebilecek diğer sağlık tecrübelerinde birey ve ailelere destek verilmesi hizmetlerini yürütmektedir. Meleis doktorayı bitirmesinin hemen ardından, kendisini teori ve araştırma sınıflarında öğrendiklerini uygularken bulmuş ve bu destekleyici grupları incelemiştir. Meleis çalışma arkadaşlarıyla birlikte, destekleyici gruplarda hemşireler tarafından kullanılan yaygın- yaygın olmayan temalar, tecrübeler, cevaplar ve stratejileri incelemiş ve bu destekleyici grupları oluşturma ve yürütmede evrensel özellikleri oluşturmaya ihtiyaç olduğunu saptamışlardır (Meleis, 2010).

Meleis bu yıllarda gebeliğin planlanması ve ebeveynlik rollerinde tecrübe kazanma üzerine ilgi duymuş ve bu alanlarda çalışmıştır. Kuramının gelişmesinde ve keşfinde odak noktası aile ve destekleyici gruplar olmuştur. Geçiş süreci ve geçişlere verilen cevaplar hakkında yeterli veri olmamasına rağmen, Meleis geliştirilmesi gereken alanın geçişler değil, geçişlerden sonra sağlıklı çıktılar alabilmek için hemşirelerin bu bireyler için neler yapabileceği olarak varsaymıştır (Meleis, 2010).

Meleis'in araştırma soruları; sağlıklı geçişler yapmayan kişilere ne olduğu, hemşirelerin bu kişilere nasıl bakım verdiği ve bireylerin sağlıklı geçişler tecrübe edebilmesi için hemşirelerin hangi hemşirelik uygulamalarını kullanabileceğidir. Bu araştırma soruları da, Meleis klinikte kronik hastalıklarda bakım ve ebeveynlik üzerine gözlem yapmaya başlamasıyla ortaya çıkmıştır (Meleis, 2010). Böylece Meleis ilk olarak rol yetersizliğine 'role insufficiency' neden olan sağlıklı ve etkili olmayan geçişleri tanımlamıştır. Bir rolü yerine getirmede yaşanan zorluk veya kişi tarafından veya çevresindeki diğer önemli kişiler tarafından algılanan rol davranışları ile ilgili duygu ve hedeflerde yaşanan zorluklar olarak tanımladığı rol yetersizliği; rolün zorunluluklarını ve beklentilerini yerine getirmede farklılık algılarına bağlı davranış ve duygularla karakterizedir (Meleis, 1975). Bu durum yeni rolleri yerine getirmede de geçerlidir. Örneğin; hastalıktan iyileşmeye giden iyileşme rolü, yeni ebeveynlik rolü, yeni mezun olan kişinin durumu. Değişikliğe uğrayan bu grupların tek bir ortak noktası; rollerinde ve bazı destek sistemlerinde kayıp ve kazanımların olmasıdır (Meleis, 2010).

Hemşirelikteki birçok gelişme ve Meleis'in göçmenler ve göçmen sağlığına artan ilgisi, geçişin doğasına olan odaklanmanın, 1980'lerde geçişlerdeki insan tecrübelerine kaymasına neden olmuştur. Meleis o yıllarda sağlık ve hastalıkla ilişkili insan tecrübeleri üzerine şekillenen hemşirelik tanımlamalarından ilham alarak, geçiş tecrübeleri üzerine sorular sormaya ve düşünmeye kavramsal olarak başlamıştır. Massey Üniversitesi'nden Dr. Norma Chick ile geçişi kavramsal açıdan geliştirmek için çalışma yapmaya karar vermişler ve 1985'te çıkan sonuçları 'Transitions: A Nursing Concern' isimli makale ile yayınlamışlardır (Chick ve Meleis, 1986). 10 yıl sonra California Üniversitesi'nden doktora öğrencisi Dr. Karen Schumacher ile hemşirelik literatüründe hangi geçişlerin kavramsal olarak kullanıldığına yönelik araştırma yapmışlar ve geçişler üzerine odaklanan 310 makale tespit etmişlerdir. Bu makaledeki bulguları analiz ederek geçişi 'transition' hemşirelikte ana kavramlardan biri olarak

tanımlamışlardır (Schumacher ve Meleis, 1994). Geçişlere olan ilgisi ve geçişlerin hemşirelik bilgisini artırmaya olan inancı böylece onaylanmıştır. Bütün bu araştırma ve kuramsal buluşlardan yola çıkarak hemşirelerin kullanmaya eğilimli olduğu geçişleri 4 kategoride tanımlamışlardır. Bunlar; Gelişimsel (Developmental), Durumsal (Situational), Sağlık-Hastalık (Health-Illness), Kurumsal (Organizational) (Meleis, 2010).

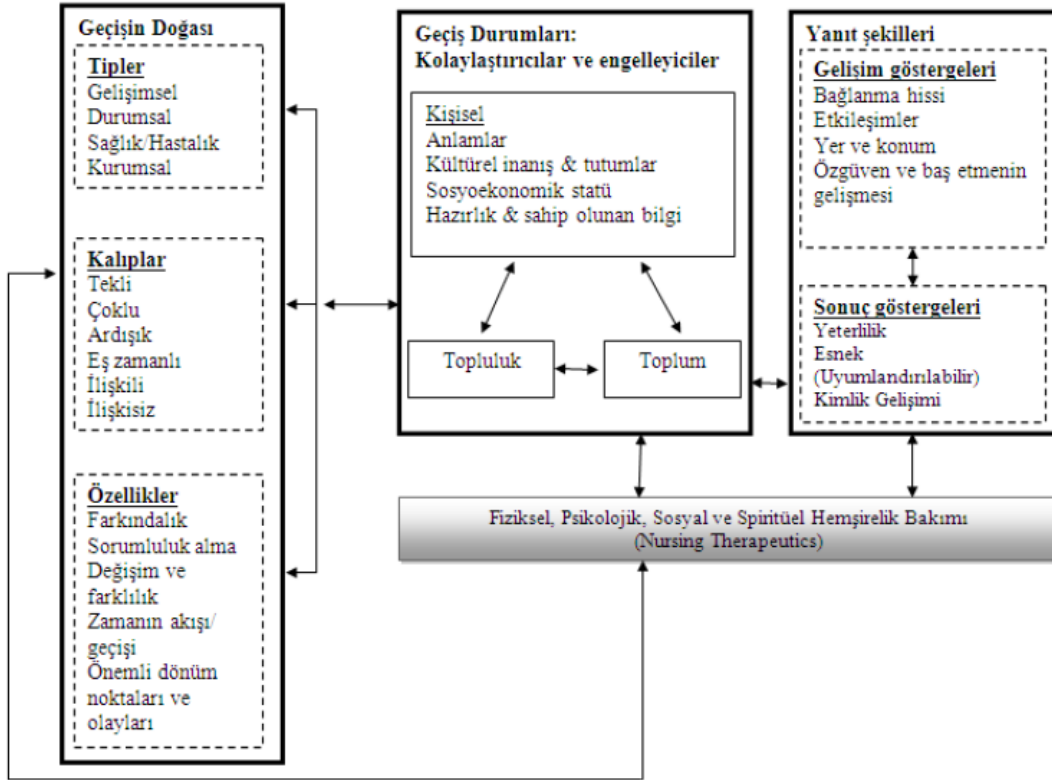
Meleis (1986) geçişi; bir kişi ya da çevrede görülen değişimin, kişinin kendisi ya da diğerleri tarafından algılandığı dönem olarak tanımlamıştır. Geçiş sürecine özgü özellikler:

1. Sosyal ağ ve destek sistemlerinden kopukluk,
2. Önemli nesnelere veya konuların tanıdık referans noktalarının geçici kaybı,
3. Yeni ortaya çıkan ihtiyaçlar eskisi gibi karşılanmayabilir,
4. Eski beklentiler değişen koşullarla uyumlu değil. Geçiş, sağlık durumunda, rol ilişkilerinde, beklentilerde veya yeteneklerde bir değişikliği ifade eder (Meleis, 1986).

Meleis ve Dr. Trish Trangenstein, hemşireliğin birincil amacının insanlara sağlıklı geçişler yaparken sağlıklı sonuçlar almalarına yardım etmek olduğuna karar vermiş ve bu doğrultuda hemşireliği; toplumların geçişlerdeki sağlık ve iyi olma halini kolaylaştıran bir bilim ve sanat olarak tanımlamışlardır. Ayrıca hemşireliği; sağlık ve algılanan iyi olma halinin bozulduğu geçişlerde kişilerin tecrübe ve süreçleriyle ilgili olma olarak tanımlamışlardır (Meleis ve Trangenstein, 1994).

Meleis, geçiş kuramının teorik temellerini rol eksikliği ve rol desteği kavramlarını tanımlayarak başlamıştır. Rol ile kastedilen sadece beklenen bir takım davranışlar değil, potansiyel işleri toparlamayı sağlayan duygu ve amaçlardır. Kavram olarak rol, kişisel davranışları diğer insanlarla kıyaslama ve yorumlamada ayrıca davranışların hangi durumlarda ortaya çıktığını anlamada yararlıdır. Rol eksikliği; sağlık-hastalık durumunda, kişinin kendisi ya da birinci dereceden yakınları tarafından, rolü yerine getirmedeki beklenti ve zorunluluklarda hissedilen farklılığa bağlı yaşanan duygu ve davranışları simgeler. Rol geçişleri; ilişkiler, beklentiler ve yeteneklerdeki değişikliği simgeler. Rol geçişleri kişinin, yeni bilgi edinmesini, davranışlarını değiştirmesini ve sosyal çevresi içerisinde kendini tanımlamada değişiklik gerektirir. Rol geçişleri; Gelişimsel, Durumsal ve Sağlık-Hastalık geçişlerinde görülür (Meleis, 2010).

MELEİS'İN GEÇİŞ KURAMI



Şekil 1. Meleis'in Geçiş Kuramının Ana Kavramları (Körükçü, 2015)

Geçiş Kuramının Ana Kavramları

Meleis'in geçiş kuramının ana kavramlarını;

1. Geçiş durumunun doğası (tipleri, örüntüleri, özellikleri),
2. Kolaylaştırıcı ve engelleyiciler (kişisel, toplumsal, topluluksal),
3. Yanıt şekilleri (süreç göstergeleri, sonuç göstergeleri) ve
4. Fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel hemşirelik bakımı (nursing therapeutics) oluşturmaktadır (Meleis, 2010). Şekil 1'de bu kavramlar şematize edilmiştir.

1. Geçiş Durumunun Doğası

1.1. Geçiş Tipleri

Geçiş kuramı üzerine yapılan çalışmalar incelendiğinde, hasta ve ailesiyle çalışan hemşirelerin tecrübelerinden yararlanarak gelişimsel, durumsal, sağlık-hastalık ve kurumsal olmak üzere 4 çeşit geçiş tipi belirlenmiştir.

1.1.1. Gelişimsel geçişler

Normal hayat seyri içerisinde büyüme ve gelişmede çok sayıda geçişlerle karşılaşmamıza rağmen, 2 önemli geçiş fizyolojik ve mental sağlık problemleri ile ilişkili olabilir. Bunlar; çocukluktan adölesanlığa (madde bağımlılığı, cinsel problemler, evlilik dışı gebelik ve annelik) ve yetişkinlikten yaşlılığa (gerontolojik problemler, kimlik tanımlama, emeklilik, kronik hastalıklar) olmak üzere iki şekildedir (Meleis, 2010).

Santos, Janini, Souza ve Santos'un (2019) tekerlekli sandalye kullanan engelli kadınların anneliğe geçişi, Türk Düdükü ve Taş Arslan'ın (2019) anneliğe geçiş, Mercer'in (2004) anne olma ve annelik rolü kazanımı, Shin ve White-Traut'ın (2007) bebeği yoğun bakım ünitesinde olan kadınların anneliğe geçişi, Gaffney'in (1992) annelik rolü yeterliliği, Im ve Meleis'in (1999) düşük gelirli Koreli göçmen kadınların menopoza geçişi, Schumacher, Jones ve Meleis'in (1999) orta yaştaki bireylerin yaşlılığa geçişi, Kaas ve Rousseau'nun (1983) yaşlılıkta cinselliğe uyum ile ilgili çalışmaları gelişimsel geçişler konusunda hemşirelik alanında yapılan araştırmalar açısından önemli bir yere sahiptir.

1.1.2. Durumsal geçişler

Bir gruba ekleme ya da çıkarma olması durumunda yaşanan durumdur. Örneğin; ailede ölüm ya da doğum yaşanması. Rollerin tekrar tanımlanmasını gerektirir aksi takdirde çatışmalar başlar. Durumsal geçişler rollerdeki değişime ilişkin ani değişiklikleri içerir. Durumsal geçişe örnek olabilecek iki önemli kavram taburculuk ve taşınmadır. Hemşireler hastaların hastaneye yatmasıyla birlikte durumsal bir geçiş yaşadığının farkında olmalıdırlar. Bu tip geçişler uzun sürer. Evsizlerin durumu, istismar ilişkisini sonlandırma, ayrılık, boşanma, göç, huzurevine yerleşme durumsal geçişlere verilebilecek diğer örneklerdir. Her biri ayrı hemşirelik uygulamalarını gerektirir (Meleis, 2010).

Lee ve diğerlerinin (2019), bir yakınının Alzheimer tanısı almasını takiben bakım verici rolüne geçişi deneyimleyen bireyler üzerine yaptığı çalışma, durumsal geçişlere iyi bir örnektir. Çalışmada bakım vericilerin aile üyeleri ile ilişkide değişim ve stres yaşadığı ve tanı sürecinde bakım verici rolü sorumluluklarında artış deneyimledikleri görülmüştür. Bu yeni bakım verici rolüne geçişle birlikte, bireyin bilgiye, akran desteğine, bakımı planlamada bir yardımcıya ve duygusal desteğe olan ihtiyaçlarının arttığı ve başarılı bir rol geçişi için bakım vericilerin ihtiyaçlarını ele alan uygulamaların gerekliliği bu çalışmanın önemli sonuçları olarak karşımıza çıkmaktadır.

1.1.3. Sağlık-hastalık geçişler

İyilik halinden hastalığa geçişle birlikte ani rol kayıplarını ifade eder. Meleis özellikle acil durumlar ile ortaya çıkan sağlık-hastalık değişimlerinin bireyin hayatında önemli olduğunu belirtmiş ve bu evrede hemşirelik bakımının önemini vurgulamıştır. Bu kategorideki geçişler iyilik halinden hastalık haline, hastalık halinden sağlık haline, ani ya da kademeli olarak sağlıktan kronik hastalık haline geçişe neden olan ani değişimleri kapsamaktadır (Meleis, 2010).

1.1.4. Kurumsal geçişler

Kurumsal geçişler bireylerin iş yaşamlarında meydana gelen değişimler sonucu ortaya çıkmaktadır. Sosyal, politik veya ekonomik çevrenin etkisiyle ya da kurum içi değişimler sonucunda gerçekleşebilir (Meleis, 2010).

Pilat ve Merriam'ın (2019) yönetici kadrosuna geçen hemşirelerin, kurumsal geçiş deneyimlerini incelemek amacıyla yaptığı çalışmada, araştırma sorularına yönelik beş tema belirlenmiştir. Bunlar; beklentiler, temel bilgi ve beceriler, hazırlanan lisansüstü eğitim, meslektaşlardan destek ve mentorluk talepleri ve rol uzmanlığının olmamasıdır. Ayrıca çalışmada, destek ve kaynak eksikliğinden dolayı, hemşirelerin rol yetersizliği yaşadığı sonucuna varılmıştır.

1.2. Geçiş Örüntüleri

Yapılan çalışmalar geçiş sürecinin çoklu ve zorlu bir süreç olduğunu göstermiştir. Hemşireler birey ve aileye bakım verirken geçişlerin çoklu ve zorlu doğasını göz önünde bulundurarak, çoklu geçişlerde önemli gördükleri tek bir geçişe odaklanmak yerine bütün geçişleri dikkate almalıdır. Örneğin; kanser tanısı almış bir birey hayatı tehdit edici hastalığa geçişi tecrübe ederken, tanıyı alan

bireyin aile üyeleri bakım verici rolü ile farklı bir geçişi tecrübe etmektedirler. Im'nin (1999) düşük gelirli göçmen kadınların menapozal durumlarını geçiş kuramıyla incelediği doktora tez çalışmasında, Kore'li kadınların menapozla bağlı gelişimsel geçiş yaşarken aynı zamanda göçe bağlı durumsal bir geçiş yaşadıkları ve aslında menapozla bağlı yaşadıkları geçişin onlar için daha az öncelikli olduğunu saptamıştır (Im ve Meleis, 1999).

Ramchandani, Way, Melkus ve Sullivan-Bolyai'nin (2019) 18-29 yaş aralığında Tip-1 diyabeti olan bireylerin diyabet öz yönetimindeki zorlukları incelediği çalışmada, bireylerin gelişimsel, durumsal ve kurumsal olmak üzere çoklu geçiş yaşadıkları ve bu geçişler sırasında zorluklar yaşadıkları görülmüştür.

Çoklu geçişlerin sıralı ya da eş zamanlı olup olmadığının ve geçişlerin birbiriyle ilişkili olup olmadığının belirlenmesi geçişin doğasını anlamak açısından önemlidir.

1.3. Geçiş Deneyiminin Özellikleri

1.3.1. Farkındalık

Farkındalık kişinin geçiş deneyimi konusunda algısı, bilgisi ve tanımlaması ile ilişkilidir. Meleis (2010) farkındalığın geçişin önemli bir özelliği olmasına rağmen, farkındalığın olmamasının geçiş deneyiminin başlangıcına engel teşkil etmeyeceğini belirtmektedir (Meleis, 2010).

1.3.2. Sorumluluk alma

Sorumluluk, kişinin geçiş sürecine katılımını gösteren derece olarak tanımlanmaktadır. Farkındalığın düzeyi geçişte üstlenilen sorumluluğu etkiler (Meleis, 2010).

1.3.3. Değişim ve farklılık

Değişim ve farklılık geçişin temel özelliklerindedir. Tüm geçişler değişim içerse bile, tüm değişimler geçiş ile ilişkili olmayabilir (Meleis, 2010).

1.3.4. Zamanın akışı/geçışı

Tüm geçişler zaman üzerinde akış ve hareket ile bilinir. Geçiş deneyimi için zaman, sınır koymanın zorlayıcı, hatta yanlış olabileceği belirtilmektedir. Her bireyin geçiş deneyimi özeldir ve farklı zamanlarda sonlanabilir (Meleis, 2010).

1.3.5. Önemli dönüm noktaları ve olaylar

Geçişler doğum, ölüm, menapoz, hastalık tanısı alma gibi önemli donum noktaları ve olaylarını içerir. Çoklu geçiş deneyimlerinin çoğunun önemli dönüm noktaları ya da olayları içerdiğini birçok çalışma göstermiştir. Dönüm noktaları ve olaylar, sıklıkla değişime olan farkındalığın ya da değişim tecrübesine daha aktif katılım ile ilişkilidir. Bununla beraber yeni alışkanlıklar, beceriler, yaşam şekilleri ve öz bakım aktivitelerinde stabilizasyon hissi ile tanımlanan dönüm noktaları veya olaylar da vardır (Meleis, 2010).

2. Geçiş Durumları (Kolaylaştırıcılar ve Engelleyciler)

Bireysel, toplumsal ya da topluluksal durumlar sağlıklı geçiş sürecini ve sonuçlarını kolaylaştırıcı ya da zorlaştırıcı olabilirler (Meleis, 2010).

Barimani, Vikström, Rosander, Forslund Frykedal ve Berlin'in (2017) çalışmasında ebeveynliğe geçişte kolaylaştırıcı ve zorlaştırıcı faktörler incelenmiştir. Çalışmaya göre kolaylaştırıcı faktörler; ebeveynliği yaşamın normal bir parçası kabul etmek, çocuğun büyümesinden keyif almak, hazırlıklı ve

bilgi sahibi olmak, sosyal destek almak, profesyonel destek almak, ebeveyn grup eğitimlerine katılmaktır. Engelleyici faktörler ise; gerçekçi olmayan beklentilere sahip olmak, stres ve kontrol kaybı hissetmek, uyku eksikliği, emzirme konusunda yargılayıcı bir tutumla karşılaşmak, gerçekler hakkında hazırlıksız olmak, profesyonel bilgi ve destek eksikliği, sağlık kaynaklarından yoksun olmak olarak karşımıza çıkmaktadır.

2.1. Kişisel Özellikler

Anlamlar

Geçiş verilen anlamlar; pozitif, nötr ya da negatif olabilir. Geçiş gerektiren durum istenen ya da istenmeyen veya kişinin tercihinde olan ya da olmayan bir olay olabilir (Meleis, 2010).

Kültürel inanışlar ve tutumlar

Bazı geçiş deneyimine bağlı damgalama olan kültürlerde, geçişe bağlı duygusal durumların ifade edilmesi utanç olarak görülebilir. Örneğin; Kore kültüründe kadınların menapoz üzerine toplum içinde konuşması, utanılacak bir durum olarak karşılanır. Dolayısıyla bu süreci yalnız geçirirler ve sadece fiziksel semptomların ifade edilmesine bağlı (baş ağrısı, kas ağrısı ve yorgunluk gibi) psikolojik durumları saptanabilir (Im ve Meleis, 1999).

Sosyo-ekonomik durum

Sosyo-ekonomik durum geçişi etkilemektedir. Kadınların menapoz sürecinde psikolojik semptom yaşamaları sosyo-ekonomik durumlarından önemli ölçüde etkilenmektedir (Meleis, 2010).

Hazırlık ve sahip olunan bilgi

Geçiş deneyimlerinde ileriye yönelik yapılan hazırlık kolaylaştırıcı rol oynarken, böyle bir hazırlığın olmaması zorlaştırıcı etken olabilmektedir. Kişinin geçiş deneyiminden ne beklediği ve geçiş ile baş etmek için hangi stratejilere gereksinim duyulduğu, doğal olarak hazırlıkla ilişkilidir. Brezilyalı göçmen bir kadının hazırlık eksikliğinin ne kadar şiddetli sonuçlara neden olduğuna yönelik bir örnek vermek gerekirse, kadının sınırlı coğrafya, dil ve kültür bilgisi ve hazırlıksız oluşu, Amerika'ya göç ettiğinde kadının fiziksel, duygusal ve kültürel şok yaşamasına neden olmuştur. New York'un soğuk Nisan ayında kendini yazlık kıyafetleriyle bulan kadın, 10 kişilik bir odada yabancı olduğu bu dünyaya pencereden bakıp, aklını yitirmek üzere olduğunu düşünmüştür (Meleis, 2010).

2.2. Topluluk Özellikleri

Toplumsal kaynaklar da geçiş için kolaylaştırıcı ya da zorlaştırıcı olabilir. Afrika kökenli Amerikalı kadınlarla yapılan bir çalışmada; anneliğe geçiş sürecindeki kolaylaştırıcı ve zorlaştırıcı topluluk özelliklerini tanımlamışlardır. Eş ya da aile -özellikle kadının kendi annesi- tarafından verilen desteği, bireyin durumu ile ilgili sağlık personeli, kitaplar, eğitim grupları ve yazılı materyallerden elde edilen güvenilir bilgileri, güvenilir kişilerden alınan tavsiyeleri, rol modelleri ve sorulara verilen cevapları anneliğe geçişteki önemli toplumsal faktörler olarak ifade etmişlerdir. Engelleyici faktörler ise annelik ve gebelik dönemindeki desteklerin yetersizliği olarak bulunmuştur (Meleis, 2010).

2.3. Toplumsal Özellikler

Büyük bir toplum geçişler için kolaylaştırıcı ya da zorlaştırıcı olabilir. Geçiş olayının damgalanması ve kalıplaşmış anlamlar yüklemeye eğilimi sağlıklı bir geçişi engelleyebilir. Kadın bedeni ile ilgili kültürel tutum ve deneyimlerin Kore'li göçmen kadınların menapozal geçişlerinde sağlıklı bir geçiş için zorlaştırıcı olduğu görülmüştür. Yine bu kadınların menapozal geçişlerinde sağlıklı geçişi

zorlaştıran bir diğer toplumsal etkenin 'ötekileştirme' olduğu saptanmıştır. Çünkü bu kadınlar hem kendi kültürlerinde hem de göç ettikleri ev sahibi toplum tarafından fazlalık olarak görülmekte ve menopozal geçişleri ihmal edilmektedir. (Meleis, 2010).

3. Yanıt Şekilleri

3.1. Süreç Göstergeleri

Bağlanma hissi

Bağlı kalmak ve bağlı hissetmek ihtiyacı pek çok geçiş öyküsünde göze çarpan bir temadır. Meleis'in aktardığına göre; yeni ilişkiler kurmak ve aile ve arkadaşlarla olan eski ilişkilere devam etmek Brezilyalı kadınların göç deneyimlerinin incelendiği çalışmada önemli bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Göçmen kadınlar üzerine yapılan diğer benzer çalışmalarda; göçmenlerin sosyal ve akrabalık ilişkilerini bilgi, kalacak yer ayarlama, iş bulma, taşınma ve sosyal destek konularında önemli kaynak olarak kullandıkları görülmüştür (Meleis, 2010).

Kişisel ilişkiler ve bağlantılar, sağlık hizmetleri ve kaynakları hakkında birincil bilgi kaynağını oluşturur. Ayrıca bireyin sorularını yanıtlayan ve rahatını sağlayan sağlık personeline bağlanma hissi olumlu bir geçişin göstergesi olarak karşımıza çıkmaktadır (Meleis, 2010).

Hastaneye yatışta bireylerin bina içini tanınması (kendi odası, hemşire odası, kantin v.b.), hastane etrafındaki market, restaurant, eczaneyi ihtiyaçlarını gidermek üzere kullanması, diğer hasta/hasta yakınlarıyla iletişimde kalması olumlu bir sağlık-hastalık geçişi göstergesi olarak bağlanma hissine örnek olduğu söylenebilir.

Etkileşim

Kanserli bireyler ve bakım vericileri arasındaki ikili etkileşim, geçiş deneyiminin kritik bir boyutudur. Etkileşimle, geçişin anlamı ve geçiş tepki olarak geliştirilen davranışlar açıklığa kavuşturulmuş ve kabul edilmiştir. Kanser teşhisi herkes tarafından bir kriz olayı olarak görülmesine rağmen, öz bakım ve bakımın anlamı kişiden kişiye değişmektedir. Bazı olgularda, bakım vericilerin müdahalesi, kanser teşhisi konulan kişinin öz bakımını sürdürmesinde zorlaştırıcı rol oynarken, diğer olgularda bakım vericilerin katılımının destekleyici rol oynadığı görülmüştür. Bu stratejiler, ortaya çıkan yeni ilişki hakkında etkileşim ve yansıtma yoluyla açıklığa kavuşturulmuştur. Karşılıklı etkileşim sayesinde, bireyin öz bakımının ve bakım vericilerin etkili ve uyumlu bir şekilde gerçekleşebileceği bir bağlam tespit edilmiştir (Meleis, 2010).

Yer ve konum

Bireyin yeni rolü zihninde şekillendirmesi, bir yere oturtmasıdır. Göç gibi geçiş tiplerinde daha çok ön plana çıkmaktadır (Meleis, 2010).

Özgüven ve baş etmenin gelişmesi

Geçiş sürecinin doğasını yansıtan diğer bir özellik ise, geçiş deneyimleyen bireyin katılımıyla özgüven düzeyindeki artıştır. *Güven gelişimi*; tanı, tedavi, iyileşme ve sınırlılıklarla yaşamda; kaynak kullanımı, süreci yönetmede strateji geliştirme ve farklı süreçlerin anlaşılması olarak kendini gösterir. Güveni ortaya koyma ve geliştirme boyutu, geçiş yörüngesinde bir noktadan başka bir noktaya doğru ilerler. Güven geliştirme ile baş etme davranışları birbiriyle aynı doğrultuda ilerler (Körükçü ve Kabukcuoğlu, 2014; Meleis, 2010).

Wildermuth, Weltin ve Simmons (2020) yeni mezun hemşirelerin öğrencilikten hemşireliğe geçişte yaşadıkları olumsuzlukları gidermek için kullandıkları destek programında, yeni mezun hemşirelerin özgüven ve baş etmelerinin gelişmesinde öğretmen, meslektaş ve hastalardan gelen olumlu geri bildirimlerin önemli olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

3.2. Sonuç Göstergeleri

Analizler sonucunda 2 çeşit sonuç göstergesi değerlendirilmiştir:

- (1) Geçiş yönetmek için ihtiyaç duyulan yeni becerilerde ustalık,
- (2) Esnek bütünleştirici kimlik geliştirmedir. Bu sonuçların seviyesi geçişin yaşam kalitesine etkisini gösterebilir.

Uzmanlık

Yeni durum ve çevreyi kontrol etmek için gereken beceri ve davranışlarda uzmanlık göstermek, sağlıklı bir geçişin tamamlandığının göstergelerindedir. Birey geçiş yaşadığı durumlarda, geçmiş tecrübeleri ile yeni durumda öğrendiklerini bir araya getirmektedir. Bireyin yeni edinilen rolde kendini yeterli görmesi rol geçişin başarı ile sonuçlandığını göstermektedir. Örneğin; bakım verici rolündeki bir kişinin uzmanlık kazandığını gösteren becerileri; semptomları gözleme ve yorumlama, karar verme, harekete geçme, bakımında pratiklik kazanma, kaynaklara ulaşma, bakım verdiği bireyle işbirliği kurma olarak sıralamak mümkündür (Meleis, 2010).

Esnek bütünleştirilmiş (Uyumlandırılabilir) kimlik gelişimi

Esnek bütünleştirilmiş kimlik gelişimi tanımlanabilir bir role sahip olmak demektir (Örneğin; ben menapoza girmiş bir kadıyım, bunun ne anlama geldiğini ve ne yapmam gerektiğini biliyorum). Ayrıca tanımlanabilir yeni rollerin yanı sıra, eski rolleri de rahat bir şekilde sürdürmeye devam etmek demektir (ayrıca çocuklarımmın annesiyim, bir hemşireyim, bir eşim, bir evladım). Bu bir rolün kişinin diğer rollerinin önüne geçerek, bütün hayatını kaplamaması gerektiği anlamına gelir (Körükçü ve Kabukcuoğlu, 2014; Meleis, 2010).

4. Fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel hemşirelik bakımı (Nursing therapeutics)

Meleis, hemşirelikte bilgi gelişiminin, sağlık-hastalık durumlarına verilen cevapların incelenmesiyle değil, fiziksel, psikolojik ve spiritüel hemşireliğin geliştirilmesiyle olacağını savunmuştur (Meleis, 2010).

Geçiş perspektifinden bakıldığında, fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel hemşirelik bakımında amaç sağlıklı bir geçiş sürecini kolaylaştırmak, sağlıksız geçişleri azaltmak ve olumlu süreç göstergelerini desteklemektir. Meleis (2010) geçiş sürecinde yapılacak olan fiziksel, psikolojik ve spiritüel hemşirelik girişimlerini genel olarak kabul görmüş üç ölçü ile belirlemiştir;

- 1. Hazır oluş durumunun değerlendirmesi:** bireyin anlaşılmasını ve multidisipliner çabayı gerektirir.
- 2. Hazırlık:** geçiş için uygun koşulların hazırlanmasında eğitim çok önemlidir. Yeni becerilerin uygulanması ve yeni sorumlulukların üstlenilmesi için yapılacak hazırlık için yeterli zamana ihtiyaç vardır. Bireyi geçişe hazırlamak için, çevre düzenlenmesi yapılmalıdır.
- 3. Rol Desteği:** rolü netleştirme, rol alma ve rol provayı içerir. Bu süreçte insanların kendileri ile benzer deneyimler yaşayan diğer bireylerle etkileşime girmesi özellikle gelişimsel geçiş sürecinde oldukça yarar sağlayacaktır (Körükçü ve Kabukcuoğlu, 2014).

Geçiş Kuramının son bölümü olan, fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel hemşirelik bakımı (Nursing Therapeutics) kuramda detaylı açıklanmamıştır. Geçiş kuramının hemşirelikte uygulanabilirliğinin artırılabilmesi için, kuramın bu bölümünün geliştirilmesine ihtiyaç vardır (Im, 2014).

Hemşireler geçiş sürecinin her zaman merkezinde olmuştur. Bireyleri geçişe hazırlamada ve geçişi kolaylaştırmada desteklerken, netlik, bilgi, beceri ve kaynaklar yoluyla onları iyileştirir, iyileşme ve iyileşme süreçlerini sürdürür, refahı ve yaşam kalitesini artırırlar (Meleis, 2019). Kuramın kavramlarından olan fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel hemşirelik bakımı (Nursing Therapeutics) kısmında hemşire geçiş yaşayan bireye bakım vererek desteklerken, aynı zamanda kuramın diğer kavramı olan kolaylaştırıcının kahramanı olmaktadır.

İnmeli yetişkin hastalarda yapılan bir çalışmada, geçişi kolaylaştırmak için yapılan hemşirelik girişimlerinin (Nursing Therapeutics Program) subjektif iyi olma, rolde uzmanlaşma ve ilişkilerde iyi olma üzerinde olumlu etkileri olduğu gözlenmiştir (Kosasih, Punthmatharith ve Boonyasopun 2018).

Geçiş Kuramına Dayalı Oluşturulan Modeller

Geçiş kuramına dayalı geliştirilen modellerden 3 tanesi oldukça iyi kavramsallaştırılmış ve incelenmiştir. Bunlar;

1. Geçiş Bakım Modeli (Transitional Care Model): Daha çok kronik hastalığa sahip yaşlı bireylerde kullanılan modelin özünü taburculuk ve sonrasında sağlıklı bir geçiş için uygun çevreyi sağlamak oluşturur (Hirschman, 2015; Naylor, 2012). Modelin kullanıldığı bir çalışmada, taburculuk sürecindeki bakımın kalitesinin yükseldiği, geri yatışların azalarak, sağlık bakım masraflarının azaldığı saptanmıştır (Naylor ve diğerleri 2004). Bilişsel bozukluğu olan yaşlı bireylerde yapılan bir başka çalışmada, Geçiş Bakım Modelinin, çalışmadaki diğer iki modele göre maliyetinin çok daha az olduğu belirlenmiştir (Pauly ve diğerleri, 2018). Modelin ana bileşenleri; tarama, uygun kişilerin ekibe alınması, iletişimi sürdürme, risk ve semptomları değerlendirmek ve yönetmek, öz yönetimi öğretmek ve teşvik etmek, işbirliği yapmak, sürekliliği sağlamak ve koordinasyonu geliştirmektir (Rezapour-Nasrabad, 2018).

2. Rol Destek Modeli (Role Supplementation Model): Model, yeni ebeveynlere yardım etmede (Meleis and Swendsen 1978; Swendsen, Meleis ve Jones 1978; Meleis, Swendsen ve Jones 1980; Brackley 1992), kardiyak rehabilitasyonda olumlu çıktılar sağlamada (Dracup ve diğerleri 1985; Dracup, Meleis, Baker ve Edlefsen, 1985), Alzheimer hastalarında (Kelley ve Lakin, 1988), psikiyatri hastanesine yeni yatan hastaların uyumunu kolaylaştırmada (Aroian ve Prater, 1988) kullanılmıştır. Modele yönelik literatürde güncel çalışmaya rastlanmamıştır.

3. Çözümleme (Debriefing): Birey veya bir grubun kritik bir olayla karşılaştığındaki tecrübelerini başkalarıyla paylaşma süreci olarak tanımlanmıştır (Meleis, 2010). Model hemşireler tarafından kritik olayları tekrar hatırlatma ve diyalog yoluyla sürecin değerlendirilmesi amacıyla kullanılmıştır. Model doğum sonu dönemde (Steele ve Beadle, 2003; Selkirk, McLaren, Ollerenshaw, McLanchlan ve Moten, 2006) ve acil serviste kritik olaylar sonrasında (Iacono, 2002) kullanılmıştır.

KAYNAKLAR

- Aroian K., & Prater M. (1988) Transitions entry groups: Easing new parents' adjustment to psychiatric hospitalization. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 312-313.
- Barimani M., Vikström A., Rosander M., Forslund Frykedal K., & Berlin, A. (2017) Facilitating and inhibiting factors in transition to parenthood—ways in which health professionals can support parents. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(3), 537-546.
- Bırol, L. (2013) Hemşirelik Süreci. (10. Baskı). İzmir: Berke Ofset.
- Brackley, M.H. (1992) A role supplementation group pilot study: A nursing therapy for potential parental caregivers. *Clinical Nurse Specialist*, 6(1), 14-19.
- Chick N., & Meleis A. I. (1986) A nursing concern. In P. L. Chinn (Ed.), *Nursing research methodology: Issues and implementation* (237–257). Rockville, MD: Aspen
- Dracup K., Meleis A.L., Baker K., & Edlefsen P. (1985) Family- focused cardiac rehabilitation: A role supplementation program for cardiac patients and spouses. *Nursing Clinics of North America*, 19(1), 113-124.
- Dracup K., Meleis A.I., Clark S., Clyburn A., Shields L., & Staley M. (1985) Group counseling in cardiac rehabilitation: Effect on patient compliance. *Patient Education and Counseling*, 6(4), 169-177.
- Gaffney, K.F. (1992) Nursing practice-model for maternal role sufficiency. *Advances in Nursing Sciences*, 15(2), 76-84.
- Hirschman K. B., Shaid E., McCauley K., Pauly M. V., & Naylor M. D. (2015). Continuity of care: The transitional care model. *Online Journal of Issues in Nursing*, 20(3).
- Iacono, M. (2002) Critical incident stress debriefing: Application for perianesthesia nurses. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 17(6), 423-426.
- International Council on Women's Health Issues, ICOWHI Erişim Tarihi: 17.04.2018 <https://icowhi.org/about-us/board-of-directors/>
- Im E. O., & Meleis A. I. (1999) A situation-specific theory for menopausal transition of Korean immigrant women. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 31(4), 333–338.
- Im, E. O. (2014). Situation-specific theories from the middle-range transitions theory. *Advances in Nursing Science*, 37(1), 19-31.
- Kaas M. J., & Rousseau G. K. (1983) Geriatric sexual conformity: Assessment and intervention. *Clinical Gerontologist*, 2(1), 31–44.
- Kaya N., Babadağ K., Yeşiltepe Kaçar G., & Uygur E. (2010) Hemşirelerin Hemşirelik Model / Kuramlarını, Hemşirelik Sürecini ve Sınıflama Sistemlerini Bilme ve Uygulama Durumları. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 24-33.
- Kelley L.S., Lakin J.A., (1988) Role supplementation as a nursing intervention for Alzheimer's diseases: A case study. *Public Health Nursing*, 5(3), 146-152.
- Kosasih, C. E., Punthmatharith, B., & Boonyasopun, U. (2018). Effects of the Nursing Therapeutics Program for Facilitating Patient Transition (NTPFPT) on Subjective Well-Being, Role Mastery, and Well-Being of Relationships of Adult Stroke Patients in Bandung, Indonesia. *Walailak Journal of Science and Technology (WJST)*, 17(5).
- Körükçü, Ö., Kabukcuoğlu, K. (2014) Preterm Erken Membran Ruptürü Olan Gebelerin Anneliğe Geçişlerinin Meleis'in Geçiş Teorisine Göre İncelenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(4).
- Körükçü, Ö. (2015) Preterm Erken Membran Ruptürü Olan Gebelerde Meleis'in Geçiş Teorisine Göre Yapılandırılmış Farkındalık Programının Anneliğe Geçiş Sürecine Etkisi. Doktora Tezi, Antalya.
- Lee, K., Puga, F., Pickering, C. E., Masoud, S. S., & White, C. L. (2019). Transitioning into the caregiver role following a diagnosis of Alzheimer's disease or related dementia: A scoping review. *International journal of nursing studies*, 96, 119-131.
- McKenna, H. (2005). *Nursing Theories and Models*. (s.108) London and Newyork: Routledge.
- Meleis, A. I. (1975) Role insufficiency and role supplealization: A conceptual framework. *Nursing Research*, 24, 264–271.
- Meleis, A.I., Swendsen, L. (1978) Role supplementation: An empirical test of a nursing intervention. *Nursing Research*, 27, 11-18.
- Meleis, A.I., Swendsen, L., Jones, D. (1980). Preventive role supplementation: A grounded conceptual framework. In M.H. Miller and B. Flynn (Eds.). (1980) *Current perspectives in nursing: Social issues and trends*, (vol. 2), (3-14). St. Louis, MO: C.V. Mosby.
- Meleis, A. I. (1986). Theory development and domain concepts. In P. Moccia (Ed.), *New approaches to theory development* (3–21). New York: National League for Nursing.

- Meleis, A.I., Trangenstein, P.A. (1994) Facilitating Transitions: Redefinition of the Nursing Mission. *Nursing Outlook*, 42, 255-259.
- Meleis, A.I. (2010) Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practices. Springer Publishing Company, New York.
- Meleis, A. I. (2019). Facilitating and Managing Transitions: An Imperative for Quality Care. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 21(1)
- Mercer, R.T. (2004) Becoming a mother versus maternal role attainment. *Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232.
- Naylor, M.D., Brooten, D.A., Campbel, R.L., Maislin, G., McCauley K.M., & Schwartz J.S. (2004) Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized clinical trial. *Journal of American Geriatrics Society*, 52(5), 675-684.
- Naylor, M. D. (2012). Advancing high value transitional care: the central role of nursing and its leadership. *Nursing administration quarterly*, 36(2), 115-126.
- Ocakçı, A.F., Ecevit Alpar, Ş. (2013). Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri. (1. Baskı). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Öztürk Eyimaya, A. (2019) Meleis'in Geçiş Teorisi'ne Göre Uygulanan Hemşirelik Yaklaşımlarının Menopoza Özgü Yaşam Kalitesine Etkisi. Yayınlanmamış doktora tezi, Ankara.
- Pauly, M. V., Hirschman, K. B., Hanlon, A. L., Huang, L., Bowles, K. H., Bradway, C., ... & Naylor, M. D. (2018). Cost impact of the transitional care model for hospitalized cognitively impaired older adults. *Journal of comparative effectiveness research*, 7(09), 913-922.
- Pilat, M., & Merriam, D. H. (2019). Exploring the Lived Experiences of Staff Nurses Transitioning to the Nurse Manager Role. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 49(10), 509-513.
- Ramchandani, N., Way, N., Melkus, G. D. E., & Sullivan-Bolyai, S. (2019). Challenges to Diabetes Self-Management in Emerging Adults with Type 1 Diabetes. *The Diabetes Educator*, 45(5), 484-497.
- Rezapour-Nasrabad, R. (2018). Transitional care model: managing the experience of hospital at home. *Electronic Journal of General Medicine*, 15(5).
- Robert Wood Johnson Foundation Nurse Faculty Scholars. Erişim Tarihi: 17.04.2018 <http://nursefacultyscholars.org/afaf-ibrahim-meleis>
- Santos, L.F.M., Janini, J.P., Souza, V.M., Santos, R.S. (2019) Transition to motherhood and mothering for women in wheelchairs: a nursing perspective. *Rev Bras Enferm*, 72(3),290-296.
- Schumacher, K., & Meleis, A. I. (1994) Transitions: A central concept in nursing. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 26(2), 119-127.
- Schumacher, K.L., Jones, P.S., Meleis, A.I. (1999) Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice. In E.A. Swanson & T. Tripp-Reimer (Eds), *Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals* (1-26). New York: Springer.
- Selkirk, R., McLaren, S., Ollerenshaw, A., McLanchlan, A., & Moten, J. (2006) The longitudinal effects of midwife-led postnatal debriefing on the psychological health of mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(2), 133-147.
- Shin, H., & White-Trout, R. (2007) The conceptual structure of transition to motherhood in the neonatal intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing*, 58(1), 90-98.
- Steele, A.M., Beadle, M, (2003). A survey of postnatal debriefing. *Journal of Advanced Nursing*, 43(2), 130-136.
- Swendsen, L., Meleis, A.I., Jones, D., (1978) Role supplementation for new parents: A role mastery plan. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 3(2), 84-91.
- Şengün, İ.F., Üstün, B., Bademli, K. (2013) Türkiye'de Kuram/Modele Dayalı Hemşirelik Araştırmalarının İncelemesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16(2), 132-139.
- Türk Düdükçü, F. (2019) Annelere uygulanan Meleis'in geçiş kuramına dayalı sağlıklı geliştirme izlem programının anne bebek bağlanmasına, anne öz yeterliliğine ve bebek gelişimine etkisi: Randomize kontrollü çalışma. Yayınlanmamış doktora tezi, Konya.
- Türk Düdükçü, F., Taş Arslan, F. (2019) A Follow-up Case Study on Transition to Parenting on Meleis' Trail. *Pediatric Practice and Research*, 7(4), 244-250.
- Wildermuth, M. M., Weltin, A., & Simmons, A. (2020). Transition experiences of nurses as students and new graduate nurses in a collaborative nurse residency program. *Journal of Professional Nursing*, 36(1), 69-75.

EXTENDED ABSTRACT

INTRODUCTION

By entering the twenty-first century, nurse leaders, who started to perceive nursing as a professional profession, aimed to put nursing practices on scientific basis (Ocakçı ve Alpar, 2013). Numerous theories have been developed to base nursing, which is an applied discipline, on a scientific basis (Birol, 2013). This review is intended to guide researchers and students who want to study Meleis.

UNDERSTAND MELEIS: TRANSITION THEORY

ABOUT MELEIS

Afaf İbrahim Meleis (PhD, DrPS (hon), FAAN), who was born in Alexandria in Egypt on March 19, 1942, graduated from the University of Alexandria in 1961. Then she completed her master's degree in nursing in 1964 and a master's degree in sociology in 1966, and received her PhD in medical and social psychology at the University of California, Los Angeles in 1968. Meleis focuses on the theoretical development of global health, migrants and global health, women's health and nursing discipline (Meleis, 2010; Robert Wood Johnson Foundation Nurse Faculty Scholars Date of access: 17.04.2018 <http://nursefacultyscholars.org/afaf-ibrahim-meleis>).

FACTORS IN THE DEVELOPMENT OF TRANSITION THEORY AND THEORY DEVELOPMENT PROCESS

Meleis' interest in transitions started in the mid-1960s with supportive groups. During these years, Meleis was interested in pregnancy planning and gaining experience in parenting roles and worked in these areas. Family and supportive groups have been the focal point in the development and discovery of her theory (Meleis, 2010).

Meleis started by defining the role insufficiency and role supplementation to the theoretical foundations of transition theory. Role is meant not just an expected set of behavior, but emotions and goals that help gather potential work. The role as a concept is useful in comparing and interpreting personal behavior with other people, as well as in understanding when the behavior occurs. Role insufficiency symbolizes the emotions and behaviors experienced by the person or his / her first-degree relatives due to the difference felt in the expectations and obligations to fulfill the role in the case of health-disease (Meleis, 2010).

Many developments in nursing and Meleis' growing interest in immigrants and migrant health have caused the focus on the nature of the transition to shift to human experiences in the transition in the 1980s (Meleis, 2010).

Meleis (1986) defined transition as the period in which the change in a person or the environment is perceived by the person himself or others. Transition-specific features:

1. Disconnection from social network and support systems,
2. Temporary loss of familiar reference points of important objects or subjects
3. The emerging needs may not be met as before,
4. Old expectations are not compatible with changing conditions. Transition refers to a change in health status, role relationships, expectations, or abilities (Meleis, 1986).

MAIN CONCEPTS OF TRANSITION THEORY

The main concepts of Meleis' transition theory;

1. The nature of the transition state (types, patterns, properties),
2. Facilitators and inhibitors (personal, society, community),
3. Patterns of response (process indicators, outcome indicators) and
4. Creates physical, psychological and spiritual nursing care (nursing therapeutics) (Meleis, 2010).

1. The Nature of the Transitions

1.1. Transition Types

When the studies on the transition theory are examined, 4 types of transition types are identified. These are developmental, situational, health-illness and institutional transitions which are determined from the experience of the nurses working with the patient and their family (Meleis, 2010).

Developmental transitions: Although we encounter many transitions in growth and development in the normal course of life, 2 important transitions may be related to physiological and mental health problems. These are; from childhood to adolescence (substance abuse, sexual problems, extramarital maternity and pregnancy) and adulthood to old age (gerontological problems, identification, retirement, chronic diseases) (Meleis, 2010).

Situational transitions: It is the situation experienced in case of adding or subtracting to a group. For example; death or birth in the family. It requires redefinition of roles, otherwise conflicts start. Situational transitions include sudden changes to change in roles. Two important concepts that can be an example of situational transition are discharge and removal (Meleis, 2010).

Health-illness transitions: It refers to sudden loss of role with the transition from wellbeing to illness. Meleis stated that health-disease changes that occur especially in emergencies are important in the life of the individual and emphasized the importance of nursing care at this stage (Meleis, 2010).

Organizational transitions: Organizational transitions occur as a result of the changes occurring in the business life of individuals (Meleis, 2010).

1.2. Transition Patterns

Studies have shown that the transition process is a multiple and difficult process. Nurses should take into account all transitions instead of focusing on a single transition that they consider important in multiple transitions, taking into account the multiple and difficult nature of transitions while caring for the individual and family. For example, while an individual diagnosed with cancer experiences the transition to life-threatening disease, the family members of the individual with the diagnosis experience a different transition with their caring role. Determining whether multiple transitions are sequential or concurrent and whether transitions are interrelated is important to understand the nature of the transition (Meleis, 2010).

1.3. Features of Transition Experience

Awareness, engagement, change and difference, transition time span, critical points and events (Meleis, 2010).

2. Transition Conditions: Facilitators & Inhibitors

2.1. Personal

Meanings, Cultural Beliefs&Attitudes, Socioeconomic status, Preparation& knowledge (Meleis, 2010).

2.2. Community

Social resources can also make it easier or more difficult for the transition. In a study with African American women; They have defined the facilitating and challenging community features in the process of transition to motherhood. They expressed the support given by the spouse or family - especially the woman's own mother - as well as the reliable information obtained from the health personnel, books, education groups and written materials, recommendations from reliable people, role models and answers to questions as important social factors in transition to motherhood. Difficult factors were found to be insufficient support during motherhood and pregnancy (Meleis, 2010).

2.3. Society

A large community can be a facilitator or a challenge for transitions. The stigma of the transition event and the tendency to impose stereotypes can prevent a healthy transition. Cultural attitudes and experiences about the female body have been shown to be difficult for a healthy transition in the menopausal transition of Korean immigrant women. Also, another social factor that makes healthy transition difficult in the menopausal transitions of these women is determined to be "othering". Because these women are seen as an excess both in their own culture and by the host society they immigrate and their menopausal transition is neglected (Meleis, 2010).

3. Patterns of Response

3.1. Process Indicators

Feeling connected, interacting, location and being situated, developing confidence and coping (Meleis, 2010).

3.2. Outcome Indicators

Mastery, fluid integrative identities (Meleis, 2010).

4. Nursing Therapeutics

Meleis argued that information development in nursing would be through the development of physical, psychological and spiritual nursing, not by examining the responses to health-disease states. From a transition perspective, the aim in physical, psychological, social and spiritual nursing care is to facilitate a healthy transition process, reduce unhealthy transitions and support positive process indicators. Meleis (2010) determined the physical, psychological and spiritual nursing interventions to be carried out during the transition period with three generally accepted measures;

1. Assessment of readiness
2. Preparation
3. Role supplementation (Meleis, 2010).

Models Created Based on Transition Theory

Three of the models developed based on transition theory have been conceptualized and analyzed quite well.

1. **Transitional Care Model:** The essence of the model, which is mostly used in elderly individuals with chronic diseases, is to provide the appropriate environment for discharge and a healthy transition

afterwards (Hirschman, 2015; Naylor, 2012). In a study in which the model was used, it was determined that the quality of care in the discharge process increased, the back hospitalizations decreased and health care costs decreased (Naylor et al. 2004).

2. **Role Supplementation Model:** The model has been used to help new parents (Meleis and Swendsen 1978; Swendsen, Meleis and Jones 1978; Meleis, Swendsen and Jones 1980; Brackley 1992), to provide positive outcomes in cardiac rehabilitation (Dracup ve diğerleri 1985; Dracup, Meleis, Baker ve Edlefsen, 1985), to facilitate the adaptation of new patients to the psychiatric hospital in Alzheimer's patients (Aroian ve Prater, 1988).
3. **Debriefing:** It is defined as the process of sharing the experiences of the individual or a group when they encounter a critical event (Meleis, 2010). The model was used by nurses to remind critical events and evaluate the process through dialogue. The model was used in the postpartum period (Steele ve Beadle, 2003; Selkirk, McLaren, Ollerenshaw, McLanchlan ve Moten, 2006) and after critical events in the emergency room (Iacono, 2002).

Nurses have always been at the center of the transition process. While supporting individuals in preparing for the transition and facilitating the transition, they improve them through clarity, knowledge, skills and resources, maintain their recovery and recovery processes, improve well-being and quality of life (Meleis, 2019).

Bakımın Rehberi: Hemşirelik Süreci

Gülden BASİT 

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Konya, Türkiye,
guldenbasit@erbakan.edu.tr

Makale Bilgileri	ÖZ
Makale Geçmişi Geliş: 22.04.2020 Kabul: 25.05.2020 Yayın: 25.08.2020 Anahtar Kelimeler: Bakım Planı, Hemşirelik, Hemşirelik Bakımı, Hemşirelik Süreci.	Hemşirelik süreci hemşirelik mesleğin bilimsel temelini yansıtan en önemli unsurdur. Hemşirelik uygulamalarının planlı ve sistemli olarak gerçekleştirilebilmesi için, sağlık hizmeti alan bireylere hemşirelik süreci yaklaşımıyla bakım verilmelidir. Hemşirelik süreci yaklaşımı ile bakım verilirken, (sağlıklı ya da hasta) bireyin sağlık durumu sürekli olarak izlenir ve değişen ihtiyaçlara göre bakım planı yeniden düzenlenir. Dolayısıyla bakımın sürekliliği sağlanır. Hemşirelik süreci hemşirelerin bilgi ve becerisini bakıma yansıtabilmesine rehberlik eder. Hemşirelik süreci, veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme basamaklarından oluşur. Veriler, görüşme, gözlem ve fiziksel muayene tekniklerinden yararlanılarak toplanır. Toplanan verilerin doğrulanması, yanlış anlaşılma ve çıkarımların önüne geçilmesi ve bir sonraki adım olan tanılamamanın doğru bir şekilde yapılabilmesi için oldukça önemlidir. Tanılama, toplanan verilerin analizi ve sentezini içerir. Hemşirelik tanıları problem odaklı (mevcut) tanı, potansiyel risk tanısı veya sağlığı geliştirme tanısı olabilir. Hemşirelik tanısı, problemi NANDA-I taksonomisinde yer alan şekliyle ifade etmektedir. Tanılar belirlendikten sonra, planlama aşamasına geçilerek öncelikler belirlenir. Ayrıca bakımın hedefleri ve beklenen sonuçlar belirlenir. Planlama aşamasında hemşirelik girişimlerine karar verilerek bakım planı yazıya geçirilir. Planlanan bakım etkili ve güncel yaklaşımlar doğrultusunda uygulanır, son olarak bakımın amaçlarına ulaşıp ulaşılmadığı değerlendirilir. Hemşirelik süreci yaklaşımıyla bakım verilmesi, kaliteli, bireysel ve bütüncül bakımı garanti eder. Bu çalışmanın amacı hemşirelik bakımını planlamada kullanılan hemşirelik süreci yaklaşımının önemini vurgulamaktır.

Guide to Care: Nursing Process

Article Info	ABSTRACT
Article History Received: 22.04.2020 Accepted: 25.05.2020 Published: 25.08.2020 Keywords: Care Plan, Nursing, Nursing Care, Nursing Process.	The nursing process is the most crucial element that reflects the scientific basis of the nursing profession. In order to carry out nursing practices in a planned and systematic manner, individuals who receive health care should be given care with a nursing process approach. While providing care with the nursing process approach, the health status of the individual (healthy or sick) is constantly monitored and the care plan is rearranged according to changing needs. Therefore, continuity of care is ensured. The nursing process guides nurses to reflect their knowledge and skills into care. The nursing process consists of data collection, diagnosis, planning, implementation and evaluation steps. The data are collected using interview, observation and physical examination techniques. It is very important to verify the collected data, to prevent misunderstandings and inferences, and to make the next step of the diagnosis correctly. Diagnostics includes the analysis and synthesis of the collected data. Nursing diagnoses can be problem-oriented (current) diagnosis, potential risk diagnosis, or health promotion diagnosis. The nursing diagnosis is to express the problem as it is in the NANDA-I taxonomy. After the diagnoses are determined, priorities are determined by proceeding to the planning stage. In addition, the goals of the care and expected results are determined. Nursing interventions are decided at the planning stage and the care plan is written. Planned care is applied in line with effective and current approaches, and finally, it is evaluated whether the goals of care are achieved. Giving care with the nursing process approach guarantees quality, individual and holistic care. The aim of this study is to emphasize the importance of the nursing process approach used in planning nursing care.

Atıf/Citation: Basit, G. (2020). Bakımın rehberi: Hemşirelik süreci, *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 77-90.



"This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0)"

GİRİŞ

Hemşirelik, “Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini koruma, geliştirme ve hastalık hâlinde iyileştirme amacına yönelik hemşirelik hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi, uygulanması, değerlendirmesinden ve bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu, bilim ve sanattan oluşan sağlık disiplini”dir (Türk Dil Kurumu, 2015). Hemşireliğin tanımında yer alan “bilim”, bilgi ve becerilerin sistematik olarak kullanılmasını kapsayan bilimsel temeli, “sanat” ise, şefkat, empati ve duyarlılık gibi özellikleri kapsayan duyuşsal temeli ifade eder. Hemşirelik mesleğinin bilimsel temelini yansıtan en önemli unsur da hemşirelik sürecidir. Hemşirelik uygulamalarının planlı ve sistemli olarak gerçekleştirilebilmesi için, sağlık hizmeti alan bireylere hemşirelik süreci yaklaşımıyla bakım verilmelidir. Hemşirelik süreci kavramı ilk kez 1955 yılında Lydia Hall tarafından kullanılmış, 1959’da Dorothy Johnson, 1961’de Ida Orlando ve 1963’te Ernestine Wiedenbach üç basamaktan oluşan hemşirelik süreci modelini tanıtmıştır (Kozier vd, 2018). 1967’de Yura ve Walsh, “The Nursing Process” adlı kitapta hemşirelik sürecinin veri toplama, planlama, uygulama ve değerlendirme şeklindeki dört aşamasına yer vermiştir (DeLaune ve Ladner, 2011).

Veri toplama, tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme basamaklarından oluşan hemşirelik süreci, hemşirelik uygulamalarının mantıksal bir akış ve belirli bir sistematik içerisinde sunulmasını sağlayan yaklaşımdır (Berman, Snyder ve Frandsen, 2016; Seaback, 2006). Bu yaklaşım, bireye özgü ve nitelikli hemşirelik bakımı sunmak için takip edilen bir problem çözme ve karar verme yöntemi olarak da tanımlanmaktadır (DeLaune ve Ladner, 2011; Seaback, 2006). Amerikan Hemşireler Birliği (American Nurses Association, 2018) hemşirelik sürecini, farklı alanlarda çalışan hemşireleri birleştiren, hasta merkezli ve holistik bakım verilmesini sağlayan esas unsur olarak nitelendirmiştir. Hemşirelik sürecinin tanımlarında vurgulandığı üzere, sürecin felsefi temelini yanında bilimsel bir nitelik taşıması hemşirelik uygulamaları için vazgeçilmezdir. Hemşirelik süreci bilimsel problem çözme basamakları ile benzerlik göstermektedir. Dolayısıyla problem çözmenin hemşirelik mesleğinde uygulanması bakım alan bireylerin yaşamına uygun kararlar verilmesine olanak sağlar (Hammond, 1978).

Hemşirelik sürecinin basamakları her ne kadar ayrı basamaklar olarak ele alınsa da bu basamaklar birbiri ile ilişkilidir; yani hemşirelik süreci periyodik ve dinamiktir. Hemşirelik süreci yaklaşımı ile bakım verilirken, (sağlıklı ya da hasta) bireyin sağlık durumu sürekli olarak izlenir ve değişen ihtiyaçlara göre bakım planı yeniden düzenlenir. Dolayısıyla bakımın sürekliliği sağlanır. Hemşirelik süreci yaklaşımı ile planlanan bakım, belirlenmiş amaçlar doğrultusunda, bireylerin ihtiyaçları, günlük yaşantı rutinleri ve alışkanlıkları ile de uyumlu olmalıdır (DeLaune ve Ladner, 2011; Kozier vd, 2018). Hemşirelik süreci hemşirelerin bilgi ve becerisini bakıma yansıtabilmesine rehberlik eder. Bakım verirken, bireyin bakımıyla ilgili belirli eylemlerin kesin olarak uygulandığından emin olmayı, böylece karşılaşılabilecek olası bir ihmal durumu veya verilmiş yanlış bir karardan kaçınmayı sağlar (Seaback, 2006). Hemşirelik süreci hasta/birey merkezlidir. Hemşirelik bakımı hastanın problemlerine ve gereksinimlerine göre planlanır; bakımın hedeflerine hasta ile birlikte karar verilmesine, böylece bireyin kendi bakımında aktif bir katılımcı olarak yer almasına olanak sağlar. Bu da hastaya kendi bakımı üzerinde kontrol sahibi olma hissi verir (Seaback, 2006). Hemşirelik sürecinin kullanılması, sağlık profesyonelleri arasında iletişimin sürekli olarak devam etmesini sağlar. Bakım vermede sistematik bir yol izlendiği için, bakımda kullanılan malzeme ve zamanın etkili bir biçimde kullanılmasını da mümkün kılar (Seaback, 2006). Ayrıca yapılan uygulamalar için kanıt oluşturarak, gerçekleştirilen hemşirelik uygulamalarının görünürlüğünü sağlar (Pearson, 2003). Hemşirelik sürecinin kullanımı, hemşireleri temel düşünce düzeyinden daha üst düzey düşünme becerilerini kullanmaya yönlendirir. Dolayısıyla

hemşirelerin eleştirel düşünme, problem çözme ve karar verme gibi becerilerini kullanmasını da teşvik eder (Berman vd, 2016; Seaback, 2006).

Veri Toplama

Hemşirelik sürecinin ilk basamağı olan veri toplama, hastanın geçmişteki ve şimdiki sağlık durumu ile ilgili bilgilerin planlı ve sistematik bir şekilde elde edilmesidir. Veri toplama, hasta/sağlıklı bireyle ilgili bilgilerin alınması, bu bilgilerin doğrulanması, düzenlenip yorumlanması ve rapor edilmesini içerir (Cardwell, Corkin, McCartan, McCulloch ve Mullan, 2011; Doenges, Moorhouse ve Murr, 2008; Kozier vd, 2018). Bu basamak hemşirelik sürecinin diğer basamaklarına temel oluşturur (Edelman ve Connelly, 2018). Veri toplama basamağı da dinamik bir süreçtir; hemşirelik sürecinin bütün basamakları boyunca bireyden sürekli yeni bilgiler alınabilir ve problemler/gereksinimler bu yolla belirlenebilir (Kozier ve diğerleri, 2018). Veri toplama, fiziksel, psikolojik, sosyal, kültürel, spiritüel, bilişsel, gelişimsel alanlara yönelik olabileceği gibi, bakımın planlanmasına yön verebilecek olan hastanın ekonomik durumu, fonksiyonel durumu ve yaşam biçimi gibi alanlara yönelik olarak da yapılabilir (Ackley, Ladwig ve Makic, 2017; ANA, 2018; Cardwell vd, 2011; Doenges vd, 2014; Hammond, 1978).

Veri toplanırken bireyden yeterli ve tam olarak veri toplanabilmesi için sağlıklı bir hemşire-hasta ilişkisinin geliştirilmesi gerekir. Bu ilişki, hastanın kliniğe başvurduğu andan itibaren başlar, birey sağlık kuruluşunda bulunduğu sürece devam eder (Seaback, 2006). Hasta ile hemşire arasında güven ilişkisinin gelişmesi gerekir. Hasta birey hemşireye güvenirse, hemşirenin bireye ait sağlık problemlerini eksiksiz ve doğru bir şekilde belirleyebilme olasılığı artar. Birey ile hemşire arasındaki güven ilişkisi derinleştikçe, birey/hasta kendi sağlık durumu ile ilgili daha fazla bilgi paylaşmaya istekli davranır (Rosdahl ve Kowalski, 2012).

Veriler öncelikli olarak hastanın kendisinden elde edilmelidir (primer veri kaynağı). Çünkü en güvenilir bilgi hastanın kendisinden alınır. Ailesi ve diğer yakınları, tıbbi kayıtlar (raporlar, laboratuvar sonuçları vb.) ve diğer sağlık profesyonellerinden elde edilen bilgiler de kullanılabilir (sekonder veri kaynakları) (N.Kaya, 2014). Belirlenen problemler bireyin algısı, anlayışı, hisleri, inanç ve tutumlarına dayalı ve sadece o kişi tarafından tarif edilebilir ise sübjektif veri, hasta dışında başka bir kişi tarafından gözlenebilir veya bir standarda göre test edilebilir ise objektif veri olarak adlandırılır (Kozier vd, 2018; Seaback, 2006). Sübjektif veriler sadece bireyin kendisinden elde edilebilir. Ağrı, kaşıntı, üzgün ya da endişeli olduğunu söyleme sübjektif verilere örnek olarak verilebilir. Objektif veriler ise görülebilir, duyulabilir, hissedilebilir, koklanabilir veya gözlem ve fiziksel muayene ile elde edilebilir verilerdir. Nemli cilt, gergin karın ya da kaşektik/obez birey gibi ifadeler objektif verilere örnek olarak verilebilir (N. Kaya, 2014; Kozier vd, 2018; Seaback, 2006).

Hemşireler, hemşirelik sürecinin tüm basamakları boyunca veri toplamak için farklı teknikler, araçlar ve yöntemler kullanabilir (Carvalho ve Kusumota, 2009; Haapoja, 2014) ancak literatürde genel olarak veri toplamak için çoğunlukla gözlem, görüşme ve fiziksel muayeneden yararlanıldığı belirtilmektedir (Kozier vd, 2018; Rosdahl ve Kowalski, 2012). *Görüşme*; bireyin mevcut sağlık durumu ve geçmiş öyküsünü almak için yapılmaktadır. Görüşme bireyin hedeflerinin ve sağlık kurumundan/personelinden beklentilerinin saptanmasını ve sübjektif verilerin alınmasını sağlar. Sağlıklı bir görüşmenin sürdürülebilmesi için; görüşmeye başlamadan önce görüşme ortamı (aydınlatma, havalandırma, gürültü), görüşmenin zamanı ve oturma düzeni ile ilgili hazırlık yapılmalıdır. Görüşmeyi başlatırken hemşirenin kendini tanıtmayı, görüşmenin amacını açıklaması ve ne kadar süreceği gibi bilgileri vermesi, görüşme sırasında kişiler arası iletişim becerilerini kullanabilmesi, hastanın durumuna göre tıbbi terimlerden uzak, sade, açık ve anlaşılır bir dil kullanması

önemlidir. Ayrıca bireyin kendini ifade etmesine olanak tanınması, gereksiz sorulardan kaçınılması, görüşme esnasında profesyonel bir tutum sergilenmesi, görüşmeyi sonlandırırken konuşulanların özetlenmesi gerekir (Biol, 2005; Burton ve May Ludwig, 2015; Çakırcalı, 2000; N. Kaya, 2014; Kozier vd, 2018). *Gözlem*; bireyin genel görünümü ve davranışlarının kasıtlı olarak, dikkatli bir şekilde izlenmesi anlamına gelir (Çakırcalı, 2000; Seaback, 2006). Hastanın fiziksel ve duygusal tepkileri, sosyal ve kültürel özellikleri, diğer hemşireler ve yakınları ile iletişimi, hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim seviyesi, duruşu, yüz ifadeleri ve diğer hareketleri, bilişsel durumu, yediği yiyecekler, konuştuğu dil, inançları gibi özellikler gözlem esnasında hemşirenin dikkatle değerlendirmesi gereken niteliklerdir. Hemşire bireyde/hastada “yeni” olan durumu belirlemek için rutin olarak gözlem yapmalıdır (Brokel, Avant ve Odenbreit, 2012; N. Kaya, 2014; Seaback, 2006). Ayrıca hemşirenin mesleki bilgisini uygulamaya yansıtılması için gözlem yeteneğinin gelişmiş olması gerekir (N. Kaya, 2014). *Fiziksel muayene*; bireyin baştan ayağa tüm sistemlerinin, muayene eden kişinin duyuları ile ya da bir takım araç-gereç yardımı ile muayene edilmesidir. Fiziksel muayenede, inspeksiyon, palpasyon, perküsyon ve oskültasyon becerileri kullanılır. Fiziksel muayene ile bireyin genel sağlık durumunun gelişimsel özelliklerine göre değerlendirmesi yapılır, bireyden elde edilen sübjektif veriler objektif ölçümler aracılığıyla doğrulanır (Olgun ve Tosun, 2017). Böylece fiziksel muayene ile normalden sapmalar tespit edilebilir (Kozier vd, 2018; Seaback, 2006). Fiziksel muayene yapılırken bireyin/hastanın mahremiyetine özen gösterilmeli, muayene için kullanılacak malzemeler hazır olmalı, ortamın ısı ve aydınlatması da yeterli olmalıdır. Yine bireyin/hastanın fiziksel muayene için psikolojik olarak hazırlanması ve yapılan her işlemin açıklanması doğru bir değerlendirme yapılabilmesi açısından önemlidir (Nettina, 2014; Olgun ve Tosun, 2017).

Veriler hangi yöntemle toplanırsa toplansın mutlaka doğru ve gerçek verilerin alındığından emin olunması gerekir. Çünkü geçerli olmayan, eksik, hatalı ya da yanlış veriler uygun olmayan hemşirelik girişimlerinin uygulanmasına sebep olur (N. Kaya, 2014). Verilerin doğrulanması, yanlış anlaşılmanın önüne geçilmesi ve bir sonraki adım olan tanılamanın doğru bir şekilde yapılabilmesi için oldukça önemlidir. Toplanan bütün ipuçları, belirti ve bulgular bir araya getirildikten sonra bu veriler yaşamsal bulgular, laboratuvar değerleri, besin grupları ya da normal büyüme ve gelişme gibi standart değerler ile karşılaştırılır. Objektif veriler sübjektif verileri doğrulamıyorsa veriler mutlaka gözden geçirilmeli ve yeniden sağlıklı veriye ulaşılmalıdır. Doğruluğundan emin olunan verilerden anlamlı gruplar oluşturulur ve bu veri grubundan yola çıkılarak hemşirelik tanısı belirlenir (Biol, 2005; N. Kaya, 2014; Seaback, 2006).

Tanılama

Hemşirelik sürecinin ikinci aşaması olan tanılama toplanan verilerin ileri analizi ve sentezini içerir (DeLaune ve Ladner, 2011). Hemşirelik tanısı birey, aile ve toplumun var olan ya da olası sağlık problemlerine yanıtına odaklanır. Tanı koyarken hemşireler eleştirel düşünme ve klinik karar verme becerilerini kullanır (Berman vd, 2016; DeLaune ve Ladner, 2011).

Hemşirelik tanıları problem odaklı (mevcut) tanı, potansiyel risk tanısı veya sağlığı geliştirme tanısı olabilir (Ackley vd, 2017; DeLaune ve Ladner, 2011; Krainovich-Miller, Frauenfelder ve Müller-Staub, 2012; Rosdahl ve Kowalski, 2012; Seaback, 2006). *Problem odaklı (mevcut) hemşirelik tanısı*; birey, aile veya toplumun sağlık durumundaki istenmeyen değişikliklere ilişkin klinik yargıdır. Problem odaklı tanının gözlenebilir (hastanın davranışları ya da fiziksel belirtileri gibi) tanımlayıcı özellikleri vardır. Ayrıca problem odaklı tanıda etyoloji veya nedensellik belirten “ilişkili faktör” bulunur. Bu ilişkili faktör hastanın spesifik bir ihtiyacı için bireye özgü hemşirelik tanısı konulmasını sağlar. NANDA taksonomisinde yer alan hemşirelik tanılarına ait ilişkili faktörler; pato-fizyolojik (biyolojik

veya psikolojik), tedaviye bağlı, durumsal (çevresel veya kişisel) ve gelişimsel olabilir. “İlişkili” ifadesi bir neden veya etkiyi değil, hastaya konulan tanının etiolojisi veya kökenini ifade eder. *Risk tanısı*; birey, aile veya toplumun sağlık durumundaki istenmeyen değişikliklere, bireylerin hassasiyetine ilişkin klinik yargıdır. Mevcut tanıda olduğu gibi tanımlayıcı özellikler veya ilişkili faktör ile değil, risk faktörleri ile adlandırılır. Risk tanısı için, söz konusu risk faktörlerinin olması gerekir. Bu faktörler çevresel, fiziksel, kimyasal, psikolojik veya genetik olabilir. *Sağlığın geliştirilmesi tanısı*; bireyin sağlık potansiyeli ve iyilik halini artırma isteğine ilişkin klinik yargıyı içerir. Davranışları ile spesifik bir sağlık davranışını geliştirmeye hazır olduğunu gösteren bireyler için kullanılır. Sadece tanı ismini içeren tek bölümlü bir ifade şeklinde yazılır. Sağlık yönetimini güçlendirmeye hazır olma, sıvı dengesini güçlendirmeye hazır olma, öz bakımı geliştirmeye hazır olma, iletişimi geliştirmeye hazır olma, bilgiyi geliştirmeye hazır olma gibi tanımlar bu gruptaki tanımlara örnek olarak verilebilir. Mevcut tanı, risk tanısı ve sağlığı geliştirme tanıları dışında “sendrom tanıları” da bulunmaktadır. Bu tanı, birlikte ortaya çıkan, birlikte adlandırıldığında daha iyi tanımlanan ve benzer müdahaleler gerektiren spesifik bir hemşirelik tanısı grubuna ilişkin değerlendirmeyi içerir. Örneğin “kronik ağrı sendromu”; sosyal izolasyon, yorgunluk, bozulmuş fiziksel mobilite ve huzursuz uyku örüntüsü gibi diğer tanımları da içinde barındıran, geniş bir kapsamda ele alınarak diğer ağrı tanımlarından farklılaşır (Gallagher-Lepak, 2014). Yine bu tanımlardan başka hemşirelerin bireyin/hastanın durumundaki değişiklikleri değerlendirmek için izledikleri fizyolojik komplikasyonlar olarak tanımlanan “kollaboratif problemler” in ele alınması hemşirenin sorumluluğundadır (Carpenito-Moyet 2007), ancak problemin çözümü için farklı meslek grupları ile işbirliğine ihtiyaç duyulur. Kollaboratif problemler genellikle organ veya sistem fonksiyonunda veya yapısındaki değişiklikleri (örn. Miyokard enfarktüsü, duodenal ülser) içerir (DeLaune ve Ladner, 2011).

Hemşirelik tanısı hastalık, komplikasyon ve fizyolojik olaylara değil hastanın şimdiki veya olası sağlık durumuna odaklanır. Verileri gruplanması ve analizinden sonra tanının formüle edilmesi, tanısal ifadenin/etiketin yazılması gerekir. Tanısal etiket, problemi NANDA-I taksonomisinde yer alan şekliyle ifade etmek demektir. Tanımları isimlendirirken genelden özele doğru gidilir. Tanımlayıcı özellikler, risk faktörleri veya tanının türüne göre ilişkili faktörler netleştirilir. Yanlış bir tanımlama hastaya gereksiz ya da uygun olmayan uygulamaların yapılmasına neden olacağından tanının tam ve doğru olarak konulması önemlidir (Şendir ve Büyükyılmaz, 2014). Ayrıca tanı koyarken bireyin sağlık veya hastalığı nasıl tanımladığı nasıl algıladığı, tedavi için hastanın onayladığı veya onaylamadığı seçenekler ile kültürün etkisini özellikle göz önünde bulundurmak gerekir. Her ne kadar NANDA-I hemşirelik tanımları uluslararası geçerliliği olan tanımlar olsa da örneğin ‘‘sedanter yaşam’’ ifadesinden hastanın anladığı ile hemşirenin kastettiği farklı olabilir (Kozier vd, 2018).

Hemşirelik tanımlarının adlandırılması PES (veya SEP) formatı adı verilen bir formatta ifade edilir (Ackley vd., 2017; Herdman ve von Krog, 2012). PES; Problem (*Problem*) etyolojik faktörler (*Etiological factors*) ve belirti/bulgular (*Sign and symptoms*) şeklindedir (Akça Ay, 2008). “Dört günde bir katı defekasyon ile bulgulan aktivitede azalma ile ilişkili konstipasyon” şeklindeki hemşirelik tanısında P: konstipasyon, E: aktivitede azalma S: ise dört günde bir katı defekasyondur (Şendir ve Büyükyılmaz, 2014). Tanımların isimlendirilirken değişim, azalma, artma, kronik, akut, etki vb. niteleyici kelimeler kullanılmaktadır (Erdemir, 2003).

Hemşirelik tanımları tıbbi tanımlar ile karıştırılmamalıdır. Tıbbi tanı ve tedaviden sorumlu olan hekim ile bakım vermektan sorumlu hemşirenin yetki ve sorumlulukları farklı olduğu için, hemşirelik tanısı ile tıbbi tanı da amaç, hedef ve terapötik müdahale bakımından farklıdır. Tıbbi tanı, hekim tarafından belirlenip, hastalık veya patolojik bir durumla ilgili iken, hemşirelik tanısı ise hemşireler tarafından belirlenir ve sağlıklı/hasta bireyin gerçek ya da potansiyel problemlerine odaklanır.

Genellikle birey tıbbi bir tanı aldıktan sonra bu tanı değişmezken, sağlıklı/hasta bireyin sağlık sorunları değiştiğinde hemşirelik tanıları da değişir (Birol, 2005; Chiffi ve Zanotti, 2015; DeLaune ve Ladner, 2011; Seaback, 2006).

Planlama

Hemşirelik sürecinin üçüncü basamağı olan planlama aşamasında, bakımın beklenen sonuçları belirlenir ve bakımın hedeflerine ulaşmak için gerekli girişimleri kapsayan bir bakım planı geliştirilir. Planlama aşaması; önceliklerin belirlenmesi, bakımın hedeflerinin / uzun vadeli beklenen sonuçların belirlenmesi, hemşirelik girişimlerine karar verilmesi ve bakım planının yazılmasını kapsar (Birol, 2005; Cardwell vd, 2011; DeLaune ve Ladner, 2011; Kozier vd, 2018; Nettina, 2014; Şendir ve Büyükyılmaz, 2014). Önceliklerin belirlenmesinde, bireyin ihtiyaç ve istekleri ile problemin aciliyeti, hastanın güvenliği ve tercihleri, uygulanacak girişimlerin ve tedavinin doğası, tanımlar arasındaki ilişki, hastanede kullanılan bakım sunuş modeli, kliniğin rutin işleyiş planı, sağlık ekibi üyelerinin özellikleri, kaynaklar ve malzemelere erişim, politika ve prosedürler, aile üyelerinin ulaşılabilirliği gibi faktörler etkilidir (Kozier vd, 2018; Rosdahl ve Kowalski, 2012). Öncelikleri belirlemek tanımlara sıra numarası verilmesi değil, problemlerin yüksek, orta ve düşük öncelikli olarak nitelendirilmesidir. Hastaya veya başkalarına zarar verme riski olan, yaşamı tehdit eden problemler yüksek öncelikli, acil olmayan ve hayati derecede önemi olmayan problemler orta öncelikli, normal gelişimsel ihtiyaçtan doğan veya minimal hemşirelik desteği gerektiren problemler ise düşük öncelikli hemşirelik tanılarıdır. Problemlerin önceliğini belirlemede sıklıkla Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi kuramı kullanılır (Ackley vd, 2017; Kozier vd, 2018). Hastanın ihtiyaçları ve sağlık durumu değiştiğinde önceliklerin sıralaması da sürekli değişir. Örneğin hastanın ağrısı (numerik skalaya göre) sekiz şiddetindeyse, bir sonraki görüşmede daha azalmış ya da artmış olabilir. Bu nedenle hemşirenin sürekli durum değerlendirmesi ve öncelik sıralaması yapması gerekir.

Hemşirenin bireye özgü bakım planı hazırlayabilmesi için bakımın amaçları belirlenirken daima hastayı kararlara katması gerekir (Ackley vd, 2017; Cardwell vd, 2011). Amaçlar/hedefler tamamen hasta merkezli, hastanın ihtiyacına yönelik, gerçekçi, eldeki imkân ve kaynaklar göz önünde bulundurularak hazırlanmış olmalıdır. Amaçlar kısa veya uzun vadeli amaçlar olabilir. Kısa vadeli hedefler özellikle akut şartlarda belirlenirken, uzun vadeli hedefler kronik hastalıklarda veya rehabilitasyon gerektiren durumlarda belirlenmektedir (Kozier vd, 2018; Rosdahl ve Kowalski, 2012). Pratik kullanımda bakım planı hazırlanırken hemşireler amaç ve hedef yerine "beklenen sonuç" ifadesini kullanabilmektedir. Beklenen çıktılar/sonuçların belirlenmesinde hemşirelik sonuçları sınıflaması (*Nursing Outcomes Classifications/NOC*) rehber alınmalıdır. Bakımın hedefleri/çıktıları/sonuçları belirlendikten sonra yapılacak hemşirelik girişimlerine karar verilir. Bu girişimleri hemşirenin bağımsız olarak gerçekleştirdiği girişimler, doğrudan diğer sağlık personeline bağlı girişimler ya da diğer sağlık personelleriyle işbirliği içerisinde (ortak) gerçekleştirdiği girişimler olabilir (Berman vd, 2016; Bulechek, Butcher, Decherman ve Wagner, 2013; DeLaune ve Ladner, 2011; Şendir ve Büyükyılmaz, 2014). Hemşirelik girişimlerinin belirlenmesinde, hemşirelik girişimleri sınıflaması (*Nursing Interventions Classifications/NIC*) rehber alınmalıdır.

Planlama aşamasında toplanan veriler, hemşirelik tanıları, amaçlar ve hedefler/beklenen sonuçlar, hemşirelik girişimleri ve değerlendirmeler yazıya geçirildiği için, hemşirelik süreci, hasta bakımının planlanması ve yönetilmesinde yol gösterici bir özellik taşımaktadır. Uygulamalarda, planlı ve belgelenmiş olarak bakım verilmesi idealdir (Türk, Hakverdioğlu, Eşer ve Khorshid, 2010).

Uygulama

Planlanan hemşirelik bakımının uygulamaya konulduğu bu basamakta, uygulanan hemşirelik girişimleri, en güncel ve etkili yaklaşımların kullanıldığı kanıta dayalı uygulamalardır. Bakım uygulamaları hemşireler tarafından doğrudan ya da dolaylı olarak gerçekleştirilir. Doğrudan bakım uygulamaları; hasta/birey ile bire bir etkileşim içerisinde gerçekleştirilen, ilaçların uygulanması, üriner kateter yerleştirilmesi gibi uygulamalardır. Dolaylı bakım uygulamaları ise, hastadan/bireyden uzak ama hasta/birey adına gerçekleştirilen uygulamalardır. Örneğin, enfeksiyon kontrolü için çevrenin düzenlenmesi, dokümantasyon gibi. Hemşirelerin çağdaş ve kanıta dayalı sağlık bakımı sunabilmesi için doğrudan ve dolaylı bakım uygulamalarını gerçekleştirebilecek bilgi, beceri ve yeterliliklere sahip olması gerekmektedir (Afolayan, Donald, Baldwin, Onasoga ve Babafemi, 2013; Cardwell vd, 2011). Burada sözü geçen hemşirelik uygulama becerileri bilişsel beceriler, iletişim becerileri ve psikomotor becerilerdir. Hemşirelik uygulamaları gerçekleştirilirken bilimsel bilgi, hemşirelik araştırmaları ve profesyonel bakım standartları temel alınmaktadır.

Değerlendirme

Değerlendirme, sürecin son basamağı olarak nitelendirilmesine rağmen, veri toplama gibi burada da süreklilik esastır ve sürecin her bir aşamasında değerlendirme yapılır (Ackley vd, 2017; Çakırcalı, 2000; Haapoja, 2014; Seaback, 2006). Değerlendirme basamağında, hastanın yanıtlarını analiz etmek, belirlenen amaçlara ulaşma ya da ulaşamama durumunda ilgili faktörleri belirlemek ve gelecekteki bakım için planlama yapmak gerekir (Rosdahl ve Kowalski, 2012). Değerlendirme basamağında, planlama basamağında yazılan hedeflere/beklenen çıktılara/sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığı; yani uygulanan hemşirelik girişimlerinin etkili olup olmadığı kontrol edilir. Girişimlerin etkinliğini değerlendirebilmek için, bakım standartlarını, normal hasta yanıtlarını, hemşirelik kuramlarını ve hemşirelik girişimlerinin etkinliğini bilmek ve yapılmış çalışma sonuçlarından haberdar olmak gerekir (Çakırcalı, 2000; H. Kaya, 2014; Yıldırım ve Özkahraman, 2011). Değerlendirme sonucunda belirlenen hedeflere ulaşılamamışsa, sürecin başlangıç noktasına dönülerek problemler yeniden gözden geçirilir ve süreç yeniden başlar (Haapoja, 2014; Nettina, 2014).

Bakım verdiği birey için açık ve etkili bir bakım planı oluşturmak ve bu planı uygulamak hemşirelerin mesleki ve yasal sorumluluğudur (Cardwell vd, 2011). Nitekim ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 8 Mart 2010 tarihli Resmi Gazete 'de yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliği'nde "Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler" hükmü yer almaktadır. Ayrıca, aynı yönetmelikte hastaların bakım gereksinimlerinin hemşirelik süreci doğrultusunda belirlenmesi ve karşılanması gerektiği belirtilmektedir (Hemşirelik Yönetmeliği, 2010). Yine Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği sağlıkta kalite standartları gereği, hastanelerde hemşirelik süreci doğrultusunda bakım planının hazırlanması ve kullanılması zorunlu hale gelmiştir (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2016). Dolayısıyla hemşirelerin, hemşirelik sürecini bilme ve hasta bakımında kullanma zorunluluğu vardır. Öte yandan hemşirelik öğrencilerinin de mesleki uygulamalarını geliştirmek için bakım planlama becerilerini geliştirme olanaklarına maruz kalması gerektiği belirtilmektedir (Cardwell vd, 2011).

Ülkemizde ve yurt dışında, hemşirelik süreci ile ilgili birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar Tablo 1.'de özetlenmiştir.

Tablo 1. Yurt Dışında ve Ülkemizde Hemşirelik Süreci ile İlgili Yapılan Çalışma Örnekleri

Künye	Ülke	Araştırmanın türü	Örneklem sayısı ve grubu	Başlıca sonuçlar
Banamwana ve Smith, 2015	Ruanda	Tanımlayıcı	101 hemşire	<ul style="list-style-type: none"> Hemşirelerin %96'sına göre, BP kullanımı bakımın kalitesini artırır BP kullanım engelleri; iş yükü, eğitim eksikliği, kanıta dayalı hemşirelik uygulamalarına ulaşamama
Mahmoud ve Bayoumy, 2014	Suudi Arabistan	Tanımlayıcı	148 hemşire	<ul style="list-style-type: none"> HS kullanmanın avantajları; hemşirelik uygulamalarını birleştirici, sürekli öğrenmeyi teşvik edici, hemşirelik girişimlerini değerlendirme ve gözden geçirme olanağı, bakımın devamlılığını sağlama Veri toplama aşamasında görüşme yapmada güçlük yaşandığı
Zamanzadeh, Valizadeh, Tabrizi, Behshid ve Lotfi, 2015	İran	Sistemik derleme	1970-2013 arasında yayınlanan, kriterleri karşılayan 31 makale	<ul style="list-style-type: none"> Çalışmaların çoğunun tanımlayıcı tipte ve veri toplama aracı olarak anket kullanıldığı Bireysel ve yönetsel problemler HS nin kullanımında kolaylaştırıcı veya zorlaştırıcı olarak rol oynamakta
Afolayan, Donald, Baldwin, Onasoga ve Babafemi, 2013	Nijerya	Tanımlayıcı	75 hemşire	<ul style="list-style-type: none"> Hemşirelerin %92'si HS ile ilgili "iyi" düzeyde teorik bilgiye sahip %93,3'ü HS kullanarak bakım vermeye istekli HS kullanımı ile ilgili güçlükler; yetersiz hemşire, iş yükü, deneyim, hastanın klinik durumunun doğası
Hagos, Alemseged, Balcha, Berhe ve Aregay, 2014	Etiyopya	Tanımlayıcı	200 hemşire	<ul style="list-style-type: none"> Hemşirelerin %30'u HS basamaklarını belirtmede başarısız %90'ı genel olarak HS ile ilgili zayıf bilgi düzeyine sahip %79'u HS nin uygulamada kullanılması gerektiğini düşünüyor %75'ine göre hemşire/hasta oranı HS uygulamak için uygun değil
Bayindir Çevik ve Olgun, 2015	Türkiye	Tanımlayıcı	71 öğrenci	<ul style="list-style-type: none"> HS hazırlarken NANDA-I metodunun daha zor, Yaşam Aktiviteleri modelinin daha kolay olduğu belirtilmiş

Taşkın Yılmaz, Sabancıoğulları ve Aldemir, 2015	Türkiye	Tanımlayıcı	44 öğrenci tarafından hazırlanan 176 bakım planı	<ul style="list-style-type: none"> • %65,9'u hasta bakımında HS kullanılmasının gerekli olduğunu, %34,1'i gerekli olmadığını düşünüyor. • HS'nin en çok veri toplama (%22,7), tanılama (%29,6) aşamasında, en az ise planlama (%13,6) aşamasında güçlük yaşanıyor • Güçlük yaşama nedenleri; hastanın uygun cevaplar vermemesi (%38,6), hastaya soru sormayı zor bulma veya sormaktan çekinme (%36,4) ve %56,8 oranında teorik bilgi eksikliği • Kontaminasyon riski (10%), ağrı (10%) ve bozulmuş uyku örüntüsü (6.8%) tanıları en sık belirlenen tanılar • Değerler/inançlar alanı ile üretkenlik/cinsellik alanı ile ilgili hiç tanı konulmamış
Andsoy, Güngör, Dikmen ve Nabel, 2013	Türkiye	Tanımlayıcı	95 hemşire	<ul style="list-style-type: none"> • HS kullanmama nedenleri; iş yükü ve hasta sayısının fazla olması, zaman yetersizliği. • HS'nin veri toplama ve tanı belirleme aşamasında güçlük yaşanıyor
Tambağ ve Can, 2014	Türkiye	Tanımlayıcı	55 öğrenci	<ul style="list-style-type: none"> • Öğrencilerin koydukları tanıların %71,5'i SEP formatına uygun değil. • Hemşirelik tanılarındaki hataların %61,7'sinin etiyolojinin doğru saptanamamasından kaynaklandığı, geri kalanların ise verileri uygun sınıflayamama nedeniyle yanlış yazıldığı • Bakım verilen hastalarda en çok ağrı, anksiyete ve enfeksiyon riski tanıları belirlenmiş.
Avşar, Ögünç, Taşkın ve Burkay, 2014	Türkiye	Tanımlayıcı	143 hemşire	<ul style="list-style-type: none"> • GYA modeline göre en fazla (%58) "Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi" alanında veri topladıkları, "Çalışma ve Eğlence", "Cinselliği İfade Etme" ve "Ölüm" alanlarında hiç veri toplamadıkları saptanmış • HS kullanımının bilgiyi, beceriyi ve eleştirel düşünmeyi olumlu yönde etkilediği belirtilmiş
Keski ve Karadağ, 2010	Türkiye	Tanımlayıcı	380 öğrenci	<ul style="list-style-type: none"> • Öğrencilerin yarıdan çoğu uygulamada HS kullanırken sorun yaşadıklarını belirtmiş. • Tanılama (%24,6) ve veri toplama (%24,2) aşaması başta olmak üzere sürecin tüm aşamalarında güçlük yaşandığı belirlenmiş. • HS kullanmaya ilişkin bilgi ve uygulamalarını geliştirmek amacıyla yararlanılan kaynaklar; ders notları (%25,5), kitaplar (%21,5) ve internet kullanımı (%16,8) yer almaktadır.
Şendir, Acaroğlu ve Aktaş, 2009	Türkiye	Tanımlayıcı	109 öğrenci	<ul style="list-style-type: none"> • 53.2'sinin HS'ne ilişkin kuramsal ve uygulamalı eğitimlerini yeterli bulduğu,

Akansel ve Palloş, 2020	Türkiye	Tanımlayıcı	52 öğrenci	<p>%63,3'ünün klinik uygulamalı tüm derslerde bu konuyu aynı önemde gördüğü,</p> <ul style="list-style-type: none">• Öğrencilerin %74,3' ünün HS uygulamalarında dersler arasında farklılıklar deneyimlediği,• HS uygularken, öğrencilerin en fazla tanılama ve “uygun hemşirelik girişimlerini belirleme” olduğu saptanmış <hr/> <ul style="list-style-type: none">• BP oluşturmada insan, metod, malzeme ve çevre ile ilişkili güçlükler yaşandığı,• Bu güçlükler; bilgi eksikliği (%58,18), hasta ile iletişim kurmada güçlük (%47,27), öğretim elemanlarının yüksek beklentileri (%12,73), klinik hemşirelerinin tutumları (%29,09) öğrencilerin analitik düşünme becerilerinde eksiklik hissetmesi (%29,09), zamanı iyi kullanamama (%27,27), klinik uygulamada kullanılan veri toplama formlarının uzun ve kapsamlı olması (%23,63); klinik uygulama ortamında bakım planının etkin şekilde kullanılmaması (%49,09).
----------------------------	---------	-------------	------------	--

SONUÇ

Sonuç olarak, hemşirelik süreci yaklaşımının kullanımı ile ilgili zorluklar yaşanmasına rağmen, bakımı planlamada hemşirelik sürecinin kullanılması, bakımın bilimsel bir temele dayandırıldığına göstergesidir. Planlanan girişimlerinin bu temele dayandırılması ve hastaya özgü hale getirilmesi (yani bireyselleştirilmesi), hastanın ve ailesinin bakıma dahil edilmesi ve uygulamaların holistik yaklaşımla gerçekleştirilmesi, bakımın kalitesi açısından önemlidir (Bayat, 2005; Berman vd, 2016; Cardwell vd, 2011; H. Kaya, 2014; Kozier vd, 2018; Rosdahl ve Kowalski, 2012). Hemşirelik sürecinin bütün basamaklarının sistematik olarak uygulanmaması, bakımın devamlılığı için risk oluşturur (de Moraes Lopes, Higa, Dos Reis, De Oliveira ve Christóforo, 2010). Bakım planlanırken hemşirelik süreci ne kadar sık kullanılırsa, o kadar etkili, görünür ve kanıta dayalı hemşirelik uygulamaları gerçekleştirilmiş olur (Lesli, 2018). Hemşirelik süreci yaklaşımıyla bakım verilmesi, kaliteli, bireysel ve bütüncül bakımı garanti eder.

KAYNAKÇA

- Ackley, B. C., Ladwig, G. B., Makic, M. B. F. (2017). *Nursing diagnosis handbook an evidence-based guide to planning care* (11th edition ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Afolayan, J., Donald, B., Baldwin, D., Onasoga, O., ve Babafemi, A. (2013). Evaluation of the utilization of nursing process and patient outcome in psychiatric nursing: Case study of psychiatric Hospital Rumuigbo, Port Harcourt. *Advances in Applied Science Research*, 4(5), 34-43.
- Akansel, N. Palloş, A. (2020). Hemşirelik öğrencilerinin bakım planı hazırlamada yaşadıkları güçlüklerin kök nedenlerinin incelenmesi. *ACU Sağlık Bil Derg*, 11(2):269-275.
- Akça Ay, F. (2008). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlkeler, Uygulamalar. *Hemşirelik Süreci* içinde (2. baskı ed., pp. 61-73). İstanbul: Medikal Yayıncılık Ltd Şti.
- American Nurses Association (ANA), (2018). The Nursing Process. Erişim adresi: <https://www.nursingworld.org/practice-policy/workforce/what-is-nursing/the-nursing-process/>

- Andsoy, I. I., Güngör, T., Dikmen, Y., ve Nabel, E. B. (2013). Hemşirelerin bakım planını kullanırken yaşadıkları güçlükler. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 3(2).
- Avşar, G., Ögünç, A. E., Taşkın, M., ve Burak, Ö. F. (2014). Hemşirelerin hasta bakımında kullandıkları hemşirelik süreci uygulamalarının değerlendirilmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 17(4).
- Banamwana G, Smith AM. (2015). Evaluation of the Use and Value of Nursing Care Plans in Nursing Practice at a Referral Hospital, Kigali, Rwanda: Nurses' Perspectives. *Rwanda Journal* 2(2):76.
- Bayat, M. (2005). Öğretim süreci ve hemşirelik. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Hemşirelik Özel Sayısı)*, 14, 66-72.
- Bayındır Çevik, A., ve Olgun, N. (2015). Do Problem-Solving Skills Affect Success in Nursing Process Applications? An Application Among Turkish Nursing Students. *International Journal of Nursing Knowledge*, 26(2), 90-95.
- Berman, A., Snyder, S. J., Frandsen, G. (2016). *Kozier&Erb's Fundamentals of Nursing, Concepts, Process, and Practice* (10 ed.). New Jersey: Julie Levin Alexander.
- Biol, L. (2005). *Hemşirelik Süreci* (7. baskı ed.). İzmir: Etki matbaacılık.
- Brokel, J., Avant, K., Odenbreit, M. (2012). The Value of Nursing Diagnoses in Electronic Health Records. In H. Herdman (Ed.), *NANDA International nursing diagnoses: definitions & classification 2012-2014*. UK: Wiley Blackwell.
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Decherman, J. M., Wagner, C. (2013). *Nursing Interventions Classification (NIC)* (6th ed.). St. Louis: Elsevier Mosby.
- Burton, M. A., May Ludwig, L. J. (2015). *Fundamentals of Nursing Care- Concepts, Connections & Skills* (Second ed.). USA: F.A. Davis Company.
- Çakırcalı, E. (2000). *Hasta bakım ve tedavisinde temel ilke ve uygulamalar*. İzmir: Meta basım.
- Can G, Erol O. (2012). Nursing students' perceptions about nursing care plans: A Turkish perspective. *International journal of nursing practice*. 18(1):12-9.
- Cardwell, P., Corkin, D., McCartan, R., McCulloch, A., Mullan, C. (2011). Is care planning still relevant in the 21st century? *British Journal of Nursing*, 20(21), 1378-1382.
- Carpenito-Moyet, L. J. (2007). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice* (12th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carvalho, E. C. d., Kusumota, L. (2009). Nursing process: difficulties for its utilization in practice. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(SPE1), 554-557.
- Chiffi, D., Zanotti, R. (2015). Medical and nursing diagnoses: a critical comparison. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 21(1), 1-6. doi:10.1111/jep.12146
- de Moraes Lopes, M. H. B., Higa, R., Dos Reis, M. J., De Oliveira, N. R., Christóforo, F. F. M. (2010). Evaluation of the nursing process used at a Brazilian teaching hospital. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21(3), 116-123.
- DeLaune SC, Ladner PK. (2011). *Fundamentals of Nursing*. Delmar: Cengage Learning.
- DeLaune, S. C., Ladner, P. K. (2011). *Fundamentals of Nursing Standards & Practice* (Fourth edition ed.).
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., Murr, A. C. (2008). *Nurse's Pocket Guide Diagnoses, Prioritized Interventions, and Rationales* (11th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., Murr, A. C. (2014). *Nursing care plans: Guidelines for individualizing client care across the life span*: FA Davis.
- Edelman, C., Connelly, e. E. (2018). *Health promotion throughout the life span* (9 th ed.). China: Elsevier.
- Erdemir, F. (2003). Hemşirelik tanıları nedir ve ne değildir? NANDA hemşirelik tanıları taksonomisi: Taksonomi II. F. Erdemir, Yılmaz, E. (Ed.) içinde, *Hemşirelik Sınıflama Sistemleri* (pp. 17-42). Ankara: Başkent Üniversitesi.

- Gallagher-Lepak, S. (2014). Nursing Diagnosis Basics. In T. H. Herdman, Kamitsuru, S. (Ed.), *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification, 2015-2017* (Tenth edition ed., pp. 21-30). Oxford: Wiley Blackwell.
- Haapoja, A. (2014). The Nursing Process, a Tool to Enhance Clinical Care—a Theoretical study.
- Hagos, F., Alemseged, F., Balcha, F., Berhe, S. ve Aregay, A. (2014). Application of nursing process and its affecting factors among nurses working in mekelle zone hospitals, Northern Ethiopia. *Nursing research and practice, Volume 2014, Article ID 67521*.
- Hammond, M. (1978). The nursing process. *Curationis, December*.
- Hemşirelik Yönetmeliği, (2010). Resmi gazete, no: 27515.
- Herdman, H., von Krog, G. (2012). The NANDA International Taxonomy II 2012–2014. In H. Herdman (Ed.), *NANDA International Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2012-14* Wiley-Blackwell.
- Kaya, H. (2014). Uygulama ve Değerlendirme. In T. Atabek Aştı & A. Karadağ (Eds.), *Hemşirelik Esasları (Hemşirelik Bilimi ve Sanatı- I)* (pp. 201-208). İstanbul Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Kaya, N. (2014). Hemşirelik süreci, hemşirelik tanılması. In T. Atabek Aştı & A. Karadağ (Eds.), *Hemşirelik Esasları* (Vol. 1, pp. 137-176). İstanbul: Akademi basın ve yayım.
- Keski, Ç. ve Karadağ, A. (2010). Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Süreci Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi (1)*, 41-52.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., Snyder, S., Frandsen, G., Buck, M., . . . Stamler, L. (2018). *Fundamentals of Canadian Nursing Concepts, Process, and Practice* (4th Canadian edition ed.). USA: Pearson.
- Krainovich-Miller, B., Frauenfelder, F., Müller-Staub, M. (2012). Nursing Diagnosis in Education. In *NANDA International Nursing Diagnoses: Definitions & Classification* (pp. 160-178). Oxford: Wiley Blackwell.
- Lesli, J. (2018). Employment of the Nursing Process to Facilitate Recovery from Surgery: A Case Study. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 23(2).
- Mahmoud MH, Bayoumy HM. (2014). Barriers and facilitators for execution of nursing process from nurses' perspective. *International Journal*. 2(2):300-15.
- Nettina, S. M. (2014). Nursing Practice and the Nursing Process. In S. M. Nettina (Ed.), *Lippincott manual of nursing practice: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins*.
- Olgun, N., Tosun, N. (2017). Fiziksel muayene ve klinik karar verme. In F. Eti Aslan (Ed.), *Sağlığın değerlendirilmesi ve klinik karar verme*. Ankara: Özyurt Matbaacılık.
- Pearson, A. (2003). The role of documentation in making nursing work visible. *International Journal of Nursing Practice*, 9(5), 271-272.
- Rosdahl, C. B., Kowalski, M. T. (2012). *Textbook of basic nursing* (10 ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2016). *Sağlıkta Kalite Standartları- Hastane*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Retrieved from <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3460,skshastanesetiv5r1pdf.pdf?0>
- Seaback, W. W. (2006). *Nursing Process: Concepts and Application* (Second edition ed.).
- Şendir M, Acaroğlu R, Aktaş A. (2009). Hemşirelik yüksekokulu son sınıf öğrencilerinin hemşirelik sürecine ilişkin bilgi ve görüşleri. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 17(3):166-73.
- Şendir, M., Büyükyılmaz, F. (2014). Hemşirelik Tanısı. In T. Atabek Aştı & A. Karadağ (Eds.), *Hemşirelik Esasları (Hemşirelik Bilimi ve Sanatı- I)* (pp. 177-190). İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
- Takahashi AA, Barros ALBL, Michel JLM, Souza MF (2008). Difficulties and facilities pointed out by nurses of a university hospital when applying the nursing process. *Acta Paulista de Enfermagem*. 21(1):32-8.
- Taşkın Yılmaz F, Sabancıoğulları S, Aldemir K. (2015). The opinions of nursing students regarding the nursing process and their levels of proficiency in Turkey. *Journal of Caring Sciences*. 4(4):265-75.

- Türk Dil Kurumu, (2015). Hemşirelik Terimleri Sözlüğü. Erişim adresi: <https://sozluk.gov.tr/> Erişim tarihi: 02.02.2020
- Türk, G., Hakverdioğlu, G., Eşer, İ., Khorshid, L. (2010). İnmeli hastaların hemşire kayıtlarının incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 3(4), 171-174.
- Uysal N, Gürol Arslan G, Yılmaz İ, Yetkin Alp F. (2016). Hemşirelik İkinci Sınıf Öğrencilerinin Bakım Planlarındaki Hemşirelik Tanıları Ve Verilerin Analizi. *CBU-SBED Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 3(1):139-43.
- Uysal N, Yenal K. (2016), Hemşirelik bir ve ikinci sınıf öğrencilerinin bakım planı için cinsellik ve üreme alanına ilişkin veri toplamada yaşadıkları güçlükler. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*, (7):98-115.
- Yıldırım, B., Özkahraman, Ş. (2011). Critical Thinking in Nursing Process and Education. *International Journal of Humanities and Social Science (Special Issue)*, 1(13), 257-262.
- Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Tabrizi, F. J., Behshid, M., ve Lotfi, M. (2015). Challenges associated with the implementation of the nursing process: A systematic review. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 20(4), 411-419.

EXTENDED ABSTRACT

The nursing process is the most crucial element that reflects the scientific basis of the nursing profession. For nursing practices to be carried out on a planned and systematic basis, caregivers should be provided with a nursing process approach. While providing care with the nursing process approach, the health status of the individual (healthy or sick) is continuously monitored, and the care plan is reviewed and rearranged according to changing needs. Therefore, continuity of care is ensured. The nursing process guides nurses to reflect their knowledge and skills into care. The nursing process consists of data collection, diagnosis, planning, implementation, and evaluation steps.

Data collection (Assesment): Data collection is the planned and systematic acquisition of data about the patient's past and current health status. Data collection includes obtaining information about the patient / healthy individual, verifying, organizing, interpreting and reporting this information (Cardwell, Corkin, McCartan, McCulloch & Mullan, 2011; Doenges, Moorhouse & Murr, 2008; Kozier et al., 2018). The data are obtained by using primary or secondary sources (N.Kaya, 2014) , interviews, observation, and physical examination techniques (Kozier vd, 2018; Rosdahl ve Kowalski, 2012) . It is imperative to verify the collected data, to prevent misunderstandings and inferences, and to make the next step, the correct diagnosis. A relationship of trust should develop between the patient and the nurse. If the patient relies on the nurse, the possibility of the nurse to determine the health problems of the individual completely and accurately increases (Rosdahl ve Kowalski, 2012).

Diagnosis: Diagnosis step include advanced analysis and synthesis of the collected data (DeLaune ve Ladner, 2011). Nursing diagnosis focuses on the response of the individual, family, and community to existing or potential health problems. Nursing diagnoses can be the problem-oriented (current) diagnosis, potential risk diagnosis, or health promotion diagnosis (Ackley vd, 2017; DeLaune ve Ladner, 2011; Krainovich-Miller, Frauenfelder ve Müller-Staub, 2012; Rosdahl ve Kowalski, 2012; Seaback, 2006). Besides current diagnosis, risk diagnosis and health promotion diagnoses, there are also syndrome diagnoses. This diagnosis includes an assessment of a specific group of nursing diagnoses that emerge together, are better identified when co-named and require similar interventions. Nursing diagnosis is to express the problem as it is in the NANDA-I taxonomy. The naming of nursing diagnoses is expressed in a format called PES (problem-etiology-symptom) format (Ackley vd., 2017; Herdman ve von Krog, 2012). Nursing diagnoses are different from medical diagnoses. Because the purpose of nursing diagnosis and medical diagnosis is different in terms of goal and therapeutic intervention. While the medical diagnosis is determined by the physician and is related to the disease or a pathological condition, the nursing diagnosis is determined by the nurses and focuses on the real or potential problems of the healthy / sick individual. While this diagnosis does not change after the individual diagnosed with a medical diagnosis, the nursing diagnosis changes as the health / sick individual's health problems change (Birol, 2005; Chiffi & Zanotti, 2015; DeLaune & Ladner, 2011; Seaback, 2006).

Planning: After the diagnoses are determined, at the planning stage, priorities are determined, goals of care, expected results are determined, nursing interventions are decided, and the care plan is written (Birol, 2005; Cardwell vd, 2011; DeLaune ve Ladner, 2011; Kozier vd, 2018; Nettina, 2014; Şendir ve Büyükyılmaz, 2014). Determining priorities is not to give sequences to diagnoses, but to identify problems as high, medium and low priority. Maslow's Needs Hierarchy theory is often used to prioritize problems (Ackley vd, 2017; Kozier vd, 2018). While determining the expected outcomes, Nursing Outcomes Classifications (NOC) and determining nursing interventions, Nursing Interventions Classifications (NIC) should be taken as guide.

Implementation: Care practices are carried out by nurses directly or indirectly. Direct care practices; These are applications such as the administration of drugs and the placement of urinary catheters. Indirect care practices are practices carried out on behalf of the patient/individual, away from the patient/individual. For example, regulating the environment for infection control, such as documentation. Planned care is implemented using effective and up-to-date approaches, and it is evaluated whether the objectives of care are achieved.

Evaluation: Whether the objectives / expected outputs/results written in the evaluation planning step have been achieved; that is, whether the nursing interventions applied are effective or not. In order to evaluate the effectiveness of interventions, it is necessary to know the standards of care, normal patient responses, nursing models and theories, the effectiveness of nursing interventions, and be aware of the results of the studies performed (Çakırcalı, 2000; H. Kaya, 2014; Yıldırım ve Özkahraman, 2011).

Giving care with the nursing process approach guarantees quality, individual, and holistic care. This study is thought to be useful by providing information to nurses and nursing students in preparing a care plan.

Fekal Mikrobiyota Transplantasyonu ve Hemşirelik*

Zülfiye BIKMAZ¹  Mervet ÇİÇEK² 

¹ Kırklareli Üniversitesi, Sağlık Yüksekokulu, Sağlık Yönetimi Bölümü, Kırklareli, Türkiye
zulfiyebikmaz@klu.edu.tr (Sorumlu Yazar/Corresponding Author)

² Bahçelievler Memorial Hastanesi, Ameliyathane Bölümü, İstanbul, Türkiye
merve.hasimoglu.123@gmail.com

Makale Bilgileri

ÖZ

Makale Geçmişi

Geliş: 05.05.2020

Kabul: 26.06.2020

Yayın: 25.08.2020

Anahtar Kelimeler:

Clostridium Difficile,
Hemşirelik,
Bakım,
Mikrobiyota,
Transplantasyon.

Fekal mikrobiyota transplantasyonu, bozulan intestinal mikrobiyomun sağlıklı hale getirilmesine yönelik bir tedavi yöntemidir. Küresel açıdan önemli bir nozokomial enfeksiyon olan *Clostridium difficile* enfeksiyonlarının tedavisine yönelik iyi bir alternatif olarak kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalar sonucunda çeşitli hastalıklar açısından da tedavi umudu yaratan bu yenilikçi tedavi yöntemi kaliteli bir hemşirelik bakımı gerektiren kompleks bir süreçtir. Transplantasyon süreci; hasta seçimi, doğru donör seçimi, fekal içeriğin uygun şekilde hazırlanması, fekal içeriğin transplantasyonunda kullanılan yöntem ve bu sürecin yönetimi, enfeksiyon kontrolü, transplantasyon öncesi, sıra ve sonrasında eğitim ve iyi bir hasta izleminden oluşmaktadır. Fekal mikrobiyota transplantasyonuna yönelik direkt güvenlik çalışmaları olmamakla birlikte ateş, soğuk algınlığı gibi belirtilerden nadir de olsa ölümlü sonuçlanabilen advers olaylara kadar bildirimler mevcuttur. Bu yöntemde taze, donmuş veya liyofilize şeklindeki formlarla fekal transplantasyon sağlanabilmektedir. Taze ve donmuş şekilde uygulanabilecek transplantasyonlar için uygun donör adayına ihtiyaç duyulmaktadır. Diğer transplantasyonlarda olduğu gibi fekal donör bağışçısı bulmanın önündeki engellerden birisi de tedavi yöntemi konusunda yeterince kamu bilgilendirme çalışmalarının olmamasıdır. Transplantasyon sonrası süreçte temas izolasyonun sürdürülmesi, uygun beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesi ve diğer önemli kurallara uyum ile tekrar transplantasyon gereksinimini ortadan kaldırmaya yönelik hasta uyumu ve izlemi önemlidir. Sürecin iyi anlaşılması, hemşirelik bakımı, tedavi yöntemi konusunda bilgilendirmek ve literatüre katkı sağlamak amacıyla bu derleme çalışması hazırlanmıştır.

Fecal Microbiota Transplantation and Nursing

Article Info

ABSTRACT

Article History

Received: 05.05.2020

Accepted: 26.06.2020

Published: 25.08.2020

Keywords:

Clostridium Difficile,
Nursing,
Care,
Microbiota,
Transplantation.

Fecal microbiota transplantation is a treatment method for making disrupted intestinal microbiome healthy again. It is considered as a good alternative towards treatment of *Clostridium difficile* infections, which are globally significant nosocomial infection. This innovative treatment method which has created a treatment hope in terms of various diseases as a result of conducted studies is a complex process that requires quality nursing care. The transplantation process consists of patient selection, correct donor selection, appropriate preparation of fecal content, method used in the transplantation of fecal content and management of this process, infection control, education before, during and after transplantation and good patient monitoring. While there are no direct safety studies on fecal microbiota transplantation, there are reports ranging from symptoms such as fever, common cold to rare adverse events that may result in death. In this method, fecal transplantation may be provided in fresh, frozen or lyophilized forms. A suitable donor candidate is required for transplantations to be applied in a fresh or frozen form. As in other transplantations, one of the obstacles to finding a fecal donor is that there are no sufficient public information efforts in terms of the treatment method. Patient compliance and follow-up is important to maintain contact isolation in the post-transplant process, to develop appropriate dietary habits and to comply with other important rules and to eliminate the need for re-transplantation. This review study was prepared for the process to be understood well, to provide information regarding nursing care and the treatment method and to contribute to the literature.

Atıf/Citation: Bıkmaz, Z. & Çiçek, M. (2020). Fekal mikrobiyota transplantasyonu ve hemşirelik, *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 91-108.



"This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) (CC BY-NC 4.0)"

* Bu çalışma 17. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Fekal mikrobiyota transplantasyonu (FMT), sağlıklı bir donörden elde edilen bir fekal süspansiyonun hasta bir bireyin gastrointestinal sistemine (GİS) prezente edilmesidir (Borody, Paramsothy ve Agrawal, 2013). Gastrointestinal (GI) mikrobiyomun karmaşıklığı, sağlık ve hastalık üzerine etkileri ve küresel bir halk sağlığı sorunu olarak hastane ilişkili enfeksiyonların önemli nedenlerinden *Clostridium difficile* enfeksiyonu (CDE) (Lessa, Gould ve McDonald, 2012; Balsells ve diğerleri 2018) gibi sebeplerle son zamanlarda bu tedavi yönteminin önemi giderek artmaktadır. Yapılan çalışmalar, tekrarlayan CDE için uygulanan FMT sonuçlarına göre %91 birincil ve %98 ikincil kür elde edildiği bildirilmektedir (Brandt ve diğerleri, 2012). FMT'nin olumlu klinik çıktıları izlenmekle birlikte tüm artı ve eksi yönleri iyi analiz edilmesi gereken bir tedavi yöntemidir.

Mikrobiyota

İnsan mikrobiyomunun normal fizyoloji için önemi yeni yeni anlaşılmaya başlanmıştır. Bu karmaşık mikrobiyal ekosistem; bağışıklık sisteminin gelişimi ve fonksiyonunu etkilemekte, temel besinlerin sağlanmasında, metabolizmanın düzenlenmesinde ve fırsatçı enfeksiyonlardan korunmada çeşitli roller üstlenmektedir (Rogers, 2015).

İnsan mikrobiyotası bakteriler, funguslar, virüsler ve birçok ökaryotik mikroorganizmadan oluşmaktadır. İnsan mikrobiyotasının büyük bir kısmı GİS'te kolonizedir (Uygun, 2017). Mikroorganizmaların diğer yerleşim bölgeleri ise burun, ağız, deri, ürogenital bölgeler ve dış çevreyle ilişkili yüzey, boşluk ve organ mukoz membranlardır (Karaçay, 2010). İntestinal mikrobiyota, parmak izi gibi her insanda kendine özgü içeriğe ve dağılıma sahiptir. Konağın genetik geçmişi, yaşı, diyeti ve sağlık durumundan etkilenen mikrobiyota aktivitesi ve bileşimi, konakçı metabolizmasını ve hastalık gelişimini etkilemektedir. Doğum şekli, bebeklik dönemindeki beslenme, genetik yapı, yaş, yaşam biçimindeki değişiklikler, beslenme davranışları, geçirilmiş enfeksiyonlar, inflamatuvar hastalıklar ve kullanılan ilaçlar gibi değişkenler mikrobiyota kompozisyonu ve aktivitesini etkilemektedir. Ancak bu değişikliklerin arkasında yatan süreç ve mekanizmalar henüz tam olarak anlaşılmamaktadır (Ottman, Smidt, de Vos ve Belzer, 2012).

İntestinal Mikrobiyotanın Rolü ve Önemi

İntestinal mikrobiyota, intestinumda homeostazın korunması için anahtar rol oynamaktadır (Khanna ve diğerleri, 2017). Diyet lifinin intestinal komensal bakteriler tarafından fermentasyonu sonrası üretilen kısa zincirli yağ asitleri, kolit, artrit ve astımda gelişen inflamasyonu hafifletmek için nötrofilleri eksprese eden G-protein-bağlı reseptör 43 (GPR43) ile etkileşime geçtiği bildirilmektedir (Maslowski ve diğerleri, 2009). Bu bulgu, mikrobiyota bileşimi ve konakçı immün tepkisi ile diyeti ilişkilendiren en önemli bulgudur. İntestinal mikrobiyota konağın doğal bağışıklık sistemi ve patojenik ajanlara karşı erken savunma mekanizması olarak hizmet ederken, konakçı-mikrobiyal homeostazın korunması ve hastalık sırasında aşırı inflamasyonu önlemek için uygun ortam sağlamaktadır (Chow, Lee, Shen, Khosravi ve Mazmanian, 2010).

Bozulmuş intestinal mikrobiyota GİS ve GİS dışı birçok hastalığın patogenezinde etkilidir. İntestinal mikrobiyal dengesizliğinin (dysbiosis) konakçıda oluşturduğu en dikkate değer hastalıklar, CDE, obezite (Ley, Turnbaugh, Klein ve Gordon, 2006), malnutrisyon (Kau, Ahem, Griffin, Goodman ve Gordon, 2011) romatoid artrit (Durack ve Lynch, 2019; Scher ve Abramson, 2011), Tip II Diyabetes Mellitus (Qin ve diğerleri, 2012), hipertansiyon (Yang ve diğerleri, 2015), inflamatuvar bağırsak hastalığı, nörolojik bozukluklar (Frank ve diğerleri, 2007), çölyak hastalığı, kolorektal kanser, otizm spektrum bozukluk (Kho ve Lal, 2018), ülseratif kolit ve gıda allerjisidir (Brody ve Khoruts, 2011).

İntestinal floranın kolonizasyon direncini zayıflatmada veya *Clostridium difficile* (CD) gibi patojen organizmaların intestinal koloni oluşturmalarını önlemede mikrobiyotanın etkili olduğu bilinmektedir (Boyle, Ruht-Sahd ve Zhou, 2015). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) CDE, hastane ilişkili diyareye neden olan yaygın bir enfeksiyon olup 500.000 Amerikalıyı etkilemekte ve yıllık 15.000-30.000 ölümle ilişkilendirilmektedir (Center for Infection Disease Research and Policy [CIDRAP], 2018). *Clostridium difficile* enfeksiyonu görülme oranına ilişkin Türkiye'ye yönelik net veriler olmamakla birlikte Ergen ve diğerlerinin (2009) Uludağ Üniversitesi'nde gerçekleştirdikleri bir çalışmada 2004-2005 yılı nozokomial enfeksiyon vakalarının %0,5'inde CDE görüldüğü bildirilmektedir. İlk CDE atağında hastalar, metronidazol veya vankomisin ile tedavi edilirken bu hastaların üçte birinde ikinci atak sonrası tekrarlama oranı % 65'tir (Louie ve diğerleri, 2011). Antibiyotik tedavisi, doğal intestinal mikrobiyotayı bozarak CD'nin kolonileşmesini kolaylaştırmaktadır (Dowle, 2016). Antibiyotik tedavisine alternatif tedavi arayışları arasında en heyecan veren yöntem FMT'dir. FMT'nin endike olduğu durumlarda, tedavi edici etkisini belirlemeye yönelik sistematik klinik çalışmalarda uygulanabilecek optimal protokoller için daha fazla bilimsel ve klinik çalışmaya gereksinim bulunmaktadır (Borody ve Khoruts, 2011; Rogers ve Bruce, 2013; Borody ve diğerleri 2013).

Fekal Mikrobiyota Transplantasyonu

Fekal mikrobiyota transplantasyonu, normal bir intestinal mikrobiyal komensal yapısının yeniden yapılandırılmasını sağlamak amacıyla sağlıklı bir vericiden bir alıcıya mikrobiyota engraftmanıdır (Borody ve Khoruts, 2011). Sağlıklı bir donörden yapılan FMT'yle alıcı intestinal mikrobiyal çeşitliliği ve patojen kolonizasyon direnci eski haline getirebilmektedir (Khanna, ve diğerleri, 2017).

Tarihsel açıdan FMT ilk kez dördüncü yüzyılda Çin'de belgelenmiş olup "sarı çorba" olarak belirtilmektedir (Boyle ve diğerleri, 2015). İbni Sina'nın (930-1037) El-Kânûn Fi't-Tıbb eserinde, temmuz ayında toplanmış ve kurutulmuş köpek pisliğinin bazı işlemlerden sonra yutulmasının veya deve kuşu bağırsağının iki ucu bağlanarak kurutulduktan sonra belirli oranlarda içilmesinin diyarenin durdurulmasında kullanılabileceği belirtilmektedir (Kâhya, 2017). Dünyanın bazı bölgelerinde yeni doğmuş bir bebeğin immün sistemini harekete geçirmek için küçük bir miktar annesinin gaitasının oral olarak verilmesi şeklinde uygulamalar vardır. Hayvanlarda ise ilk olarak 17.yy'da İtalyan anatomist Fabricius Aquapendente, "tranfaunasyon" kavramıyla enterik bakteri transplantasyonunu tanımlamıştır (Borody ve diğerleri, 2004). Günümüzde de hayvanlarda bu tedavi tekniği etkin bir şekilde kullanılmaktadır (DePeters ve George, 2014).

Fekal transplantasyon 1950'li yıllarda ABD'de nadiren kullanılmış olup son zamanlarda popülerlik kazanmıştır. 2013 yılında Gıda ve İlaç İdaresi (Food and Drug Administration [FDA]), bu yöntemi uzman hekimlerin tekrarlayan CDE'nin tedavisinde kullanabileceğini açıklamıştır. Bu yöntem birçok ülkede CDE'ye karşı tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır (Boyle ve diğerleri, 2015).

Gough, Shaikh ve Manges'ın (2011) yaptıkları sistematik derlemeyle inceledikleri çalışmalar sonucunda rekürren CDE ve psödomembranöz kolitte uygulanan FMT'yle ilgili 27 olgu serisi ve raporda tedavi edilen 317 hastanın %92'sinin semptomlarında iyileşme yaşandığı ve nadir olarak ölüm ve advers olay bildirimleri olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Karadesh ve Sule (2013), 2010-2011 yılları arasında yapılan 11 klinik çalışma ve vaka çalışmasında FMT başarı oranının %83-100 arasında değiştiği bildirmektedir.

Fekal mikrobiyota transplantasyonu birçok teknikle uygulanabilmektedir. Tedavi amacıyla gerçekleştirilen FMT sonucunda oluşabilecek riskler arasında bulantı, kusma, enfeksiyon ve/veya

sepsis, kanama, perforasyon (endoskopi ilişkili) (Wang ve diğerleri, 2019), aspirasyon ilişkili pnömoni ve ölüm (van Beurden ve diğerleri, 2017) gibi komplikasyonlar yer almaktadır. Bu olumsuz sonuçlara rağmen FMT, yan etkisi, maliyeti ve riski az olan etkili bir tedavidir. Birçok hasta tarafından bilinmemektedir ve donörlerin çok az sayıda olması bir sorun yaratmaktadır (Boyle ve diğerleri, 2015).

Fekal Mikrobiyota Transplantasyonu Uygulanabilecek Hasta Grupları

İlk olarak Eiseman, Silen Bascom ve Kauvar (1958) sağlıklı bireyden aldıkları fekal mikrobiyotayı psödomembranöz enterokolitli hastalara transplante ederek bugünkü FMT'nin temellerini atmışlardır. FMT, sıklıkla CDE'de kullanılmaktadır. En az iki rekküren CDE hastalarında, bir rekürren CDE geçirmiş ve ciddi komplike vakalarda (kanıt düzeyi: yüksek) ve refraktar CDE vakalarında FMT uygulamasının düşünülmesi önerilmektedir (kanıt düzeyi: orta). FMT'nin CDE için ilk tedavi olarak uygulanmaması gerektiği tavsiye edilmektedir (kanıt düzeyi: düşük) (Mullish ve diğerleri, 2018).

Clostridium difficile enfeksiyonu dışında FMT'nin klinik ve deneysel olarak uygulandığı başlıca hastalıklar, inflamatuvar bağırsak hastalığı (IBH), ülseratif kolit, crohn hastalığı, kronik poşit, irritable bağırsak sendromu (İBS), metabolik bozukluklar, çocuklarda görülen rekürren CDE ve IBH (Cammarota ve diğerleri, 2017), multiple skleroz, parkinson, atopi, romatoid artrit, otizm spektrum bozukluğu, depresyon (Lee, Lattimer, Stephen, Borum ve Doman, 2015), kronik yorgunluk sendromu (Borody ve diğerleri, 2012), idiyopatik trombositopenik purpura (Borody, Campell, Torres, Nowak ve Leis, 2011), sakroileit, ağız kokusu, akne ve uykusuzluktur (Adams, Johansen, Powell, Quig ve Rubin, 2011).

Onkoloji hastalarında, hastalık süreci ve uygulanan ilaçlarla ilişkili olarak diyare görülmektedir. Bu hastalarda CDE görülme sıklığı, geniş spektrumlu antibiyotiklerin sık kullanımı nedeniyle yaygındır, sık sık tekrarlanır ve tedavisi daha zordur. CDE bazı hastaların tedavisinin devamlılığını da geciktirebilmekte, hastaneye yatış süresini uzatabilmekte, yaşam kalitesini büyük ölçüde etkileyebilmektedir (Blackburn ve diğerleri, 2015). Kanserli hastalarda FMT kullanım kriterlerini belirlemek için daha fazla araştırmaya gereksinim duyulmaktadır (Blackburn ve diğerleri, 2015).

Fekal mikrobiyota transplantasyonunun kontrendike olduğu durumlar, hayatı tehdit edecek düzeyde gıda alerjisi varlığı, hamilelik, emzirme, FMT uygulanmasına engel anatomik darlık, dekompanse siroz, kontrol edilemeyen HIV, son altı hafta içerisinde kemik iliği transplantasyonu öyküsü, önemli düzeyde immün sistemi baskılanmış olmak ve yüksek doz kortikosteroid tedavisidir (Mullish, Marschesi, Thursz ve Williams, 2015).

Anafilaktik reaksiyona sebep olabilecek düzeyde gıda alerjisi olanlarda FMT'den kaçınılmalı, dekompanse kronik karaciğer hastalığıyla birlikte CDE olan vakalarda ve immün sistemi baskılanmış hastalarda dikkatle teklif edilmelidir (kanıt düzeyi: orta). Epstein-Barr (EBV) virüsü veya sitomegalovirüse (CMV) maruz kalmış immünsüprese FMT alıcılarına, sadece EBV ve CMV negatif donörlerden fekal mikrobiyota nakledilmesi önerilmektedir (Kanıt düzeyi: çok düşük) (Mullish ve diğerleri, 2018).

Rekürren CDE ve IBH olan komorbid hastalara FMT önerilmeli, ancak transplantasyon sonrası IBH'de küçük de olsa kabul görmüş bir alevlenme riski olduğu konusunda danışmanlık yapılması önerilmektedir. Diğer komorbiditelerden bağımsız olarak rekürren CDE'si olan uygun hastalara FMT'nin düşünülmesi önerilmektedir (kanıt düzeyi: orta) (Mullish, ve diğerleri 2018).

Donör Seçimi

Fekal mikrobiyota transplantasyonu için ilk işlem donör seçimidir. Eskiden donör yakın akrabalarından seçilirken günümüzde donörün akraba olması ya da cinsiyeti önemli değildir. Hatta taburculuk sonrası donör ve alıcının çapraz enfeksiyon bulaş riskinin azalması açısından aynı ortamda olmaması tercih edilmektedir. Tipik olarak bağırsak alışkanlıkları normal olan ve eşlik eden herhangi bir hastalığı olmayan bireyler donör için uygun kabul edilmektedir (Borody ve Campbell, 2012; Walton, Burns ve Goehle, 2017; Khanna ve diğerleri, 2017). Gaita bankalarının kurulması ve işlem zamanından ve kaynaklardan tasarruf sağlama ihtiyacı nedeniyle zaman içerisinde akraba dışı donör kullanımı artmıştır (Ramai, Zakhia, Ofosu, Offori ve Reddy, 2019). Akraba veya akraba dışı donörlerin her ikisi de kabul edilmekle birlikte olanak olan yerlerde, fekal mikrobiyomun (FM) bir gaita bankasından, sağlıklı ve akraba dışı donörlerden alınması önerilmektedir (kanıt düzeyi: düşük) (Mullish ve diğerleri, 2018).

Donör yaşıyla ilgili bir kısıtlama olmamakla birlikte, randomize çalışmalarda ≥ 18 yıl (Hota ve diğerleri, 2016) ve ≤ 60 yıl (van Nood ve diğerleri, 2013; Cammarota ve diğerleri, 2015) arasındaki bağışçıların kullanılması tercih edilmektedir. Bağışçıların ≥ 18 ve ≤ 60 yaşları arasında ve Beden Kitle İndeksi ≥ 18 ve ≤ 30 kg/m² olmaları durumunda potansiyel FMT bağışçısı olarak kabul edilmesi önerilmektedir (kanıt düzeyi: düşük) (Mullish ve diğerleri, 2018).

Potansiyel donörlerin anket ve görüşme yoluyla taranması, bulaşıcı hastalıklar için risk faktörleri ve intestinal mikrobiyotayı etkileyen faktörlerin belirlenmesi, kan ve gaita taramasının yapılması önerilmektedir (kanıt düzeyi: düşük) (Mullish ve diğerleri, 2018). Transplantasyon öncesi, donörün kan biyokimyasal analizi, gaita mikroskopisi, gaita kültürü, gaitada parazit yumurtası, gaitada CD toksin A ve B taranması gibi tetkiklerin rutin olarak yapılması önerilmektedir. Ayrıca donör adayları viral enfeksiyonlar, maligniteler konusunda da taranmalıdır. Bunların dışında donör adaylarının son üç ay içerisinde intestinal mikrobiyota kombinasyonunu bozabilecek tedavi öyküsü de sorgulanmalıdır (Borody ve Campbell, 2012).

Donör adayı için dışlanma kriterleri; diyare, bulaşıcı hastalık öyküsü, bulaş riski taşıyan durumlar (tropikal bölgelere seyahat, yasadışı ilaç kullanımı, kan ile temas (son 12 ay içerisinde organ/doku nakli, son 6 ay içerisinde kan ürünü alma, baticı-delici yaralanmalar, yara, piercing, dövme, akupunktur vb.)), yüksek riskli cinsel davranış, kötü hijyenik koşullarda sağlık hizmeti alma, Human Papilloma virüsü veya Herpes Simplex virüsünün neden olduğu anal lezyonlar, son 6 ay içerisinde attenüe virüs aşısı yaptırmaktır. GI, metabolik ve nörolojik hastalık öyküsü, son 3 ayda alınan antibiyotik, immüsupresif, kemoterapötik ilaçlar ve uzun süreli proton pompası inhibitörü tedavisidir (Sokol ve diğerleri, 2015; Cammarota ve diğerleri, 2017). CDE'ye maruz kalma riski yüksek olan sağlık çalışanlarının kabul edilmemesi önerilmektedir. Ayrıca zoonotik enfeksiyonların bulaş riskini azaltmak için hayvanlarla çalışan bireyler de donör adayı olarak kabul edilmemelidir (Leis, Borody, Jiang ve Campbell, 2015; Cammarota ve diğerleri, 2017). FMT için olası donörlerin seçimi oldukça önemlidir. Bu konuda yapılan araştırmaları baz alan kılavuz ve konsensüs kararları yayınlanmıştır (Mullish ve diğerleri, 2018; Cammarota ve diğerleri, 2017; Sokol ve diğerleri, 2015). Klinik uygulamalarda bu kılavuzların rehberliğinden yararlanılması hasta açısından risklerin azaltılması ve etik yönden "önce zarar verme (primum non nocere)" ilkesi açısından önemlidir.

Donörü, alıcı seçebileceği gibi evrensel donörler de mevcuttur. Eğer donör, hasta tarafından seçildiyse bulaşıcı bir hastalığa maruz kalma olasılığını azaltmak için tarama testleri transplantasyondan yedi gün önce yapılmalıdır. Bu süreç hastaya maddi yük getirebilmektedir. Bu süreçte hemşirenin, hastanın geri ödeme sistemleriyle ilişkili kaygısının giderilmesi, donör gaita/kan testlerinin normal

olduğunun takip ve teyit edilmesi ve hekimin bu konuda bilgilendirilmesi sorumlulukları bulunmaktadır (Walton ve diğerleri, 2017).

Ancak hasta laboratuvarında tanımlı bir verici seçerse donör testi ve taramasının her 90 günde bir yapılması sebebi ile daha avantajlıdır. Yeterli gaita elde etmek için tüm donörlere sağlıklı yiyecekler yemesi, tükettikleri lif miktarını arttırmaları ve gerekirse bağıştan bir gece önce gaita yumuşatıcıları kullanmaları önerilmekte ve FM bağıışı için sabah kurum endoskopi laboratuvarına gelmeleri istenmektedir (Walton ve diğerleri 2017; Khanna ve diğerleri, 2017).

Fekal Mikrobiyota Transplantasyonu Uygulama Yöntemleri

Fekal mikrobiyota transplantasyonun ilk uygulamaları yaygın olarak retansiyon enema şeklindeyken daha sonraları duodenal ve rektal tüp, kolonoskopi yöntemleriyle fekal infüzyon uygulamalara dahil edilmiştir. Bu yöntemlerin yanı sıra nazogastrik tüp, nazojejunal tüp yoluyla uygulama yöntemleri, kendi kendine evde uygulanan FMT ve oral fekal mikrobiyota kapsülleri yer almaktadır (Persky ve Brandt, 2000; Rohlke, Surawicz ve Stollman, 2010; Yoon ve Brandt, 2010; Aas, Gessert ve Bakken, 2003; MacConnachie, Fox, Kennedy ve Seaton, 2009; Silverman, Davis ve Pillai, 2010; Samuel, Crumb ve Duba, 2014; Chehri ve diğerleri, 2018).

Birçok sistematik derleme ve meta-analiz sonuçları, kolonoskopi ile yapılan uygulamanın, rekürren CDE tedavisinde diğer uygulama yöntemlerine kıyasla benzer güvenlik profiline ve yüksek iyileşme oranlarına sahip olduğunu göstermiştir (Kassam, Lee, Yuan ve Hunt, 2013; Drekonja ve diğerleri, 2015). Ciddi CDE ve yetersiz bağırsak hazırlığının, rekürren CDE için kolonoskopi yöntemiyle FMT uygulanan hastalarda tek infüzyondan sonra gerçekleşen tedavi başarısızlığının bağımsız bir göstergesi olduğu belirtilmektedir (Ianiro ve diğerleri, 2017). Alıcının durumu göz önüne alınarak uygulama sağ ya da sol kolona yapılabilir. Transplantasyon içeriğinin sol kolondan atılma riski yüksek olduğundan, ciddi kolit vakalarında içeriğin sağ kolona bırakılması önerilmektedir (kanıt kalitesi: yüksek, tavsiye gücü: güçlü) (Cammarota ve diğerleri, 2017).

Enema şeklinde uygulanan FMT’de verilen içeriğin en az 30 dakika tutulmasını sağlamak ve dışkılama dürtüsünü en aza indirmek için hastanın sırtüstü yatırılması gerekmektedir. Rekürren CDE olan pediatrik hastalarda ve kolonoskopinin kontrendike olduğu kritik hastalarda enema tekniğinin en uygun yöntem olduğu belirtilmektedir (Lee ve diğerleri, 2016; Cammarota, Ianiro ve Gasbarrini, 2014). Enema yönteminin önemli avantajları; kolay uygulanması, pahalı cihazlar gerektirmemesi ve diğer yöntemlerden daha az invaziv olmasıdır (Cammarota ve diğerleri, 2017).

Fekal mikrobiyota transplantasyonu için kullanılan oral kapsüller diğer yöntemlerle karşılaştırıldığında yüksek etkinliği, kolaylıkları, güvenliği ve estetik açıdan daha kabul edilebilir olması sebebiyle birçok hasta için cazip bir seçenektir. Kolonoskopi, enema, nazogastrik/nazojejunal tüpler ve oral kapsülleri karşılaştıran maliyet-etkililik modelleri, rekürren CDE tedavisinde en iyi strateji olarak kolonoskopi yoluyla FMT’yi desteklemektedir. Çalışmalardan yapılan çıkarımlar, FMT’nin başarısının donör-hasta ilişkisine bağı olmadığını göstermektedir (Ramai, Zakhia, Ofosu, Offori ve Reddy, 2019).

Güvenlik

Fekal mikrobiyota transplantasyonunun advers olay oranı düşük gibi görünmesinin bugüne kadar yapılmış FMT sonrası advers olayları incelemeye yönelik hiçbir çalışma olmamasıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir (Moayyedi, Marshall, Yuan ve Hunt, 2014). Hastaların; kısa süreli advers olaylar, özellikle kişilerle sınırlı GI semptomlarının görülme riski ve nadir olsa da ciddi advers olaylar konusunda bilgilendirilmesi önerilmektedir (kanıt düzeyi: çok düşük) (Mullish ve diğerleri, 2018).

Fekal mikrobiyota transplantasyonu, yaşlılarda (Agrawal ve diğerleri, 2015), immün sistemi baskılanmış hastalarda (Frank ve diğerleri, 2015; Kelly ve diğerleri, 2014) ve kritik hastalarda üst ve alt GI yol ile yapılmaktadır. Ancak üst GI yolla FMT uygulanan alıcıların ciddi advers olay görülme oranı daha yüksektir. Nazogastrik ve nazojejunal tüple yapılan uygulamalarda bulantı ve kusmaya bağlı aspirasyon pnömonosi (van Noodve diğerleri, 2013; Aas ve diğerleri, 2003; Baxter, Ahmad, Colville ve Sheridan, 2015), hem üst GI hem de kolonoskopiyle taze veya donmuş FMT yapılan uygulamalardan sonra vücut ısısında yükselme (Angelberger ve diğerleri, 2013; Satokari, Mattila, Kainulainen ve Arkkila, 2015; Rossen ve diğerleri, 2015), FMT sonrası ilk gün diyarede kötüleşme, nazojejunal tüpün iritasyonu, şişkinlik ve kusmaya bağlı boğaz ağrısı, takip döneminde soğuk algınlığı benzeri belirtiler, nedeni bilinmeyen pankreatit, kaşıntı, üritiker, kalça parastezisi, ortostatik hipotansiyon görüldüğü bildirilmektedir (Angelberger ve diğerleri, 2013). Nadir olarak beyan edilen ölüm nedenleri, toksik megakolon sonrası septik şok (Solari, Fairchild, Noa ve Wallece, 2014) ve sedasyonlu kolonoskopi esnasında oluşan apirasyondur (Kelly ve diğerleri, 2014).

Kelly ve diğerleri (2014) immün sistemi baskılanmış 80 hastadan 12'sinin uygulanan FMT'den 12 hafta sonra ciddi advers etkilerle hastaneye (ölüm ve hastaneye yatış) başvurduğunu bildirmiştir. Kassam ve diğerleri, (2013) nazogastrik ve nazojejunal yolla uygulanan FMT sonrası üst GI kanama, enterit ve peritonit gibi komplikasyonların riskinin arttırdığını bildirmişlerdir. FMT'yi takiben nörovirüs bulaşı olduğunu bildiren vaka raporları da bulunmaktadır (Schwartz, Gluck ve Koon, 2013).

Cammarotte ve diğerlerine (2017) göre, FMT'nin kısa süreli izlem sonuçları neredeyse hafif denebilecek birkaç yan etki bildirildiği için mükemmel bir güvelik profili gösterdiği yönündedir. Ancak tedavinin uzun vadede güvenlik sorunlarına yönelik yeterli veri olmaması sebebiyle gelecekte hangi sağlık sorunlarına sebep olabileceği bilinmemektedir. Transplantasyon ile birlikte teorik açıdan onlarca yıl görünmeyecek ancak potansiyel olarak zararlı mikrobiyota özelliklerini iletmek mümkündür. Bu olasılık risk-fayda oranı açısından değerlendirildiğinde FMT, rekürren CDE için oldukça etkili bir tedavi olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Cammarote ve diğerleri, 2017).

Fekal Mikrobiyota Transplantasyonu ve Hemşirelik

Transplantasyon süreçleri, önceden belirlenen protokoller çerçevesinde gerçekleştirilmektedir. İlgili alanda otör olan kuruluşların hazırladığı kılavuzların önerileri çerçevesinde klinik bazlı geliştirilen protokollerle standart ve güvenilir hizmet sunulmaya çalışılmalıdır. Klinik deneyimin bilimsel açıdan paylaşılması uygulamanın güvenlik ve başarısına katkı sağlayacaktır. Transplantasyon tedavisinin başarısı hasta, ailesi, donör, hekim, hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin tam uyum içerisinde çalışmasına bağlıdır. Transplantasyon öncesi iyi bir değerlendirme, standardize edilmiş risk bazlı dinamik bir uygulama süreci ve transplantasyon sonrası iyi bir izlem ve tam bir sağlık danışmanlığı hizmeti sunulması sürecin en az sorunla tamamlanması için anahtar rol oynamaktadır.

Hasta Kabul Süreci

Fekal mikrobiyota transplantasyon koordinatör hemşiresi transplantasyon amaçlı hasta başvurusu sonrasında gastroenterolog konsültasyonu ile tedavi protokolünün tüm aşamalarının yönetilmesini sağlamalıdır. Koordinatör hemşire süreç ve prosedürü açıklamak için hasta, aile, bakıcı ve potansiyel donör ile iletişime geçmelidir. Bu süreçte hastanın sağlık öyküsünü almalı ve uyulması gereken prosedür ve spesifik kriterler konusunda açıklamalarda bulunmalıdır. Donörün sağlık öyküsünü almalı, tanımlamalı ve laboratuvar taramalarını hekimiyle birlikte düzenlemelidir. İlk konsültasyon esnasında hemşire hasta ve ailesine transplantasyon sonrası koruma önlemleri ve işlemde sonra eve dönüş öncesi ev ortamının son kez hipoklorit çözeltiyle temizliğinin sağlanması konusunda eğitim vermelidir (Cohen

ve diğerleri, 2010). Hastanın durumu göz önüne alınarak FMT'nin hangi yolla uygulanmasının daha az riskli ve etkili olacağı belirlenerek, hasta ve donör hazırlığına başlanmalıdır.

Fekal Mikrobiyota Transplantasyonu Öncesi Hemşirelik

Uzman bir hemşire, FMT sürecinde kapsamlı bir hemşirelik değerlendirmesi yapmalıdır. Hemşirenin rolleri arasında; hastanın iş birliğini arttırmak ve prosedürleri kolaylaştırmak adına uygulanacak yöntem, tedavinin amacı, riskleri ve ilgili tetkikler konusunda hasta bilgilendirmesi yer almaktadır (Huang, Wang, Li ve Peng, 2016).

Fetüse yönelik riskler öngörülemediği için kadın hastalara FMT öncesinde gebelik testi yaptırılmalı ve hamilelik söz konusuysa FMT tedavisine izin verilmemelidir. Emzirme döneminde olan annelere de FMT uygulanmamalıdır (Kelly, Kunde ve Khoruts, 2014).

İşlem anestezi altında yapılacaksa, akciğer sorunlarını önlemek amacıyla derin solunum ve öksürük egzersizi eğitimi verilmelidir (Huang ve diğerleri, 2016). Hastada gelişebilecek anksiyeteye yönelik hemşirelik girişimleri planlanmalı ve psikolojik destek sağlanmalıdır.

Hasta Hazırlığı

Hasta hazırlığı fekal materyalin verilme şekline göre değişim göstermektedir. Konsültasyon sonrası hastanın endoskopi/kolonoskopi kararı verilmektedir. Hastaya transplantasyon kolonoskopi yöntemiyle yapılacaksa transplantasyondan önceki gün öğleden sonra başlayarak kolondan gaitayı atmak amacıyla bağırsak hazırlığı yapılmalıdır (Walton ve diğerleri, 2017). Bağırsak hazırlığına başladıktan sonra katı yiyeceklerin tüketilmemesi gerektiği ve berrak sıvıların alınabileceği bilgisi verilmelidir (University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority the Department of Nursing, 2020). Hasta gece yarısından itibaren ağızdan bir şey almaması gerektiği (Walton ve diğerleri, 2017) önerilmekle birlikte klinik bazda dört saat öncesinde sıvı alımının durdurulması yönünde öneriler de bulunmaktadır (University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority the Department of Nursing, 2020). Her hastadan fekal transplantasyondan sonra eve gitmek için ek kıyafet getirmesi talep edilmektedir (Walton ve diğerleri, 2017).

Transplantasyondan iki gün önce hastaya uygun diyet ve ilaç kullanımına yönelik bilgi verilmelidir. Hastanın, uygulamadan önce üç gün boyunca günde dört kez vankomisin 125 mg veya günde üç kez 500 mg metronidazol alımı hemşire tarafından takip edilmelidir (Huang ve diğerleri, 2016). Rekürren CDE olan hastalarda FMT'den en az üç gün önce vankomisin veya fidaksomisinle tedavi edilmesi ve fekal infüzyondan 12-48 saat önce kesilmesi önerilmektedir (kanıt kalitesi: orta, tavsiye gücü: güçlü) (van Nood ve diğerleri, 2013; Lee ve diğerleri 2016; Trubiano ve diğerleri, 2016; Bakken ve diğerleri, 2011; Sokol ve diğerleri, 2015).

Anestezi uzmanı seçilen yol ve hastanın komorbidite durumunu değerlendirerek premedikasyon gereksinimini belirlemelidir. Anestezist işlem esnasında bilinçli sedasyon elde etmek için propofol kullanmaktadır. Endoskopi yaklaşımı için hasta hazırlığı; gece yarısından sonra hastanın oralinin kapatılması ve işlem sabahı 10 mg metoklopramid ve 10 mg famotidin içeren premedikasyondan oluşmaktadır (Walton ve diğerleri, 2017). Kolonoskopi yaklaşımıyla FMT uygulanacak hastalarda bu işlemlere ek olarak, nakledilen içeriğin daha iyi tutulmasını sağlamak amacıyla intestinal hareketleri azaltması için 2,5mg difenoksilat alınmalıdır. Metoklopramid, propofolün neden olabileceği anestezi sonrası bulanıyı kontrol etmekte, üst GI hareketliliği arttırmakta ve fekal transplante materyalin ileri hareketini destekleyerek emezis potansiyelini azaltmaktadır (Walton ve diğerleri, 2017).

İşlemden 24 saat önce hastadan aydınlatılmış onam alınmalıdır. Böylece hastanın sözleşmeden doğan cayma hakkını kullanması sağlanabilir (Demir, 2008; Tümer, Karacaoğlu ve Akçan, 2011; Kaya, 2012). Hastaya FMT prosedürü ve karşılaşılabileceği potansiyel sağlık riskleri konularında bilgi verilmelidir. Bu riskler arasında; 1-3 gün sürebilecek kramp, şişkinlik, gaz, bağırsak alışkanlıklarında değişim olasılığı ve 12-24 saatten daha fazla olmamak üzere hafif ateşlenme riskidir. Diğer potansiyel riskler, kullanılacak anesteziye karşı gelişebilecek reaksiyon, transplante edilen içerikteki enfeksiyöz organizmalarla bulaş, gaita infüzyonunun GI mukozanın gözlenmesini zorlaştırması sebebiyle kaçırılmış polip veya diğer lezyonlar, donör gaitasındaki antijenlere karşı gelişebilecek alerjik reaksiyonlar ve mukoza perforasyonu gibi işlemsel komplikasyonlardır (Walton ve diğerleri, 2017). Bilgilendirilmiş onam sonrası hastanın bağırsak hazırlığının başarısı değerlendirilmelidir. Sağlık personeli, hasta ve aile üyeleri hastanın hastaneye yatışından taburculuğuna kadar temas izolasyonunu sürdürmelidir (Cohen ve diğerleri, 2010). El hijyenin önemi ve temas izolasyonu konusunda (kişisel koruyucu ekipman kullanımı) hasta ve ailesine eğitim verilmelidir (Cohen ve diğerleri, 2010; Walton ve diğerleri, 2017).

Fekal Mikrobiyota Trasnplantasyon Materyali Hazırlığı

Fekal mikrobiyota transplatasyonu için kullanılacak materyal; taze, donmuş ve liyofilize kapsül olarak hazırlanmaktadır.

Dondurulmuş preparatın hazırlanmasına; donörden elde edilen gaitanın buz kalıplarıyla sabitlenerek laboratuvara getirilmesiyle başlanılmaktadır. Elde edilen 50gr'lık gaita 250cc'lik steril, bakteriyostatik olmayan salin ile ticari blenderda homojenleştirilmektedir. Elde edilen bulamaç farklı sıklıktaki süzgeçlerden geçirilerek içerisindeki sindirilmemiş gıda ve diğer partiküllerden arındırılmaktadır. Daha sonra salin içerisindeki orijinal hacmin 1/2 veya 1/3'ü kadar konsantrasyon elde edilene kadar santrifüj edilmektedir. Elde edilen konsantrasyon bakteriyal bir kriyoprotektan olarak %10 gliserol ilave edilerek süspanse edilmekte ve -80°C'de dondurulmaktadır (Youngster ve diğerleri, 2014; Hamilton, Weingarden, Sadowsky ve Khoruts, 2012). Dondurularak saklanan FMT materyalinin hazırlanma tarihinden itibaren maksimum raf ömrü altı ay olarak öngörülmektedir (kanıt düzeyi: düşük) (Mullish ve diğerleri, 2018). Donmuş gaita kullanımıyla ilgili temel sorun mikrobiyomun zamanla canlılığındaki değişim riskidir (Ramai ve diğerleri, 2019). Costello, Conlon, Vuaran, Roberts-Thomson ve Andrews (2015), altı aylık depolamanın ardından bakteriyel canlılığı test ederek mikrobiyomun büyük ölçüde değişmediğini göstermiştir.

Steril %0,9'luk salinin FMT hazırlamak için uygun bir seyreltici olarak düşünülmesi ve dondurulmuş FMT için gliserol gibi kriyoprotektanların eklenmesi tavsiye edilmektedir (kanıt düzeyi: orta) (Mullish ve diğerleri, 2018). Her FMT preparatının hazırlanmasında ≥ 50 g gaita kullanılması (kanıt düzeyi: orta), ilk gaita emülsiyonunu hazırlamak için 1/5 seyrelticiyle karıştırılması (kanıt düzeyi: düşük), FMT'nin homojenleştirilmesi ve filtrasyonun kapalı ve atılabilir bir sistemde yapılması önerilmektedir (kanıt düzeyi: düşük) (Mullish ve diğerleri, 2018). CDE tedavisinde donmuş banka FMT materyali yerine taze preparatların tercih edilmesi tavsiye edilmektedir (kanıt düzeyi: yüksek) (Mullish ve diğerleri, 2018). Donmuş FM'nin ortam ısısında çözülme süresi dâhil altı saat içerisinde kullanılması önerilmektedir (kanıt düzeyi: düşük) (Mullish ve diğerleri, 2018). Pseudomonas (ve diğer kontamine maddeler) ile çapraz kontaminasyon ve bakteri canlılığını sürdürmedeki riskler nedeniyle fekal mikrobiyotanın ılık su banyolarında çözülmemesi gerektiği belirtilmektedir (kanıt düzeyi: çok düşük). (Mullish ve diğerleri, 2018).

Taze FMT için transplantasyon günü donörden, en az 50gr gaitadan oluşan taze örneği almak için steril olmayan gaita toplama kabı kullanılmaktadır. Gaita hazırlanmasında standart bir protokol

izlenmesi ve donörün gaitayı vermesinden itibaren altı saat içerisinde transplantasyon işlemi gerçekleştirilmesi (Walton ve diğerleri, 2017; Mullish ve diğerleri, 2018; Cammarota ve diğerleri, 2017), anaerobik bakterileri korumak için depolama ve hazırlama sürecinin mümkün olduğunca kısa olması gerekmektedir (Cammarota ve diğerleri, 2017).

Dönörden elde edilen taze gaita tartılmakta ve kıvamına bağlı değişmek üzere her 30gr gaitaya yaklaşık 50ml bakteriyostatik olmayan salin ilave edilmektedir. Gaita örneği aşırı kuru ise vizkoziteyi oluşturabilmek için ek salin kullanılabilir. Karışım düşük hızdan başlayarak 2-3dk sıvılaşacak şekilde blanderdan geçirilmelidir. Gaita karışımı içerisindeki partikülleri ayrıştırabilmek için tel süzgeçle iki kez filtre edilmelidir. Hazırlanan içeriğin biyopsi kanalı boyunca mekanik hareketi zorlaştıracak kadar yoğun olmaması ancak kolon duvarlarını iyice kaplayacak kadar tutarlı olan bir milkshake veya smoothie kıvamında olması istenmektedir (Brandt, Borody ve Campbell, 2011; Myers, 2011; Rohlke ve diğerleri, 2010). Gaita süzüldükten ve homojenliği sağlandıktan sonra transplantasyon zamanına kadar sızdırmaz bir vakum kabına aktarılarak saklanmalıdır (Walton ve diğerleri, 2017).

Hemşire gaita örneğini transplantasyon için hazırlarken, gastroenterolog; işlemde endoskopi yöntemi kullanılacaksa duodenuma, kolonoskopi yöntemi kullanılacaksa terminal ileuma kadar ilerler. Kolonoskopi yönteminde içerik sırasıyla asendan kolon ve transfer kolona enjekte edilmektedir. Hemşire hazırlanan karışımı 60 cc'lik kateter uçlu enjektörle uygulamaktadır. İşlem odasındaki tüm personel işlem süresince maske, yüz siperi, önlük ve eldiven gibi koruyucu ekipmanları kullanmalıdır. Blander ve süzgeç dahil tüm atılabilir materyaller her işlem sonrasında atılmalıdır (Walton ve diğerleri, 2017).

Fekal Mikrobiyota Transplantasyonu Sonrası Süreç

Transplantasyon sonrası süreç beş önemli unsura odaklanmaktadır. Bunlar: rutin anestezi sonrası iyileşme, maksimum yarar sağlanması amacıyla transplantasyonu sağlanan içeriğin intestinal pasajda kalma süresinin teşvik edilmesi, hastanın CD'ye maruz kalmasının önlenmesi, hastanın takip süreci için eğitilmesi ve hastanın dışkı paterni ve transplantasyon sonrası gözlenen belirtilere dayanarak değerlendirilmesini içermektedir (Walton ve diğerleri, 2017). Transplantasyon sonrası süreçte bakım, transplantasyon öncesi hastanın kondüsyonu ve var olan semptomları, hastaya uygulanan transplantasyon yöntemi, hasta toleransı, ortaya çıkan yeni semptomların çok iyi izlenmesi ve semptom yönetimine dayalı dinamik bir hemşirelik süreci planlamasıyla kaliteli bir şekilde sonuçlandırılabilir.

İşlem sonrası, sedasyon etkisi geçinceye kadar her hastanın yaşam bulguları yakından takip edilmeli ve hasta sık aralıklarla değerlendirilmelidir. Kolonoskopi yönteminde hasta sırt üstü düz yatış pozisyonunda, endoskopi yöntemi kullanıldıysa yatak başı 45°'lik açıyla kaldırılmalı ve hastanın 3-4 saat boyunca orali kapalı kalmalıdır. Bu pozisyonların uygulanması gaita materyalinin intestinal pasajda kalma süresini arttırmaktadır. Ancak bu konuda net bir araştırma bulunmamaktadır (Walton ve diğerleri, 2017). Fekal içeriğin intestinal pasajda daha fazla kalmasını sağlamak ve defekasyon hissini azaltmak için yastıkla desteklenerek alt ekstremitenin yarı yükseltilmiş şekilde pozisyon verilmesi önerilmektedir (Leis ve diğerleri, 2015).

Hemşire hastanın durumunu yakından izlemeli ve hastanın aldığı-çıkardığı miktarları dikkatlice kaydetmelidir. FMT sonrası hastanın konforunun sağlanması ve dışkılama paterni takip edilerek değerlendirilmelidir (Huang ve diğerleri, 2016). Bulantı, kusma, ağrı ve yorgunluk gibi semptomların değerlendirilerek uygun girişimlerde bulunulmalıdır. Psikolojik danışmanlık sağlanmalıdır. Dinlenmeyi sağlayabilmek ve sağlıklı defekasyonu teşvik edebilmek için terapötik bir ortam sağlanmalıdır. FMT

sonrası, kullanılan yöntem, iyileşme durumu ve hastanın yaş ve eğitim düzeyine uygun bireyselleştirilmiş sağlık eğitimiyle hasta bilgilendirilmelidir (Huang ve diğerleri, 2016).

İşlem sonrasında hastanın yeniden kontamine olmasını engellemek amacıyla temas izolasyonu uygulanarak temiz bir alana alınmalıdır. Hasta taburculuk sonrası bir bakım tesisine gidecekse kalacağı odanın tüm alanlarının klor bazlı solüsyonla temizliği sağlanmalıdır. Eğer eve gidecekse CD sporlarını öldürmek için tuvalet klor çözeltisiyle temizlenmelidir (Cohen ve diğerleri, 2010). Hasta eve döndüğünde tüm yatak çarşafı değiştirilmeli ve hastanın gaitası şekil alana kadar temas izolasyonuna devam edilmelidir. Hasta transplantasyon öncesi probiyotik alıyorsa kullanmaya devam etmeli ancak vankomisin ve diğer antibiyotikler kesilmelidir (Walton ve diğerleri, 2017).

Hasta eğitimi gelecekte kullanılacak antibiyotiklerle ilgili riskleri içermelidir. Hasta transplantasyon sonrası iki ay içerisinde antibiyotiğe ihtiyaç duyarsa antibiyotiğin intestinal floraya etkilerini azaltmak için probiyotik kullanması ve bu amaçla gastroenteroloji ile irtibata geçmesi gerektiği konusunda bilgilendirilmelidir (Walton ve diğerleri, 2017). Hastalar, yüksek doz C vitamini ve bazı bitkisel preparatlar, antibiyotik etkisi olabilecek tamamlayıcı ve alternatif ilaç veya tedavilerden kaçınılması gerektiği konularında da bilgilendirilmelidir. FMT sonrası gaz ve şişkinliğin yaygın olduğu ve bu sorunların engraftman gerçekleşene kadar birkaç gün sürebileceği belirtilmelidir. Diyare ve defakasyon sıklığını yönetmek için loperamid ve konstipasyonun yönetiminde laksatiflerin kullanılabilmesi bilgisi de verilmelidir (Leis ve diğerleri, 2015).

Transplantasyon sonrası antibiyotiklere bağlı CDE nökslerini engellemek için probiyotik kullanılmasının yararlarına ilişkin veriler zayıftır. Transplantasyon koordinatör hemşiresi, transplantasyon sonrası her hastanın mevcut intestinal fonksiyonunu ve GI semptomlarını değerlendirmek ve hasta sorularını cevaplamak için işlemden iki gün sonra telefonla aramalıdır (Walton ve diğerleri, 2017).

Taburculuk Öncesi Sağlık Eğitimi

Sağlık eğitiminde öncelikle beslenme ele alınmalıdır. Hastaya günde 5-6 öğün yemek yemesi ve bu öğünlerde daha çok balık, meyve ve sebze daha az miktarda diğer hayvansal ürünler tüketmesi önerilmelidir. Hastanın fiziksel gücüne uygun egzersiz yapması ve motivasyonunun yüksek olması, stresin en aza indirilmesi ve düzenli bağırsak hareketlerinin geliştirilmesine yönelik bilgiler verilmelidir (örneğin dışkılamaya yardımcı masaj tekniklerinin öğretilmesi) (Huang ve diğerleri, 2016).

Hastanın ailesine, dışkılama sırasında iyi bir duruşun yanı sıra sıcak ayak banyoları, karın masajı (kolon yönünde dairesel hareketlerle uygulanır), akupresür masajı (uygun şekilde kolon hareketine uygulanmış) dahil olmak üzere uygun geleneksel Çin tıbbi stratejilerinin kullanımında hastaya yardımcı olunması konusunda bilgi verilmelidir (Huang ve diğerleri, 2016).

Hasta İzlemi

Transplantasyon sonrası tüm FMT alıcıları rutin izleme alınmalıdır. Klinisyenler etkinlik/yan etkilerin tam olarak ortaya çıkması için toplamda en az sekiz hafta boyunca tüm FMT alıcılarını izlemelidir (Mullish ve diğerleri, 2018). Taburculuk sonrası izlemlerde tedavinin terapötik etkileri, tıbbi durumdaki değişiklikler ve taburculuk sonrası normal yaşama dönme süreci değerlendirilmelidir. Bu muayeneler 1., 3. ve 6. aylarda yapılmalıdır (Huang ve diğerleri, 2016).

İlk FMT uygulaması sonrasında başarısızlık olsa da hastaya yeniden FMT uygulanmasının teklif edilmesi önerilmektedir (kanıt düzeyi: yüksek) (Mullish ve diğerleri, 2018). Tedavisi başarısız/rekürren olan vakalarda, vaka bazında durumun tanımlanması gerektiği tavsiye edilmektedir. FMT sonrası CD

toksini için rutin test yapılması önerilmemekte, ancak kalıcı CDE semptomları/şüpheli nüks durumunda dikkate alınmasının uygun olduğu belirtilmektedir (kanıt düzeyi: düşük) ((Mullish ve diğerleri, 2018).

Ortaya çıkan advers olayların FMT'yle ilişkisinin netleştirilebilmek ve donör mikrobiyomun etkinliğinin doğru takip edilebilmesi için donör adreslemesinin yapılması, donör-alıcı eşleşmesi ve izlenebilirlik için doğru kayıt yapılması gerekmektedir.

SONUÇ

Fekal mikrobiyotanın öneminin anlaşılması ve FMT'nin önemli bir sağlık sorunu olan CDE için antibiyotığe iyi bir alternatif olarak görülmeye başlaması, ilginin FMT'nin üzerine yoğunlaşmasına ve GİS dışındaki bazı hastalıkların tedavisi için de tıp camiasının heyecanlanmasına sebep olmuştur. FMT uygulamasının olgunlaşması, istenmeyen durumların en aza indirilmesi ve hasta konforunun artırılması için çeşitli araştırmalar yürütülmektedir. Bağış süreci açısından donörün ve uygulama süreci göz önüne alındığında alıcı ve sağlık profesyonelleri için hiç de sevimli bir yöntem olmaması sebebi ile taraflar açısından çeşitli bariyerleri olan bir tedavi yöntemidir.

Transplantasyon sürecinde hemşire, profesyonel bilgisini kullanarak hasta açısından en az riskli yöntemin seçilmesi ve naklin gerçekleşmesi, tedavi ve bakımın kaliteli bir şekilde yürütülmesinin sağlanması, iyi bir hasta izlemi gerçekleştirmesi ve multidisipliner ekip çalışması içerisinde koordinatör rolünü en iyi şekilde yerine getirmesi önemlidir. Spesifik bir alan olması sebebiyle bu alanda uzmanlaşmış hemşirelerin yetiştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır. Rekürren CDE dışındaki endikasyonların çeşitliliği göz önüne alındığında hastaya özgü hemşirelik bakım planlarının geliştirilmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, kliniklerin deneyimlerini paylaşılması daha maliyet-etkili ve kaliteli bakımın sağlanması için önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Tedavi yönteminde gaitayla çalışılması sebebiyle hasta ve çalışanlar için rahatsız edici bir durum oluşturmaktadır. Bu sürece adaptasyonu kolaylaştıracak daha hümanist ve daha standart teknikler keşfedilmesi adına hemşirelerin yaratıcılık rolünü kullanmasına gereksinim duyulan bir alandır. Yeni bir tedavi tekniği olması sebebiyle konu hakkında hemşire ve hemşire adaylarının bilgi eksikliklerinin giderilmesi, bu alanda araştırmaların yürütülmesi ve tedavi yönteminin toplum tarafından kabul görmesi için topluma yönelik sağlık eğitimlerinin verilmesi gerektiği düşünülmektedir.

TEŞEKKÜR

Gülsüm Mehdiyev'e motivasyonel desteği için teşekkür ederiz.

KAYNAKÇA

- Aas J., Gessert C.E., & Bakken J.S. (2003). "Recurrent Clostridium difficile Colitis: Case Series Involving 18 Patients Treated with Donor Stool Administered via a Nasogastric Tube". *Clinical Infectious Diseases*, 36(5), 580–585.
- Adams J.B., Johansen L.J., Powell L.D., Quig D., & Rubin R.A. (2011). Gastrointestinal flora and gastrointestinal status in children with autism – comparisons to typical children and correlation with autism severity. *BMC Gastroenterology*, 11(22), 1-13.
- Agrawal M., Aroniadis O.C., Brandt L.J., Kelly C., Freeman S., Surawicz C., Broussard E., Stollman N., Giovannelli A., Smith B., Yen E., Trivedi A., Hubble L., Kao D., Borody T., Finlayson S., Ray A., & Smith R. (2015). The Long-term Efficacy and Safety of Fecal Microbiota Transplant for Recurrent, Severe, and Complicated Clostridium difficile Infection in 146 Elderly Individuals. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 50, 403–407.
- Angelberger S., Reinisch W., Makrithathis A., Lichtenberger C., Dejaco C., Papay P., Novacek G., Trauner M., Loy A., & Berry D. (2013). Temporal Bacterial Community Dynamics Vary Among Ulcerative Colitis Patients After Fecal Microbiota Transplantation. *The American Journal of Gastroenterology*, 108(10), 1620–1630.

- Bakken J.S., Borody T., Brandt L.J., Brill J.V., Demarco D.C., Franzos M.A., Kelly C., Khoruts A., Louie T., Martinelli T.A., Russell G., & Surawicz C. (2011). Treating *Clostridium difficile* Infection with Fecal Microbiota Transplantation. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 9(12), 1044–1049.
- Balsells E., Shi T., Leese C., Lyell I., Burrows J., Wiuff C., Campell H., Kyaw M.H. & Nair H. (2018). Global burden of *Clostridium difficile* infection: A systematic review and meta-analysis. *J Glob Health*, 9(1):1-20.
- Baxter M., Ahmad T., Colville A., & Sheridan R. (2015). Fatal Aspiration Pneumonia as a Complication of Fecal Microbiota Transplant. *Clinical Infectious Diseases*, 61(1), 136–137.
- Blackburn L.M., Bales A., Coldwell M., Lee, C., Hamilton S. & Kreider H., (2015). Fecal mikrobiyota transplantation in patients with cancer undergoing treatment. *Advanced Practice Nursing Issues*. 19(1), 111-115.
- Borody T., Nowak A., Torres M., Campbell J., Finlayson S., & Leis S. (2012). Bacteriotherapy in chronic fatigue syndrome (CFS): A Retrospective review. *Am J Gastroenterol*, 107, S591-S592.
- Borody T.J. & Campbell J. (2012). Fecal microbiota transplantation: techniques, applications, and issues. *Gastroenterol Clin North Am*. 41, 781-803.
- Borody T.J., Campbell J., Torres M., Nowak A. & Leis S. (2011). Reversal of idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP) with fecal microbiota transplantation (FMT). *Am J Gastroenterol* 106, S352.
- Borody T.J. & Khoruts A. (2011). Fecal microbiota transplantation and emerging applications. *Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology*, 9(2), 88–96.
- Borody T.J., Paramsothy S. & Agrawal G. (2013). Fecal microbiota transplantation: Indications, methods, evidence, and future directions. *Current Gastroenterology Reports*, 15(337), 1–7.
- Borody T.J., Warren E.F., Leis S.M., Surace R., Ashman O. & Siarakas, S. (2004). Bacteriotherapy using fecal flora. *J Clin Gastroenterol*, 38(6), 475-483.
- Boyle M.L., Ruth-Sahd L.A. & Zhou Z. (2015). Fekal mikrobiyota transplant to treat recurrent *clostridium difficile* infections). *Feature. The Journal for High Acuity Progressive and Critical Care Nursing*. 35(2), 51-64.
- Brandt L.J., Aroniadis O.C., Mellow M., Kanatzar A., Kelly C., Park T., Stollman N., Rohlke F. & Surawicz, C. (2012). Longterm follow-up of colonoscopic fecal microbiota transplant for recurrent *Clostridium diffi cile* infection. *Am J Gastroenterol*, 107, 1079 – 87.
- Brandt L.J., Borody T.J. & Campbell J. (2011). Endoscopic Fecal Microbiota Transplantation. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 45(8), 655–657.
- Cammarota G., Ianiro G., Tilg H., Rajilić-Stojanović M., Kump P., Satokari R., Sokol H., Arkkila P., Pintus C., Hart A., Segal J., Aloï M., Masucci L., Molinaro A., Scaldaferrì F., Gasbarrini G., Lopez-Sanroman A., Link A., de Groot E., de Vos W.M., Högenauer C., Malfertheiner P., Mattila E., Milosavljević T., Nieuwdrop M., Sanguinetti M., Simren M., Gasbarrini A., & The European FMT Working Group (2017). European consensus conference on faecal microbiota transplantation in clinical practice. *Gut*, 66, 569-580.
- Cammarota G., Ianiro G. & Gasbarrini A. (2014). Fecal Microbiota Transplantation for the Treatment of *Clostridium difficile* Infection. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 48(8), 693–702.
- Cammarota G., Masucci L., Ianiro G., Bibbò S., Dinoi G., Costamagna G., Sanguinetti M. & Gabarrini, A. (2015). Randomised clinical trial: faecal microbiota transplantation by colonoscopy vs. vancomycin for the treatment of recurrent *Clostridium difficile* infection. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 41(9), 835–843.
- Center for Infection Disease Research and Policy (CIDRAP) (2018). New C diff guidelines incorporate fecal transplant. <http://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2018/02/new-c-diff-guidelines-incorporate-fecal-transplant> ET;08.03.2018
- Chehri M., Christensen A.H., Halkjær S.I., Günther S., Petersen A.M. & Helms M. (2018). Case series of successful treatment with fecal microbiota transplant (FMT) oral capsules mixed from multiple donors even in patients previously treated with FMT enemas for recurrent *Clostridium difficile* infection. *Medicine*, 97, 31(e11706).
- Chow J., Lee S.M., Shen Y., Khosravi A. & Mazmanian S.K. (2010). Host bacterial symbiosis in health and disease. *Adv Immunol*, 107, 243–274.
- Cohen S.H., Gerding D.N., Johnson S., Kelly C.P., Loo V.G., McDonald L.C., Pepin J. & Wilcox M.H. (2010). Clinical practice guidelines for *Clostridium diffi cile* infection in adults: 2010 Update by the Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA) and the Infectious Diseases Society of America (IDSA). *Infection Control Hospital Epidemiology*, 31(5), 431 – 455.
- Costello S.P., Conlon M.A., Vuaran M.S., Roberts-Thomson I.C. & Andrews J.M. (2015). Faecal microbiota transplant for recurrent *Clostridium difficile* infection using long-term frozen stool is effective: clinical efficacy and bacterial viability data. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 42(8), 1011–1018.
- Demir M. (2008). Hekimin sözleşmeden doğan sorumluluğu. *AÜHFD*, 225-252.

- DePeters E.J. & George L.W.(2014). Rumen transfaunation. *Immunology Letters*, 162(2): 69–76.
- Dowle C. (2016). Faecal microbiota transplantation: a review of FMT as an alternative treatment for *Clostridium difficile* infection. *Bioscience Horizons*, 9, 1-14.
- Drekonja D., Reich J., Gezahegn S., Greer N., Shaukat A., MacDonald R., Rutks I. & Wilt T.J. (2015). Fecal Microbiota Transplantation for *Clostridium difficile* Infection. *Annals of Internal Medicine*, 162(9), 630.
- Durack J. & Lynch S.V. (2019). The gut microbiome: Relationships with disease and opportunities for therapy. *JEM Journal of Experimental Medicine*, 216(1), 20-40.
- Eiseman B., Silen W., Bascom G.S. & Kauvar A.J. (1958). Fecal enema as an adjunct in the treatment of pseudomembranous enterocolitis. *Surgery*. 44, 854–9.
- Ergen E.K., Akalın H., Yılmaz E., Smırtaş M., Alver O., Heper Y., Özakin C., Bakker D., Ener B., Mistık R., Helvacı S. & Kuijper E.J. (2009). Nosocomial diarrhea and *Clostridium Difficile* associated diarrhea in a Turkish University Hospital. *Médecine et Maladies Infectieuses*, 39, 382–387.
- Frank D.N., St Amand A., Feldman R., Boedeker E., Harpaz N. & Pace N. (2007). Molecular-phylogenetic characterization of microbial community imbalances in human inflammatory bowel diseases. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 104, 13780–13785.
- Frank J., Högenauer C., Gröchenig H.P., Hoffmann K.M., Reicht G., Wenzl H.H., Petritsch W. & Kump P.K. (2015). Safety of fecal microbiota transplantation in patients with chronic colitis and immunosuppressive treatment. *J Crohns Colitis Abstract*, 9, S245.
- Gough E., Shaikh H. & Manges A.R. (2011). Systematic Review of Intestinal Microbiota Transplantation (Fecal Bacteriotherapy) for Recurrent *Clostridium difficile* Infection. *Clinical Infectious Diseases*, 53(10), 994–1002.
- Hamilton M.J., Weingarden A.R., Sadowsky M.J. & Khoruts A.(2012). Standardized frozen preparation for transplantation of fecal microbiota for recurrent *Clostridium difficile* infection. *Am J Gastroenterol*, 107, 761–767.
- Hota S.S., Sales V., Tomlinson G., Salpeter M.J., McGeer A., Coburn B., Guttman D.S., Low D.E. & Poutanen S.M.(2016). Oral Vancomycin Followed by Fecal Transplantation Versus Tapering Oral Vancomycin Treatment for Recurrent *Clostridium difficile* Infection: An Open-Label, Randomized Controlled Trial. *Clinical Infectious Diseases*, 64(3),265–271.
- Huang Y., Wang X., Li X. & Peng N.(2016). Successful Fecal Bacteria Transplantation and nurse management for a patient with intractable functional constipation. *Holistic Nursing Prastice*, 30(2),116-121.
- Ianiro G., Valerio L., Masucci L., Pecere S., Bibbò S., Quaranta G., Posteraro B., Currò D., Sanguinetti M., Gasbarrini A. & Cammarota. G. (2017). Predictors of failure after single faecal microbiota transplantation in patients with recurrent *Clostridium difficile* infection: results from a 3-year, single-centre cohort study. *Clinical Microbiology and Infection*, 23(5), 337.e1–337.e3.
- İbn Sina. (2017). *El-Kanun Fi't-Tıbb*. Üçüncü Kitap-2, (Çev. Esin Kâhya). Atatürk Kültür Merkezi Yayınları, Ankara.
- Karaçay B. (2010). İçimizdeki dünya: Mikrobiyom. *Bilim ve Teknik*, 515, 36-43.
- Karadsheh Z. & Sule S.(2013). Fecal transplantation for the treatment of recurrent *Clostridium Difficile* infection. *North American Journal of Medical Sciences*, 5(6),339-343.
- Kassam Z., Lee C.H., Yuan Y. & Hunt R.H.(2013). Fecal Microbiota Transplantation for *Clostridium diffi cile* Infection: Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol*, 108, 500–508.
- Kau A.L., Ahem P.P., Griffin N.W., Goodman A.L. & Gordon J.I.(2011). Human nutrition, the gut microbiome and the immune system. *Nature*, 474,327–336.
- Kaya M. (2012). Hekimin hastayı aydınlatma yükümlülüğünden kaynaklanan tazminat sorumluluğu. *TBB Dergisi*, 100:45-82.
- Kelly C. R., Ihunnah C., Fischer M., Khoruts A., Surawicz C., Afzali A., Aroniadis O., Barto A., Borody T., Giovannelli A., Gordon S., Gluck M., Hohmann E.L., Kao D., Kao J.Y., McQuillen D.P., Mellow M., Rank K.M., Rao K., Ray A., Schwartz M.A., Singh N., Stollman N., Suskind D.L., Vindigni S.M., Youngster I. & Brandt L.(2014). Fecal Microbiota Transplant for Treatment of *Clostridium difficile* Infection in Immunocompromised Patients. *The American Journal of Gastroenterology*, 109(7),1065–1071.
- Kelly C.R., Kunde S.S. & Khoruts A.(2014). A How to Guide: Investigational New Drug Application for Fecal Microbiota Transplantation. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 12(2),283–288.
- Khanna S., Vazquez-Baeza Y., González A., Weiss S., Schmidt B., Muñoz-Pedrogo D.A., Rainey J.F., Kammer P., Nelson H., Sadowsky M., Khoruts A., Farrugia S.L., Knight R., Pardi D.S. & Kashyap P.C.(2017). Changes in microbial ecology after fecal microbiota transplantation for recurrent *C. difficile* infection affected by underlying inflammatory bowel disease. *Microiome*, 5(55),2-8.
- Kho Z.Y. & Lal S.K.(2018). The Human Gut Microbiome–A Potential Controller of Wellness and Disease. *Frontiers in Microbiology*. 9(1835),1-23.

- Lee C.H., Steiner T., Petrof E.O., Smieja M., Roscoe D., Nematallah A., Weese S., Collins S., Moayyedi P., Crowther M., Ropeleski M.J., Jayaratne P., Higgins D., Li Y., Rau N.V. & Kim P.T.(2016). Frozen vs Fresh Fecal Microbiota Transplantation and Clinical Resolution of Diarrhea in Patients With Recurrent *Clostridium difficile* Infection. *JAMA*, 315(2),142-149.
- Lee W.J., Lattimer L.D.N., Stephen S., Borum M.L. & Doman D.B.(2015). Fecal Microbiota Transplantation: A Review of Emerging Indications Beyond Relapsing *Clostridium difficile* Toxin Colitis. *Gastroenterol Hepatol(NY)*. 11(1),24-32.
- Leis S., Borody T.J., Jiang C. & Campbell J.(2015). Fecal microbiota transplantation: A “How-To” guide for nurses. *Collegian*, 22(4),445-51.
- Lessa F.C., Gould C.V. & McDonald L.C. (2012). Current status of *Clostridium difficile* infection epidemiology. *Clin Infect Dis.*, 55:S65–70.
- Ley R.E., Turnbaugh P.J., Klein S. & Gordon, J.I.(2006). Human gut microbes associated with obesity. *Nature*, 444(7122),1022–1023.
- Louie T.J., Miller M.A., Mullane K.M., Weis K., Letnek A., Golan Y., Gorbach S., Sears P. & Shue Y-K.(2011). Fidaxomicin versus vancomycin for *Clostridium difficile* infection. *N Engl J Med*. 364,422–31.
- MacConnachie A.A., Fox R., Kennedy D.R. & Seaton R.A.(2009). Faecal transplant for recurrent *Clostridium difficile*-associated diarrhoea: A UK case series. *QJM*, 102(11),781–784.
- Maslowski K.M., Vieira A.T., Ng A., Kranich J., Sierro F., Yu D., Schilter H.C., Rolph M.S., Mackay F., Artis D., Xavier R.J., Teixeira M.M. & Mackay C.R.(2009). Regulation of inflammatory responses by gut microbiota and chemoattractant receptor GPR43. *Nature*, 461(7268),1282–1286.
- Moayyedi P., Marshall J.K., Yuan Y. & Hunt R.(2014). Canadian Association of Gastroenterology position statement: Fecal microbiota transplant therapy. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 28(2),66-68.
- Mullish B.H., Marchesi J.R., Thursz M.R. & Williams H.R.T.(2015). Microbiome manipulation with faecal microbiome transplantation as a therapeutic strategy in *Clostridium difficile* infection. *Q.J. Med*. 108,355–359.
- Mullish B.H., Quraishi M.N., Segal J.P., McCune V.L., Baxter M., Marsden G.L., Moore D.J., Colville A., Bhala N., Iqbal T.H., Settle C., Kontkowski G., Hart A.L., Hawke, P.M., Goldenberg S.D. & Williams H.R.T.(2018). The use of faecal microbiota transplant as treatment for recurrent or refractory *Clostridium difficile* infection and other potential indications: joint British Society of Gastroenterology (BSG) and Healthcare Infection Society (HIS) guidelines. *Gut*, 67,1920–1941.
- Ottman N., Smidt H., de Vos W.M. & Belzer C.(2012). The function of our microbiota: who is out there and what do they do? *Front Cell Infect Microbiol*, 9(104),1-11.
- Persky S.E. & Brandt L.J.(2000).Treatment of recurrent *Clostridium difficile*-associated diarrhea by administration of donated stool directly through a colonoscope. *The American Journal of Gastroenterology*, 95(11),3283–3285.
- Qin J., Li Y., Cai Z., Li S., Zhu J., Zhang F., Liang S., Zhang W., Guan Y., Shen D., Peng Y., Zhang D., Jie Z., Wu W., Qin Y., Xue W., Li J., Han L., Lu D., Wu P., Dai Y., Sun X., Li Z., Tang A., Zhong S., Li X., Chen W., Xu R., Wang M., Feng Q., Gong M., Yu J., Zhang Y., Zhang M., Hansen T., Sanchez G., Raes J., Falony G., Okuda S., Almeida M., LeChatelier E., Renault P., Pons N., Batto J-M., Zhang Z., Chen H., Yang R., Zheng W., Li S., Yang H., Wang J., Ehrlich D., Nielsen R., Pedersen O., Kristiansen K. & Wang J.(2012). A metagenome-wide association study of gut microbiota in type 2 diabetes. *Nature*, 490(7418),55–60.
- Ramai D., Zakhia K., Ofosu A., Ofori E. & Reddy M.(2019). Fecal microbiota transplantasyon: donor relation, fresh or frozen, delivery methods, cost-effectiveness. *Ann Gastroenterol*. 32(1),30-38.
- Rogers G.B.(2015). The human microbiome: opportunities and challenges for clinical care. *Internal Medicine Journal*, 45(9),889–898.
- Rogers G.B. & Bruce K.D.(2013). Challenges and opportunities for faecal microbiota transplantation therapy. *Epidemiology & Infection*, 141,2235–2242.
- Rohlke F., Surawicz, C.M. & Stollman, N.(2010). Fecal Flora Reconstitution for Recurrent *Clostridium difficile* Infection: Results and Methodology. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 44(8), 567–570.
- Rossen N.G., Fuentes S., van der Spek M.J., Tijssse J., Hartman J.H.A., Duflou A., Löwenberg M., van den Bink G.R., Mathus-Vliegen E.M.H., de Vos W.M., Zoetendal E.G., D’Haens G.R. & Posioen C.Y.(2015). Findings From a Randomized Controlled Trial of Fecal Transplantation for Patients With Ulcerative Colitis. *Gastroenterology*, 149(1),110–118.e4.
- Samuel B.P., Crumb T.L. & Duba M.M. (2014). What nurses need to know about Fecal Microbiota Transplantation: Education, assessment, and care for children and young adults. *Journal of Pediatric Nursing*, 29, 354-361.

- Satokari R., Mattila E., Kainulainen V. & Arkkila P.E.T.(2015). Simple faecal preparation and efficacy of frozen inoculum in faecal microbiota transplantation for recurrent *Clostridium difficile* infection-An observational cohort study. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 41(1), 46–53.
- Scher J.U. & Abramson S.B. (2011). The microbiome and rheumatoid arthritis. *Nature Reviews Rheumatology*, 7(10), 569–578.
- Schwartz M., Gluck M. & Koon S.(2013). Norovirus Gastroenteritis After Fecal Microbiota Transplantation for Treatment of *Clostridium difficile* Infection Despite Asymptomatic Donors and Lack of Sick Contacts. *The American Journal of Gastroenterology*, 108(8),1367–1367.
- Silverman M.S., Davis I. & Pillai D.R. (2010). Success of Self-Administered Home Fecal Transplantation for Chronic *Clostridium difficile* Infection. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 8(5), 471–473.
- Sokol H., Galperine T., Kapel N., Bourlioux P., Seksik P., Barbut F., Scanzi J., Chast F., Batista R., Joly F., Joly A-C., Collignon A., Guery B., Beaugerie L. & for the French Group of Faecal microbiota Transplantation (FGFT)(2015). Faecal microbiota transplantation in recurrent *Clostridium difficile* infection: Recommendations from the French Group of Faecal microbiota Transplantation. *Digestive and Liver Disease*, 48(3), 242–247.
- Solari P.R., Fairchild P.G., Noa L.J. & Wallace M.R.(2014). Tempered Enthusiasm for Fecal Transplant. *Clinical Infectious Diseases*, 59(2),319–319.
- Trubiano J.A., Cheng A.C., Korman T.M., Roder C., Campbell A., May M.L.A., Blyth C.C., Ferguson J.K., Blackmore T.K., Riley T.V. & Athan E.(2016). Australasian Society of Infectious Diseases updated guidelines for the management of *Clostridium difficile* infection in adults and children in Australia and New Zealand. *Internal Medicine Journal*, 46(4),479–493.
- Tümer A.R., Karacaoğlu E. ve Akçan R. (2011). Cerrahide aydınlatılmış onam ile ilgili sorunlar ve çözüm önerileri. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 27(4):191-197.
- University of Wisconsin Hospitals and Clinics Authority the Department of Nursing, (2020). Fecal Microbiota Transplantation (FMT). <https://www.uwhealth.org/healthfacts/dhc/7878.pdf> ET: 10.06.2020.
- Uygun, A.(2017). Fekal Mikrobiyota Transplantasyonu. *Journal of BSHIR*, 1(Special Issue),132-140.
- van Beurden Y.H., de Groot P.F., van Nood E., Nieuwdorp M., Keller J.J., & Goorhuis A.(2017). Complication, effectiveness, and long term follow-up of fecal microbiota transfer by nasoduodenal tube for treatment of recurrent *clostridium difficile* infection. *United European Gastroenterol J.* 5(6),868-879.
- van Nood E., Vrieze A., Nieuwdorp M., Fuentes S., Zoetendal E. G., de Vos W. M., Visser C.E., Kuijper E.J., Bartelsman J.F.W.M., Tijssen J.G.P., Speelman P., Dijkgraaf M.G.W. & Keller J.J.(2013). Duodenal Infusion of Donor Feces for Recurrent *Clostridium difficile*. *New England Journal of Medicine*, 368(5),407–415.
- Walton J., Burns D. & Goehle K.E.(2017). Process and outcome of Fecal Microbiota Transplants in patients with recurrent *clostridium difficile* infection. *Society of Gastroenterology Nurses and Associates*. 40(5),411-419.
- Wang J-W., KuoC-H., Kuo F-C., Wang Y-K., Hsu W-H., Yu F-J., Hu H-M., Hsu W-H., Wang J-Y. & Wu D-C.(2019). Fecal microbiota transplantation: Review and update. *Journal of the Formosan Medical Association*. 118,S23-S31.
- Yang T., Santisteban M.M., Rodriguez V., Li E., Ahmari N., Carvajal J.M., Zadeh M., Gong M., Qi Y., Zubcevic J., Sahay B., Pepine C.J., Raizada M.K. & Mohamadzadeh M.(2015). Gut Dysbiosis Is Linked to Hypertension Novelty and Significance. *Hypertension*, 65(6),1331–1340.
- Yoon S.S. & Brandt L.J.(2010). Treatment of Refractory/Recurrent *C. difficile*-associated Disease by Donated Stool Transplanted Via Colonoscopy. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 44(8),562–566.
- Youngster I., Sauk J., Pindar C., Wilson R.G., Kaplan J.L., Smith M.B., Alm E.J., Gavers D., Russell G.H. & Hohmann E.L.(2014). Fecal Microbiota Transplant for Relapsing *Clostridium difficile* Infection Using a Frozen Inoculum From Unrelated Donors: A Randomized, Open-Label, Controlled Pilot Study. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 58(11),1515-1522.

EXTENDED ABSTRACT

As a new treatment method, Fecal Microbiota Transplant (FMT) seems to be a good alternative in the treatment of Clostridium Difficile Infection (CDI). The importance of the human microbiome is being understood more with each passing day, and many studies are being carried out to assess its effect on various diseases. The protection of a healthy gastrointestinal microbiota plays an important role in humans' health. Today's nutritional habits, living conditions, age, inflammatory diseases, genetic structure, nutrition during infancy, previous infections, used drugs, and similar variables may affect the microbiota composition and its activity. Diseases associated with dysbiosis include CDI, obesity, rheumatoid arthritis, type II diabetes, inflammatory bowel disease, celiac, colorectal cancers, autism spectrum disorder, ulcerative colitis, and food allergies.

FMT, a therapeutic alternative in the treatment of many diseases, aims to restore the impaired intestinal microbiota to its former health by transplanting the fecal material from a healthy donor to a recipient after certain procedures. Donor selection is very important as in other transplant techniques. To determine if the donor candidate sample match, we use a questionnaire similar to the one that applies to blood donors. Also, series tests of blood and stool will be requests to evaluate viral infections and malignancy. The donor should not receive treatment that may disrupt the intestinal microbiota combination in the past three months.

In FMT, fresh, frozen, or lyophilized material will be prepared. FMT is administered to the patient with the appropriate method, which is accepted by the matched recipient chosen by various exclusion criteria. FMT methods include retention enema, duodenal and rectal tube and colonoscopy method, nasogastric tube, nasojejunal tube application, self-administered home fecal transplantation, and oral fecal microbiota capsules. The dominant view is that doing FMT via colonoscopy is the best strategy to improve the cost-effectiveness of recurrent CDI.

In terms of patient safety, the shortage of studies examining possible adverse conditions of FMT creates an important gap in this area. Some complications are aspiration pneumonia associated with nausea and vomiting, fever, diarrhea, sore throat, common cold, pancreatitis of unknown etiology, pruritus, urticaria, paresthesia of sciatic, orthostatic hypotension, gastrointestinal hemorrhage, enteritis, peritonitis, neurovirulence infection, cold symptoms and incorrect insertion of a nasogastric and nasojejunal tube. Although rare, death can also be seen.

Nurses have a great role in FMT. The decision about the method of FMT will be given by consulting with the gastroenterologist and anesthesiologist. The patient gives informed consent for the procedure. All risks that the patient may experience in this process are clearly explained to the patient by the physician. Among the fresh or frozen FMT alternatives, one will choose. Before fresh FMT, the physician requests a series of tests. Following the selection of the matched donor, he or she receives some education regarding healthy nutrition and other necessary aspects that need attention. In frozen FMT, the fecal material gets from the bank directly.

During FMT, if anesthesia requires for the patient, the lungs will be prepared with deep breathing and cough exercises. The patient, its family, and caregivers participate in the patient training sessions and informed about the contact isolation method and important issues during the transplant process. After the operation, they train about the cleaning of the toilet and other areas with a hypochlorite solution at home or hospital. Nurses consider appropriate nursing interventions for the management of anxiety and psychological support. The patient informs about the appropriate diet and drug protocol two days before transplantation. The colon will be prepared appropriately, and the patient becomes NPO from previous night.

International guidelines recommended for the preparation of fecal material are being followed. The sample is diluted with 0.9% saline and blended. Digested food and other particles in it are removed by straining through filters of different frequencies. The sample that is tempered to milkshake or smoothie consistency and filtered is transferred to a vacuum container until transplant time. The total time between taking a fecal sample from a donor and completion of the transplantation does not exceed six hours.

After performing FMT with the appropriate method, to ensure that the fecal material remains in the colon for a longer time, the patient sleep in the Semi-Fowler's position (The patient sleeps on his/her back with the head and trunk raised to 45 degrees). In addition, to reduce anal sphincter stimulation and prevent defecation, lower extremities of the patient are supported with a pillow and a half-elevated position is given. The patient remains NPO for three or four hours after the procedure. Meanwhile, the patient is monitored for vital signs and other evaluation parameters. For follow-up, intake and output and post-op defecation patterns will be monitored.

Pre-discharge education of the patient includes antibiotic use, healthy nutrition, and diet, use of probiotics, not administrating any alternative medicine or supplement such as vitamin C, providing an appropriate therapeutic environment to improve defecation pattern, the importance of contact isolation and handwashing, symptoms that require to be report to the physician, and patient follow-up plan.

Various research has been carried out to improve the FMT, manage its complications, and increase patients' comfort. For this, it is important that the nurse uses her professional knowledge, ensures that the treatment and care implemented in a qualitative manner during the transplant process, performs a good follow-up, and fulfills her/his role as coordinator in the multidisciplinary teamwork in the best way. Since it is a specific area, nurses specialized in this field are needed. Considering the diversity situations of FMT, individualized nursing care plans need to be developed. In this context, sharing experiences can significantly provide more cost-effective and quality care. As FMT is a disturbing procedure for healthcare providers and patients, it is needed to discover more ethical and standard techniques to facilitate it. It is a treatment technique that requires nurses to use their creativity. As it is a new treatment technique, improving the knowledge of nurses, conducting more research, and providing health education for public information is highly recommended.