

Cilt: 14, Sayı: 1, Ocak 2021



**DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
ELEKTRONİK DERGİSİ
DEUHFED**

**E-JOURNAL OF
DOKUZ EYLUL UNIVERSITY
NURSING FACULTY**

ISSN: 2149 - 0333

İçindekiler

Editörden

Editörden

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

Araştırma Makaleleri

Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler

Gizem ÖZCAN, Ayşe ÖZKARAMAN

Gebelerin Obstetrik Tehlike Belirtileri Hakkındaki Farkındalık Durumları

Fulya GÖKDEMİR, Tülay YILMAZ, Hüsnüye DİNÇ KAYA, Sevda KORKUT ÖKSÜZ

The Relationship Between Charge Nurses and Clinical Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture and Leadership Practices

Ayşegül YILMAZ, Sergül DUYGULU

Dâhiliye Hemşirelerinin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları

Tuğba MENEKLİ, Medet KORKMAZ

Gebelerin Natal ve Postnatal Dönemlerdeki Endişe Düzeyleri ile Beden Kitle İndeksleri Arasında İlişki Var mıdır?

Hamide ZENGİN, Öznur TİRYAKİ, Sinem YALNIZOĞLU ÇAKA, Nursan ÇINAR

Derleme Makaleler

Kronik Hastalığı Olan Çocukların Bakımında Okul Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları

Gizem ÇAKIR, Naime ALTAY

Proton Pompa İnhibitörlerinin Kırık Oluşumuna Etkisi ve Bakıma Yansıması

Seda AKUTAY, Özlem CEYHAN

Kişisel Sağlık Verilerinin Korunmasında İdarenin Hukuki Sorumluluğu

Veli DURMUŞ

LGBTİQ+ Mültecilerde Sağlık Gereksinimleri

Gizem BEYCAN EKİTLİ, Emel ÖZTÜRK TURGUT, Ayşegül DÖNMEZ

Görme Yetersizliği Olan Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Çözüm Yolları

Aylin TANER, Özlem DEMİREL BOZKURT

Editörden

Çok kıymetli okuyucularımız,

Dergimizin 2021 yılı ilk sayısında bilimsel araştırma ve derleme makaleleri sizlerle paylaşmaktan gurur duymaktayız.

Bu sayıdaki paylaşımlarımız beş araştırma makalesi ve beş derleme makaleden oluşmaktadır. İlk araştırma, Gizem ÖZCAN ve Ayşe ÖZKARAMAN'ın "Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler" başlıklı kesitsel ve tanımlayıcı tipte tasarlanan araştırmasıdır. Araştırma 700 hasta ile yürütülmüştür. Araştırmanın sonucunda Tip 2 DM olan hastalarda bazı sosyodemografik ve tıbbi özelliklerin sağlık okuryazarlığı düzeyini anlamlı ölçüde etkilediği belirlenmiştir. Özellikle iç hastalıkları ve halk sağlığı hemşireliği açısından yol göstericidir.

İkinci araştırma makalesi; Fulya GÖKDEMİR, Tülay YILMAZ, Hüsnüye DİNÇ KAYA ve Sevda KORKUT ÖKSÜZ'ün "Gebelerin Obstetrik Tehlike Belirtileri Hakkındaki Farkındalık Durumları" isimli çalışmasıdır. Kesitsel türdeki çalışma, ikinci basamak bir hastaneye başvuran 350 gebe ile gerçekleştirilmiştir. Araştırma sonucunda gebelerin, antenatal bakım alma oranları yeterlidir. Obstetrik tehlike belirtileri konusundaki farkındalıkları istenilen düzeyde olmadığından bazı alanlarda eğitime ihtiyaçları vardır. Yapılacak eğitimlerde, gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin göz önünde bulundurulması önem taşımaktadır. Alana katkı sağlayıcı bir çalışmadır.

Üçüncü çalışma; Ayşegül YILMAZ ve Sergül DUYGULU'nun "The Relationship Between Charge Nurses and Clinical Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture and Leadership Practices* (Sorumlu Hemşireler ile Klinik Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ve Liderlik Uygulamaları Arasındaki İlişki)" başlıklı araştırmasıdır. Tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma, Konya ilinde bulunan dört hastanede 70 servis sorumlu hemşiresi ve bu hemşirelerle birlikte çalışan 357 servis hemşiresi ile yürütülmüştür. Servis sorumlu hemşirelerinin hasta güvenliği kültürü algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmada hemşirelerin dönüştürücü liderlik uygulamaları ile hasta güvenliği kültürü arasında olumlu yönde ilişki olduğu gösterilmiştir. Sorumlu hemşirelerinin birimlerinde olumlu bir hasta güvenliği kültürünü oluşturulabilmesi için servis sorumlu hemşirelerinin dönüştürücü liderlik uygulamalarının geliştirilmesi yönünde öneri verilmektedir. Kalite, hasta güvenliği, liderlik konularında hastane ve hemşirelik hizmetleri yöneticileri için veri sağlayıcı niteliktedir.

Dördüncü çalışma; Tuğba MENEKLİ ve Medet KORKMAZ'ın "Dâhiliye Hemşirelerinin Kanıta Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları" isimli çalışmasıdır. Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, Şanlıurfa bölgesindeki hastanelerin dâhiliye kliniklerinde çalışan 964 hemşire ile gerçekleştirilmiştir. Dâhiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin kanıta dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğu, yaşı 25 ve altı, eğitim durumu lisans ve üzeri, 1-6 altı yıldır çalışan, sorumlu hemşire görevini yürüten, bilimsel araştırma yapan ve toplantılara katılan hemşirelerin tutumlarının daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Alan yazına katkı sağlayıcı bir çalışmadır.

Beşinci araştırma; Hamide ZENGİN, Öznur TİRYAKİ, Sinem YALNIZOĞLU ÇAKA ve Nursan ÇINAR'ın "Gebelerin Natal ve Postnatal Dönemlerdeki Endişe Düzeyleri ile Beden Kitle İndeksleri Arasında İlişki Var mıdır?" başlıklı çalışmasıdır. Gebelik öncesi Beden Kitle İndeksi'nin (BKİ) gebelerin doğum ve doğum sonrası endişe düzeyini etkileme durumunu belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel çalışma, bir üniversite hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde 438 gebe ile yürütülmüştür. Anne adaylarında gebelik öncesi BKİ'leri arttıkça, Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği alt boyutlarından doğumdan sonra eşinden destek alamama endişesinin azaldığı belirlenirken ölçeğin diğer alt boyutları ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Hemşirelerin danışmanlık rolüne katkı verici niteliktedir.

Altıncı çalışma; Gizem ÇAKIR ve Naime ALTAY'ın "Kronik Hastalığı Olan Çocukların Bakımında Okul Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları" başlıklı derleme makalesidir. Bu derlemede, kronik hastalığı olan çocukların okuldaki gereksinimlerinin karşılanması ve bakımında okul hemşiresinin görev ve sorumlulukları, bakım, eğitim, sağlık politikaları ve yönetsel yönleri alan yazın doğrultusunda tartışılmıştır. Özellikle bir alan olan okul sağlığı hemşireliği alanında kronik hastalık yönetiminde dikkat edilmesi gerekenlere vurgu yapılmıştır.

Yedinci çalışma; Seda AKUTAY ve Özlem CEYHAN'ın "Proton Pompa İnhibitörlerinin Kırık Oluşumuna Etkisi ve Bakıma Yansıması" isimli derleme makalesidir. Bu derleme, Proton Pompa İnhibitörlerinin kullanımında oluşan risklere dikkat çekilmesi ve bakımın planlanmasında yol gösterici olması amacı ile yazılmıştır. Özellikle kemik kırığı oluşturma riski nedeniyle yaşlı ve kadınlardaki kullanımına dikkat çekilmiştir. Alan yazına ve uygulayıcılara katkı sağlayıcı niteliktedir.

Sekizinci çalışma; Veli DURMUŞ'un "Kişisel Sağlık Verilerinin Korunmasında İdarenin Hukuki Sorumluluğu" başlıklı derleme makalesidir. Bu derleme makalenin amacı, sağlık kurum ve kuruluşlarında kişisel sağlık verilerinin korunması ve mahremiyetin sağlanmasının önemini ortaya koyarak Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi ve Danıştay kararları ışığında idarenin hukuki sorumluluğunu açıklamaktır. Hukuki sorumluluğun hangi durumlarda ortaya çıkabileceği tartışılmıştır. Ayrıca, idari sağlık faaliyetlerinin yürütülmesi sırasında kişisel sağlık verilerinin korunmasına yönelik öneriler sunulmuştur.

Dokuzuncu çalışma; Gizem BEYCAN EKİTLİ, Emel ÖZTÜRK TURGUT ve Ayşegül DÖNMEZ'in "LGBTİQ+ Mültecilerde Sağlık Gereksinimleri" isimli derleme makalesidir. Bu derlemede, savaş nedeniyle ülkelerinden ayrılmak zorunda kalmış LGBTİQ+ mültecilerin fiziksel ve psikososyal bir yaklaşımla sağlık bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Hemşirelik uygulamalarının ele alındığı ve tartışıldığı makalede, Türkiye'deki Suriyeli LGBTİQ+'lar penceresinden, mülteci LGBTİQ+'ların genel sağlık gereksinimlerine ışık tutulması planlanmış, sağlık ekibinin öncelikli gücü olan hemşirelik disiplini uygulamalarına yönelik öneriler sunulmuştur.

Onuncu ve son çalışma; Aylin TANER ve Özlem DEMİREL BOZKURT'un "Görme Yetersizliği Olan Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Çözüm Yolları" başlıklı derlemesidir. Bu derlemenin amacı, bireylerin eğitim/danışmanlık alma

Editörden

şeklını etkileyen görme yetersizliğinin tanımlarına ve nedenlerine dikkat çekerek, kadınların üreme sağlığına yönelik yaşadıkları sorunlar ve çözüm yollarına ilişkin hemşirelerin farkındalığını artırmaktır. Yaşanan sorunların ve ilişkili rollerin tartışıldığı makale alana katkı sağlayıcı niteliktedir.

Ocak sayımızda, araştırma makaleleri ile alan yazına, hemşirelik uygulamalarına ve yönetimine katkı veren tüm yazarlara, hakemlere, bölüm editörlerine ve tüm süreçlerde emek veren dergi yayın kuruluna teşekkürlerimi sunarım.

Mesleğimizin gelişimine katkı verecek emek verilen değerli çalışmalarla bir sonraki sayımızda buluşmayı diliyorum.

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER

SAĞLIKLA KAL TÜRKİYEM...

Editör

Tip 2 Diabetes Mellitus Hastalarında Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler

Gizem ÖZCAN* Ayşe ÖZKARAMAN**

Öz

Giriş: Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkları ile ilgili bilgileri araştırıp bulması, öğrenmesi ve bu bilgiler doğrultusunda yaşamlarına yön vermesidir. Kronik hastalıklar arasında tip 2 diabetes mellitusun (T2DM) takip, tedavi ve bakım sürecinde sağlık okuryazarlığının önemi giderek artmaktadır. **Amaç:** Bu araştırma, T2DM hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla planlandı. **Yöntem:** Kesitsel ve tanımlayıcı tipte tasarlanan araştırma 05.12.2018-21.06.2019 tarihleri arasında, 18 yaş ve üzeri, bilinci açık, en az bir yıldır T2DM hastası ve araştırmaya katılmaya gönüllü 700 hasta ile yürütüldü. Veriler Birey Tanıtım Formu ve Sağlık Okuryazarlığı Anketi-Avrupa Birliği (SOYA-AB-Q47) Ölçeği ile toplandı. **Bulgular:** Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 61.80 ± 10.49 yıl, %75.4'ü kadın, %74.3'ü evli, %71.4'ü ise ilkökul mezunudur. Hastaların %34.4'ünün T2DM tanısı süresi 16 yıl ve üzerinde ve genel sağlık indeksi sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 35.76 ± 7.20 ile yeterli düzeydedir. Yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, eğitim düzeyi yüksek olanların, evli olanların, geliri giderinden fazla olanların, T2DM'ye eşlik eden başka kronik hastalığı bulunmayanların, T2DM hakkında sağlık çalışanlarından ya da farklı kaynaklardan eğitim alan hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı ($p < .05$). **Sonuç:** Bu araştırmada T2DM olan hastalarda bazı sosyodemografik ve tıbbi özelliklerin sağlık okuryazarlığı düzeyini anlamlı ölçüde etkilediği belirlendi.

Anahtar Sözcükler: Tip 2 Diabetes Mellitus, Sağlık Okuryazarlığı, Hemşirelik.

Abstract

The Level of Health Literacy and Affecting Factors in Type 2 Diabetes Mellitus Patients

Background: Health literacy is the search for people to find information about their health, learn and guide their lives in line with this information. Type 2 diabetes mellitus (T2DM), which is one of the chronic diseases needs to take responsibility as well as health care professionals in the follow-up, treatment and care process. In this case, the concept of health literacy comes to the fore. **Objectives:** This study was planned to determine the level of health literacy in T2DM patients and to examine the factors affecting the level of health literacy. **Methods:** The cross-sectional and descriptive type study was carried out between 05.12.2018-21.06.2019, its sample was 18 years old and above, conscious, T2DM patient for at least one year and 700 patients volunteering to participate in the study. Data were collected using the Individual Literature Form and the Health Literacy Questionnaire-European Union (HLS-EU- Q47) Scale. **Results:** The average age of the patients participating in the study is 61.80 ± 10.49 years, 75.4% are women, 74.3% are married and 71.4% are primary school graduates. T2DM diagnosis period of 34.4% is 16 years or more. HLS-EU-Q47 general health index health literacy average score is sufficient with 35.76 ± 7.20 . There is a significant negative relationship between age and health literacy, those who have higher education, married, more than their expenses, do not have any other chronic diseases accompanying T2DM, patients who receive education about T2DM from healthcare workers or other sources have a higher level of health literacy. It was determined to be high ($p < .05$). **Conclusion:** It is important in this research that health literacy in the T2DM of various socio-demographic and medical factors is important.

Key Words: Type 2 Diabetes Mellitus, Health Literacy, Nursing.

Geliş tarihi: 20.02.2020

Kabul tarihi: 10.11.2020

Sağlık okuryazarlığı (SOY) kavramı ilk kez 1974 yılında kullanılmış (1), 1990'dan itibaren Amerika ve Avrupa başta olmak üzere diğer ülkelerde de kullanımı artarak devam etmiştir (2). Başlangıçta SOY; "sağlığı için bireyin yetenekleri" şeklinde tanımlanırken (3), 1998 yılında Nutbeam Dünya Sağlık Örgütü için hazırlanan Sağlık Geliştirilmesi Sözlüğünde "bireylerin sağlığını korumak, geliştirmek ve sürdürmek için bilgiye ulaşma, ulaştığı bilgiyi anlama ve kullanması için beceri ve motivasyonunu belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler" şeklinde tanımlamıştır (4). Ülkemizde ise Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğünde "bireylerin iyi sağlığı teşvik edecek ve devamını sağlayacak şekilde bilgiye erişme, anlama ve kullanma becerisi ve motivasyonunu belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler" şeklinde tanımlamıştır (5). Yapılan tanımlar değerlendirildiğinde SOY, bireylerin sağlık ile ilgili bilgileri araştırıp bulması, öğrenmesi ve bu bilgiler doğrultusunda yaşamlarına yön vermesidir. Ayrıca SOY, bireylerin ne yapacaklarını anlayıp sağlıkları ile ilgili doğru karar vermelerini sağlayan, sağlık hizmetlerinin etkin kullanımını arttıran dolayısıyla maliyeti düşüren bir araçtır (6). İçinde bulunduğumuz 21. yüzyılda morbidite ve mortalite oranları yüksek, etkili tıbbi yönetimin gerekli olduğu ve sağlık harcamalarında artışa yol açan kronik hastalıkların yönetiminde SOY düzeyi ve bu durumu etkileyen faktörlerin önemi giderek artmaktadır (7,8). Küresel sağlık harcamalarının %12'sinin aktarıldığı diabetes mellitusun (DM) (9); takip ve tedavi sürecinde sağlık uzmanları ve hastaların iş birliği ile dikkatli bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Hastaların hastalık yönetimi hakkında yeni bilgiler edinmesi, öz yeterlilik ve öz bakım davranışlarını geliştirmesi, glisemik kontrol üzerindeki etkisinin artırılmasında SOY kavramı öne çıkmaktadır (10). Oysa yapılan çalışmalarda DM hastalarının SOY düzeyinin sınırlı/sorunlu(düşük) olduğu bildirilmektedir (11,12). Yine yapılan çalışmalarda SOY düzeyinin eğitim, gelir durumu, yaş, ırk, cinsiyet, eşlik eden sağlık problemleri gibi faktörlerden etkilendiği açıklanmıştır (13-16). Bu durumda ülkemizde her düzeyde DM hastasının izlemi, glisemik kontrolünün sağlanması ve komplikasyonların önlenmesinde eğitim faaliyetlerini planlayan, uygulayan, eğitim materyalleri geliştiren diyabet hemşirelerinin hastaların SOY düzeyi ve sosyo-kültürel faktörlerini bilmelerinin gerekliliği yadsınmaz bir gerçektir.

* Uzman Hemşire, Eskişehir Osmaniye Üniuersitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Eskişehir. ORCID: 0000-0003-1269-8656, E-mail: ozcangizem274@gmail.com, Tel: 0 (222) 2393750-1548 ** Doç. Dr., Eskişehir Osmaniye Üniuersitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları AD, Eskişehir. ORCID: 0000-0002-0507-4100 E - mail: aozaydin26@hotmail.com

Araştırma

Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, T2DM hastalarında sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi ve sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla planlandı.

Araştırmanın Soruları

- Tip 2 diabetes mellitus hastalarının SOY düzeyi nedir?
- Tip 2 diabetes mellitus hastalarında SOY düzeyi ile sosyodemografik özellikler (yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, gelir durumu) ilişkili midir?
- Tip 2 diabetes mellitus hastalarında SOY düzeyi ile tıbbi özellikler (kronik hastalık sayısı, T2DM tanı süresi, T2DM hakkında sağlık çalışanlarından eğitim alma, T2DM hakkında başka kaynaklardan yararlanma, insülin/OAD kullanımı) ilişkili midir?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışmadır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Araştırma 05.12.2018-21.06.2019 tarihleri arasında Eskişehir/Merkez'de bulunan bir devlet hastanesinde yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 05.12.2018-21.06.2019 tarihleri arasında Eskişehir/Merkez'de bulunan bir devlet hastanesinin iç hastalıkları klinik ve polikliniklerinde takip ve tedavi edilen T2DM hastaları; örneklemini ise belirtilen evren içerisinde örneklem seçim ölçütlerine uyan bireyler oluşturdu. Araştırmaya başlamadan önce örneklem sayısı Schilling vd., (2002)'nin yaptığı çalışma sonuçları referans alınarak istatistiksel güç %80, alpha .05, beta .80 hata ile örneklem sayısı 779 birim saptandı.

Araştırmaya Dahil Edilme ve Araştırmadan Dışlama Kriterleri

18 yaş ve üzeri, bilinci açık, en az 1 yıldır T2DM hastası olan, araştırmaya katılmaya gönüllü hastalar araştırmaya dahil edilirken; okuryazar olmayan, T2DM tanı süresi 1 yıldan az olan, tip 1 DM(T1DM)'si olan ve araştırmaya katılmak istemeyen hastalar araştırma kapsamı dışında tutulmuştur.

Araştırmanın Değişkenleri

Bu araştırmanın; bağımsız değişkeni hastaların tıbbi özellikleri (T2DM tanı süresi, T2DM tedavisi, başka bir kronik hastalık varlığı, T2DM hakkında sağlık çalışanlarından eğitim alma durumu, T2DM hakkında başka kaynaklardan yararlanma durumu) ve sosyodemografik özellikleri (yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, çalışma ve gelir durumu); bağımlı değişkeni ise hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyidir.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri Birey Tanıtım formu ve Sağlık okuryazarlığı anketi-Avrupa Birliği Ölçeği (SOYA-AB-Q47) kullanılarak toplandı. Araştırmada veri toplama esnasında hastalardan hiçbir şekilde tıbbi materyal talep edilmeyip, mevcut hasta dosyalarında yer alan son veriler kaydedildi.

Birey Tanıtım Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu formda hastaların sosyodemografik özellikleri, hastalık ve tedavi ile ilgili bilgileri içeren 17 soru bulunmaktadır. Beden kitle indeksi hastalardan boy ve kilo ölçümlerine ilişkin bilgi alındıktan sonra araştırmacılar tarafından hesaplandı.

Sağlık Okuryazarlığı Anketi-Avrupa Birliği (SOYA-AB-Q47) Ölçeği

Sağlık okuryazarlığı anketi-Avrupa Birliği Ölçeği (SOYA-AB-Q47), Sorensen vd., tarafından geliştirilen SOY kavramsal modeli ile sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın geliştirilmesi olmak üzere üç alanda, sağlık bilgisine ulaşma, ulaştığı bilgiyi anlama, değerlendirme ve kullanma süreçlerindeki bir işlevin zorluk ya da kolaylık derecesini değerlendiren ve toplamda 47 sorudan oluşan bir ölçektir (17). SOYA-AB-Q47 ölçeği Türkçe'ye Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (Sağlık-Sen) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları sonunda kazandırılmıştır (18). Sağlık-Sen tarafından yapılan geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında SOYA-AB-Q47 genel ve alt indekslerinin güvenilirliği için cronbach alfa katsayıları; genel sağlık indeksi için .97, sağlık hizmeti indeksi için .91, hastalıktan korunma indeksi için .92, sağlığın iyileştirilmesi indeksi için .93 olarak belirlenmiştir. SOYA-AB-Q47 Ölçeği genel sağlık indeksi ve alt boyutlar olan sağlık hizmeti indeksi, hastalıktan korunma indeksi ve sağlığın iyileştirilmesi indeksi; bilgiye erişme, bilgiyi anlama, değerlendirme ve uygulama konularında bir matriks dahilinde analiz edilmiştir. Ölçek 47 sorudan oluşmaktadır. Her soru 1 ile 4 arasında puanlanmaktadır (1 = çok zor, 2 = zor, 3 = kolay, 4 = çok kolay). İndeksler 0 ila 50 puan arasında bir ölçekte 0 en düşük sağlık okuryazarlığı, 50 en yüksek sağlık okuryazarlığını gösterecek şekilde standardize edilmiştir.

Formül: İndeks = (Ortalama-1) x (50/3), İndeks: Hesaplanan kişiye özgün indeks, Ortalama: Her kişi için cevaplandırılan her maddenin ortalaması.

1: Ortalamanın en düşük olası değeri (indeksin en düşük 0 olmasına neden olur), 3: Ortalamanın aralığı, 50: Yeni ölçüt için seçilen en yüksek değer.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi-Avrupa çalışması ile karşılaştırılabilir olması amacıyla elde edilen indeks puanlarına göre 4 kategoriye ayrılmıştır; (0-25 puan) = yetersiz SOY, (26-33 puan) = sorunlu-sınırlı SOY, (34-42 puan) = yeterli SOY, (43-50 puan) = mükemmel SOY şeklindedir.

Araştırmanın Uygulanması

Veri toplama formları araştırmacılar tarafından hastanenin ilgili klinik ve polikliniklerinde bulunan sessiz, sakin bir odada yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak, örneklem seçim kriterlerine uygun hastalara ortalama 20 dakikalık sürede uygulandı. Araştırma esnasında hastalardan hiçbir şekilde tıbbi materyal talep edilmedi.

Araştırma

Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizi, IBM Statistical Package for Social Science (SPSS) 25.0 paket programı kullanılarak değerlendirildi. Sürekli veriler ortalama ve standart sapma, kategorik veriler ise sayı ve yüzde (%) olarak verildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğunun araştırılmasında ShapiroWilk testinden yararlanıldı. Normal dağılıma uygunluk göstermeyen grupların karşılaştırılmasında Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis H testi uygulandı. Normal dağılıma uygunluk gösteren grupların karşılaştırılmasında ise Bağımsız Örneklem T- testi ve One-Way ANOVA testi uygulandı. Grupların kendi aralarında değerlendirilmesi için posthoc analiz yapıldı. İstatistiksel önemlilik %95 güven aralığında, $p < .05$ değeri kriter olarak kabul edildi (19).

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.09.2018 tarihli ve 25403353-050.99-E.99004 sayılı yasal izin ve ilgili kurumdan 28345694-604.02 numaralı izin yazısı alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden hastalara verilerin toplanma süreci hakkında bilgi verildikten sonra istedikleri zaman çalışmadan çekilebilecekleri, araştırmadan çekilmeleri halinde takip, tedavi ve bakım süreçlerinde hiçbir değişikliğin olmayacağı bilgisi verilerle yazılı onamları alındı. Araştırmanın her aşaması etik kurallara uygun şekilde yürütüldü.

Bulgular**Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri**

Araştırmaya katılan hastaların yaş ortalaması 61.80 ± 10.49 yıl, %75.4'ü kadın ve %74.3'ü evliydi. Hastaların eğitim ve gelir durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %71.4'ünün ilkökul mezunu, %74.1'inin gelirinin giderine denk olduğu belirlenirken çoğunluğunun (%94.6) gelir getiren bir işte çalışmadığı belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	ort ± ss	(En az-en çok)	
Yaş (yıl)	61.80 ± 10.49	(18-88)	
Değişkenler		n	%
Yaş grupları	18-27 yaş	6	0.9
	28-37 yaş	10	1.4
	38-47 yaş	39	5.6
	48-57 yaş	169	24.1
	58-67 yaş	256	36.6
	68 yaş ve üzeri	220	31.4
Cinsiyet	Kadın	528	75.4
	Erkek	172	24.6
Eğitim durumu	Okuryazar	67	9.6
	İlkokul	500	71.4
	Ortaokul	57	8.1
	Lise	51	7.3
	Üniversite	25	3.6
Medeni durum	Bekar	180	25.7
	Evli	520	74.3
Sosyal güvence	Var	689	98.4
	Yok	11	1.6
Çalışma durumu	Evet	38	5.4
	Hayır (Emekli: %24.7 n=173)	662	94.6
Gelir Durumu	Gelir giderden az	34	4.9
	Gelir gidere denk	519	74.1
	Gelir giderden fazla	147	21.0
Toplam		700	100.0

Hastaların Tıbbi Özellikleri

Hastaların; %13.1'inin normal kilolu, %35.1'inin ise 1.derece obez olduğu saptandı. Araştırmada hastaların %34.4'ünün 16 yıl ve üzeri T2DM tanı süresinin olduğu belirlenirken, %87.9'unda T2DM'ye eşlik eden başka bir kronik hastalık varlığı belirlendi. Hastaların %57.9'unun insülin, %81.6'sının oral antidiyabetik(OAD), %40.1'inin ise insülin + OAD kullandığı saptandı. Hastalara günlük alması gereken kalori miktarını bilip bilmedikleri sorulduğunda, %85.6'sı bilmediğini ifade etti (Tablo 2).

Tablo 2. Hastaların Tıbbi Özelliklerinin Dağılımı

Değişkenler	n	%
Eşlik eden kronik hastalık	Yok	22.1
	1 tane	33.7
	2 tane	30.7
	3 ve daha fazla	13.4
T2DM tanı süresi	1-5 yıl	25.6
	6-10 yıl	28.0
	11-15 yıl	12.0
	16 yıl ve üzeri	34.4
T2DM hakkında sağlık çalışanlarından eğitim alma	Evet	80.3
	Hayır	19.7
T2DM hakkında başka kaynaklardan yararlanma*	Evet	77.1
	Hayır	22.9
İnsülin kullanımı	Evet	57.9
	Hayır	42.1
OAD kullanımı	Evet	81.6
	Hayır	18.4
İnsülin+OAD kullanımı	Evet	40.1
	Hayır	59.9
Tıbbi beslenme tedavisi	Evet	14.4
	Bilmiyorum	85.6
Egzersiz yapma	Evet	97.6
	Hayır	2.4
Laboratuvar değerlerinin isimlerini bilme	Evet	44.0
	Hayır	56.0
BKİ (kg/m ²)	Zayıf	0.7
	Normal kilolu	13.1
	Fazla kilolu	32.6
	1. Derece obez	35.1
	2. Derece obez	12.6
	3. Derece obez	5.9
Toplam	700	100

* İnternet, televizyon, gazete, kitap, dergi, broşür

Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve Sağlık Okuryazarlığını Etkileyen Faktörler

Hastaların SOYA-AB-Q47 ölçeği genel sağlık okuryazarlığı düzeyi ortalama 35.76 ± 7.20 puan ile yeterli düzeyde olduğu belirlendi. Hastaların SOYA-AB-Q47 ölçeği alt indeks puanları incelendiğinde ise; sağlık hizmeti indeksi puan ortalaması 33.04 ± 8.58 ile yeterli düzeyde; hastalıktan korunma indeksi puan ortalaması 28.74 ± 7.82 ile sorunlu/sınırlı, sağlığın iyileştirilmesi indeksi puan ortalaması 32.50 ± 7.20 ile sorunlu/sınırlı düzeyde olduğu saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. Hastaların SOYA-AB-Q47 Ölçeği Puanlarının Dağılımı

Genel ve alt indeksler	n	en az	en çok	ort \pm ss
Genel sağlık indeksi	700	10.42	50.00	35.76 ± 7.20
Sağlık hizmeti indeksi	700	2.22	50.00	33.04 ± 8.58
Hastalıktan korunma indeksi	700	9.38	50.00	28.74 ± 7.82
Sağlığın iyileştirilmesi indeksi	700	8.16	48.94	32.50 ± 7.20

Araştırmada T2DM hastalarının sağlık okuryazarlığı genel SOY ve alt indeks puanları bazı sosyodemografik değişkenlere göre farklıydı. Eğitim durumu ilkökul, ortaokul, lise ve üniversite olan hastaların genel, sağlık hizmeti, sağlıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi SOY düzeyinin okuryazar olan hastalara göre yüksek olduğu belirlenirken ($p < .001$), eğitim durumu daha yüksek olanların genel, sağlık hizmeti, sağlığın iyileştirilmesi SOY düzeyi medyan puanları eğitim düzeyi düşük olanlara göre daha yüksekti. Evli olanların bekarlara, geliri-giderinden fazla olanların geliri giderinden düşük olanlara göre genel, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma, sağlığın iyileştirilmesi SOY düzeyi daha yüksekti (medeni durum: *sirasıyla* $p < .001$, $p < .001$, $p = .002$, $p < .001$; gelir durumu: $p < .001$). Hastaların cinsiyete göre genel ve hastalıktan korunma SOY düzeyi arasında bir fark bulunmazken (*sirasıyla* $p = .058$, $p = .260$), erkek hastaların kadınlara göre sağlık hizmeti ve sağlığın iyileştirilmesi SOY düzeyi daha yüksekti (*sirasıyla* $p < .001$, $p = .003$) (Tablo 4).

Yaş ile sağlık okuryazarlığı genel ve alt indeksleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu, yaş arttıkça genel ve alt indeks SOY puanlarının düştüğü belirlendi (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların Sağlık Okuryazarlığı Puan Ortalamaları ile Yaş Ortalamalarının Korelasyonu

Genel ve alt indeksler		Yaş(yıl)
Genel sağlık indeksi	<i>r</i>	-.36
	<i>p</i>	< .001
Sağlık hizmeti indeksi	<i>r</i>	-.39
	<i>p</i>	< .001
Hastalıktan korunma indeksi	<i>r</i>	-.24
	<i>p</i>	< .001
Sağlığın iyileştirilmesi indeksi	<i>r</i>	-.36
	<i>p</i>	< .001

Hastaların tıbbi özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı düzeyi değerlendirildiğinde ise; T2DM dışında başka kronik hastalığı olmayanların birden fazla kronik hastalığı olanlara göre sağlık hizmeti SOY düzeyi yüksek iken, T2DM tanı süresi 16 yıl ve üzeri olan hastaların tanı süresi 1-5 yıl olanlara göre genel, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi SOY düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktü (*sırasıyla* $p < .001$, $p = .002$, $p = .009$, $p < .001$). T2DM hakkında sağlık çalışanlarından eğitim alanların eğitim almayanlara göre; herhangi bir kaynaktan yararlananların bu konuda herhangi bir girişimde bulunmayanlara göre genel, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi SOY düzeyi yüksekti (sağlık çalışanlarından eğitim alma durumu: *sırasıyla* $p = .001$, $p = .003$, $p < .001$, $p = .019$; herhangi bir kaynaktan bilgi alma durumu bütün alt boyutlarda: $p < .001$). Araştırmada T2DM tedavisine yönelik insülin kullanan hastaların insülin kullanmayanlara göre genel ve alt indeks SOY ortalama puanları istatistiksel olarak anlamlı düşük iken [(genel sağlık indeksi: $p = .007$), (sağlık hizmeti indeksi: $p = .025$), (hastalıktan korunma indeksi $p = .016$), (sağlığın iyileştirilmesi indeksi: $p = .011$)]; OAD kullanma durumuna göre farklılık yoktu [(genel sağlık indeksi: $p = .068$), (sağlık hizmeti indeksi: $p = .098$), (hastalıktan korunma indeksi $p = .066$), (sağlığın iyileştirilmesi indeksi: $p = .118$)]. Beden kitle indeksi kategorisi zayıf olan hastaların sağlık hizmeti ve sağlığın iyileştirilmesi SOY düzeyi normal kilolu ve 3. derece obez olan hastalara göre daha yüksekti ($p < .05$) (Tablo 6).

Tablo 4. Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre SOYA-AB-Q47 İndeks Puan Ortalamalarının Dağılımı

Değişkenler		Genel sağlık indeksi			Sağlık hizmeti indeksi			Hastalıktan korunma indeksi			Sağlığın iyileştirilmesi indeksi		
		Median (Q1-Q3)	Test	p	Median (Q1-Q3)	Test	p	Median (Q1-Q3)	Test	p	Median (Q1-Q3)	Test	p
Cinsiyet	Kadın	32.62(12.06-48.94)	41046.5 ^a	.058	35.41(10.42-50)	36979.	<.001	40(26.67-43.33)	4281	.260	28.12(11.46-50)	38658 ^a	.003
	Erkek	33.68(8.16-47.16)			38.54(12.50-50)	5 ^a		34.44(24.44-47.78)	4 ^a		30.20(9.38-48.96)		
Eğitim durumu	Okuryazar ⁽¹⁾	26.24(8.16-39.72)	151.782 ^b	<.001	28.12(10.42-40.63)	185.56	<.001	26.66(2.22-43.33)	89.24	<.001	21.87(9.38-50)	138.22	<.001
	İlkokul ⁽²⁾	32.44(14.89-48.58)			35.41(16.67-50)			34.44(11.11-50)			27.08(11.46-46.88)		
	Ortaokul ⁽³⁾	35.46(13.83-48.94)			38.54(13.54-50)			34.44(14.44-47.78)			33.33(13.54-48.96)		
	Lise ⁽⁴⁾	40.42(29.43-48.58)			43.75(33.33-50)			41.11(24.44-48.89)			35.41(22.92-48.96)		
	Üniversite ⁽⁵⁾	41.84(33.69-47.87)			44.79(35.42-50)			41.11(32.22-48.89)			38.54(27.08-48.96)		
p^x		(1-2)(1-3)(1-4)(1-5) (2-4)(2-5)<.001 (2-3=.007) (3-5=.016)			(1-2)(1-3)(1-4)(1-5)(2-3) (2-4)(2-5) <.001 (3-4=.043) (3-5=.048)			(1-2)(1-3)(1-4)(1-5) (2-4)(2-5) <.001 (3-5=.005)			(1-2)(1-3)(1-4)(1-5)(2-3) (2-4)(2-5) <.001		
Medeni durum	Bekar	30.31(24.82-35.10)	35600.5 ^a	<.001	33.33(13.54-50)	32847.	<.001	31.11(7.78-50)	3952	.002	26.04(12.50-50)	36667.	<.001
	Evli	33.68(28.72-38.29)			37.50(10.42-50)	5 ^a		34.44(2.22-48.89)	4.5 ^a		29.16(9.38-48.96)	5 ^a	
Çalışma durumu	Evet	36.34(18.44-46.81)	8546 ^a	.001	40.10(28.3-50)	7859.5	<.001	35.55(11.11-47.78)	1074	.131	33.33(15.63-48.96)	7956.5	<.001
	Hayır	32.62(8.16-48.94)			36.45(10.42-50)			33.33(2.22-50)	8 ^a		28.12(9.38-50)		
Gelir durumu	Gelir giderden az ⁽¹⁾	29.43(25.08-34.21)	113.324 ^b	<.001	33.85(12.50-45.83)	88.385	<.001	27.78(2.22-48.89)	115.0	<.001	26.56(9.38-46.88)	86.587	<.001
	Gelir giderden denk ⁽²⁾	31.20(26.24-36.17)			35.41(10.42-48.96)			31.11(7.78-50)	51 ^b		27.08(11.46-50)		
	Gelir giderden fazla ⁽³⁾	37.58(34.39-42.55)			40.62(25-50)			40(22.22-48.89)			34.37(17.71-48.96)		
p^x		3-1<.001			(1-3<.001) (2-3<.001)			(1-3<.001) (2-3<.001)			(1-3<.001) (2-3<.001)		

^aMan Whitney u test; ^bKruskal-Wallis H Testi; ^xPairwisecomparisons test

Tablo 6. Hastaların Tıbbi Özelliklerine Göre SOYA-AB-Q47 İndeks Puan Ortalamalarının Dağılımı

Değişkenler	Genel sağlık indeksi				Sağlık hizmeti indeksi			Hastalıktan korunma indeksi			Sağlığın iyileştirilmesi indeksi		
	Ort±sd/ Median (Q1-Q3)	Test	p		Median (Q1-Q3)	Test	p	Median (Q1-Q3)	Test	p	Median (Q1-Q3)	Test	p
Kronik Hastalık Sayısı	Yok (0)	34.39(14.89-48.94)	4.111 ^b	.128	38.54(16.67-50)	7.294 ^b	.026	34.44(13.33-48.89)	2.284 ^b	.319	31.25(11.46-50)	3.153	.207
	1 tane (1)	32.26(14.54-47.16)			35.41(13.54-48.96)			33.33(7.78-48.89)			28.12(13.54-46.88)	^b	
	2 tane (2)	33.33(8.16-48.58)			36.45(12.50-50)			34.44(2.22-50)			28.12(9.38-46.88)		
	3 ve daha fazla (3)	30.49(12.06-43.97)			33.33(10.42-48.96)			32.22(12.22-47.78)			26.04(13.54-40.63)		
p^x	-				(3-0<.001)(1-0=.001)(2-0=.009)			-			-		
T2DM tanı süresi	1-5 yıl (1)	33.95±7.14	6.429 ^c	<.001	37.50(12.50-50)	14.746 ^b	.002	35.55(8.89-48.89)	11.618 ^b	.009	31.25(12.50-47.92)	28.16	<.001
	6-10 yıl (2)	32.64±7.00			36.45(12.50-50)			34.44(2.22-48.89)			29.16(9.38-48.96)	5 ^b	
	11-15 yıl (3)	33.36±7.13			37.50(10.42-50)			35.55(12.22-47.78)			29.68(13.54-50)		
	16 yıl ve üzeri (4)	31.01±7.18			35.41(13.54-50)			31.11(10-50)			26.04(12.50-48.96)		
p^x	(4-1<.001)(3-4=.046)				(4-1=.002)			4-1=.008			4-1<.001)(4-2=.190)(4-3=.012)		
T2DM hakkında sağlık çalışanlarından eğitim alma	Evet	33.33(28.28-37.94)	10.201 ^a	.001	36.45(12.50-50)	32441.5 ^a	.003	34.44(7.78-50)	30459 ^a	<.001	29.16(11.46-48.96)	3378	.019
	Hayır	31.20(24.82-36.96)			34.37(10.42-47.92)			30.55(2.22-48.89)			27.08(9.38-50)	7 ^a	
T2DM hakkında başka kaynaklardan yararlanma ^c	Evet	34.04(8.16-48.94)	26053 ^a	<.001	37.50(12.50-50)	29425 ^a	<.001	35.55(2.22-48.89)	24162 ^a	<.001	29.16(9.38-48.96)	2884	<.001
	Hayır	28.90(12.06-44.33)			33.33(10.42-45.83)			27.78(8.89-50)			23.95(11.46-50)	9 ^a	
İnsülin	Evet	31.88±7.28	2.703 ^d	.007	36.45(10.42-50)	53832.5 ^a	.025	33.33(2.22-50)	53404.5	.016	27.08(9.38-50)	5299	.011
	Hayır	33.36±6.99			36.45(13.54-50)			34.44(7.78-48.89)	^a		30.20(13.54-48.96)	8 ^a	
OAD	Evet	33.33(12.06-48.94)	33044 ^a	.068	36.45(13.54-50)	33404 ^a	.098	34.44(7.78-48.89)	33023 ^a	.066	29.16(11.46-50)	3359	.118
	Hayır	31.56(8.16-48.58)			35.41(10.42-50)			31.11(2.22-50)			27.08(9.38-47.92)	2 ^a	

<İnternet, televizyon, gazete, kitap, dergi, broşür; ^aMan Whitney u Testi; ^bKruskal-Wallis H Testi; ^cOneWay Anova Testi; ^dIndependent Sample T Test; ^xPairwise Comparisons Test

Tartışma

Araştırmada genel sağlık okuryazarlığı puan ortalaması 35.76 ± 7.20 , sağlık hizmeti indeksi puan ortalaması 33.04 ± 8.58 , hastalıktan korunma indeksi puan ortalaması 28.74 ± 7.82 , sağlığın iyileştirilmesi indeksi puan ortalaması 32.50 ± 7.20 belirlenerek, hastaların genel ve sağlık hizmeti SOY düzeyinin yeterli, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi SOY düzeyinin sorunlu-sınırlı olduğu belirlendi. Araştırmamızda hastaların T2DM takip ve tedavisi için sağlık kuruluşlarına sıklıkla başvurduğu ve bu süreçte sağlık uzmanları ile etkileşimde bulunarak sağlık hizmetlerinden sık yararlandığı göz önünde bulundurulduğunda bu sonucun olağan olduğu düşünülmektedir. Aynı ölçme aracı kullanılarak sağlıklı bireylerle yapılan çalışmalarda; ülkemizde genel, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi SOY düzeylerinin sınırlı/sorunlu olduğu, Avrupa Birliği ülkelerinde ise sadece sağlığın iyileştirilmesi SOY düzeyinin sınırlı/sorunlu olduğu belirtilmektedir (18, 20). Yapılan bir araştırmada 65-83 yaş arası bireylerin %64.1'inin SOY düzeyinin yetersiz, %26.4'ünün ise problemlili olduğu saptanmıştır (21). Esen ve ark., (2018) T1DM'si olan 106 hastanın %10.4'ünün yetersiz, %54.7'sinin problemlili, %20.8'inin yeterli ve %14.2'sinin ise mükemmel SOY düzeyine sahip olduğunu belirtirken (22); T2DM'li bireylerin %63 (n = 68)'ünün sağlık okuryazarlığının lise düzeyinde olduğu, bu durumun araştırmanın yapıldığı yerin sosyal yapısı ile ilişkili olabileceği bildirilmiştir (23). Yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde sağlıklı bireylerin ve DM hastalarının SOY düzeyinin; kullanılan ölçme aracına, sosyodemografik ve tıbbi özelliklere göre farklılıklar gösterdiği söylenebilir.

Araştırmada T2DM hastalarında yaş arttıkça genel sağlık, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi SOY düzeyi düşmektedir. DM hastalarıyla yapılan bir çalışmada yaş arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyinin azaldığı bildirilirken (24); kronik hastalığı olan bireylerin SOY düzeyinin yaş gruplarına göre farklı olduğu, 60 yaş üzeri bireylerde SOY düzeyinin anlamlı düzeyde düştüğü belirtilmiştir (25). Ülkemizde sağlıklı bireylerle yapılan çalışmalarda ise genç yaş grubunda sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olduğu, yaş arttıkça sağlık okuryazarlığının düştüğü bildirilmiştir (18, 21, 26). Bu sonuçlara göre ileri yaş sağlık okuryazarlığı düzeyini olumsuz yönde etkileyen bir faktördür.

Araştırmada eğitim seviyesi arttıkça genel sağlık, sağlık hizmeti, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi SOY düzeyi yükselmektedir. Yapılan çalışmalarda eğitim düzeyi ile SOY arasında doğrusal bir ilişkinin olduğu vurgulanmaktadır (12, 18, 20, 21). Bireylerin eğitim düzeyleri arttıkça sağlıkla ilgili bilgilere daha kolay ulaşabildiği, ulaştığı bilgiyi daha rahat anlayıp analiz edebildiği saptanmıştır.

Araştırma kapsamında gelir getiren bir işte çalışan ve geliri giderinden fazla olan hastaların genel SOY düzeyi daha yüksektir. Başka bir araştırmada ekonomik durum kötüleştiğinde SOY düzeyinin azaldığı belirtilirken (18), Sorensen vd. (2015) maddi sıkıntısı olmayanların SOY düzeyinin daha yüksek olduğunu bildirmiştir (20). Araştırma sonucumuzun literatürle benzer olduğu, bireylerin gelir durumlarının artması ile SOY düzeyinin de yükseldiği, sağlık ile ilgili çeşitli kaynaklara daha kolay ulaştığı görülmektedir.

Beden kitle indeksi sınıflandırmasına göre genel SOY düzeyi en yüksek zayıf bireylerde, en düşük 3.derece obezlerde iken, tıbbi beslenme tedavisini kalori hesabını bilerek uygulayanların kalori hesabını bilmeyerek uygulayanlara göre SOY puan ortalamasının yüksek olduğu saptanmıştır. Speirs et al., (2012) ise SOY düzeyi düşük olanların beslenme düzenine dikkat etmedikleri, SOY düzeyi yüksek olanların ise yağlı besinleri nadiren tükettiklerini belirtmiştir (27). Başka bir çalışmada da SOY düzeyi yetersiz olanların tüketilen besinlerin miktarını ayarlayamadıkları saptanmıştır (28). Türkiye Beden Ağırlığı Algısı Araştırması (2012)'na göre okuryazar olmayanların %32.3'ü, üniversite mezunlarının ise %10.3'ü obez kategorisinde yer almaktadır (29). Bu sonuçlar değerlendirildiğinde SOY ve eğitim düzeyi düşük olan bireylerin beslenme düzenine ve kalori miktarına dikkat etmedikleri söylenebilir.

Çalışmamızda T2DM dışında başka kronik hastalığı olanların olmayanlara göre genel, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi SOY düzeyinde fark yok iken; sağlık hizmeti SOY düzeyinin sadece T2DM'si olan bireylerde yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum sadece T2DM'si olan hastaların diğerlerine göre sağlık hizmetlerini bilme ve erişme noktasında daha fazla bilgili olduklarını göstermektedir. Başka bir çalışmada ise kronik sağlık sorunu olanların olmayanlara göre SOY düzeyi düşük iken (20); Sezer (2012) herhangi bir hastalığı olmayan bireylerin hastalığı olanlara göre SOY düzeyinin daha yüksek olduğunu belirtmiştir (26). Uğurlu ve Akgün (2019)'ün çalışmasında ise sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak değerlendiren hastaların SOY puanının daha düşük olduğu saptanmıştır (30). Literatürde düşük SOY düzeyi ile fiziksel ve psikolojik sağlık arasında bir ilişki olduğu, SOY yüksek olan bireylerin fiziksel ve psikolojik iyilik halinin de daha yüksek olduğu belirtilmektedir (31).

Araştırmamızda T2DM tanı süresi 16 yıl ve üzeri olanların 1-5 yıl olanlara göre genel sağlık, sağlık hizmetleri, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi SOY düzeyinin düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan bir çalışmada T2DM tanı süresi ile SOY düzeyi arasında bir ilişkinin olmadığı belirtilirken (22); başka bir çalışmada hastalık puanı T2DM tanı süresi 11-20 yıl olan grupta en yüksektir (32). Çalışmamızda T2DM hakkında dergi, gazete, broşür, internet gibi çeşitli kaynaklardan ve sağlık çalışanlarından bilgi alan hastaların bu konuda herhangi bir girişimde bulunmayanlara göre genel sağlık ve alt boyut puan ortalamaları yüksektir. Uğurlu ve Akgün (2019) okuma düzeylerini kötü ve çok kötü olarak belirten hastaların SOY düzeyinin daha düşük olduğunu bildirmiştir (30). Tözün ve Sözmén (2014) ise 'sağlık okuryazarlığı düzeyi yüksek olan bireylerin sağlığın korunması ve sürdürülmesinin sadece sağlık profesyonellerinin sorumluluğunda olmadığını, ayrıca kendilerinin de bu konuda sorumluluklarının olduğunu ve bilgileri kolaylıkla anlayabilmeleri gerektiğini bilirler' şeklinde belirtmiştir (33).

Araştırmada T2DM tedavisinde insülin kullanan hastaların sağlık okuryazarlığı ortalama puanları insülin kullanmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Bu durum hem sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerin tedavi protokolünde insülinin daha fazla yer aldığını, hem de tedaviye uyum sürecinin aksadığını gösterir. Yapılan çalışmalarda bu durumu destekler niteliktedir (34, 35).

Literatür bilgisi ile araştırma sonuçlarımızın benzer olduğu, sosyodemografik/tıbbi faktörlerin SOY düzeyini önemli ölçüde etkilediği, SOY düzeyi yüksek olan T2DM hastalarının kendi sağlığı ve hastalığı hakkında çeşitli kaynaklardan bilgi edinen ve uygulayan bireyler olduğu düşünülmüştür.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın yalnızca bir merkezde yürütülmesi ve hastaların çoğunluğunun kadın olması %75.4 (n = 528) araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Tip 2 Diabetes mellitus; hasta ve hasta yakınlarında içinde bulunduğu interdisipliner bir ekip anlayışıyla etkili izlem, tedavi, bakım ve eğitim programları ile komplikasyonların önlenilebileceği, yaşam kalitesinde artışın sağlanabileceği bir hastalıktır. Hastalığın yönetiminde yaşam boyu sürecek eğitim ve verilen eğitimin etkililiğini arttıran/azaltan önemli bir faktör olan sağlık okuryazarlığı düzeyi değerlendirilmelidir. Bu araştırmadan elde edilen sonuçlara göre diyabet eğitim hemşirelerinin ileri yaş grubu, düşük eğitim düzeyi, geliri giderinden az, 3. derece obez, bekar, T2DM beraberinde kronik hastalığı olan ve insülin kullanan hastaların SOY düzeyinin daha düşük olduğunu dolayısıyla bu kişilerin sağlıkla ilişkili bilgilere erişimi, bilgileri anlama ve yorumlama, uygulamalarının istendik düzeyde olmayacağı göz önünde bulundurularak diyabet ilişkili eğitimlerini planlamalarında yarar vardır. Bu şekilde yapılan eğitimlerin etkinliğinin artacağı, hastaların kendi tedavi süreçlerinde daha aktif yer alacakları düşünülmektedir. Araştırmamıza yalnızca T2DM hastaları dahil edildi. İleride bu konu ile ilgili planlanacak olan araştırmalara T1DM hastaları ile hasta yakınlarının da dahil edilmesinin konuya katkı sağlayacağı önerilmektedir.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı beyanı şöyledir: fikir/kavram AÖ, GÖ; tasarım AÖ, GÖ; denetleme/danışmanlık AÖ; veri toplama ve işleme GÖ; analiz ve yorum AÖ, GÖ; kaynak taraması AÖ, GÖ; makalenin yazımı AÖ, GÖ; araştırmanın bütçesi; proje desteği. Araştırmayı yöneten araştırmacılar arasında herhangi bir çıkar çatışması mevcut değildir. Yapmış olduğumuz bu çalışma ilgili üniversitenin Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) tarafından "2018_42A130" proje numarası ile maddi yönden desteklenmiştir. Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 26.09.2018 tarihli ve 25403353-050.99-E.99004 onay numarası ile izin alınmıştır.

Kaynaklar

1. Simonds SK. Health education as social policy. Health Education Monographs, 1974;2(1):1-10
2. Yılmaz M, Tiraki Z. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl ölçülür? DEUHFED [online]. URL: 2016;9(4): 142-147. <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/752999> 11 Ocak 2021
3. Kendir Çopurlar C, Kartal M. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli? TJFM&PC 2016;10(1):42-47.
4. World Health Organization. Division of health promotion, education and communications health education and health promotion unit. Health Promotion Glossary. 1998; World Health Organization, Geneva.
5. T.C. Sağlık Bakanlığı. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü 2011; URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64546/978;jsessionid=24B168533918E5DB18231D3B9544DB41?sequence=3> hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin karşılaştırılması. DEUHYO e-Dergi 2018;11(4):263-273
6. Hudson S, Rikard RV, Staiculescu I, Edison K. Improving health and the bottom line: the case for health literacy. ResearchGate 2017; URL: <https://www.researchgate.net/publication/321134470>. 29 Mayıs 2019
7. Ceyhan YŞ, Ünsal A. Farklı kronik hastalığı olan bireylerin öz-etkililik düzeylerinin karşılaştırılması. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2018;11(4):263-273
8. Yakar B, Gömleksiz M, Pirinççi E. Bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran hastaların sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve etkileyen faktörler. Euras J Fam Med 2019;8(1):27-35
9. International Diabetes Federation (2017). Diabetes Atlas Eighth Edition. Erişim Adresi: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas.html> Erişim Tarihi: 11.05.2019
10. Cavanaugh KL. Health literacy in diabetes care: Explanation, evidence and equipment. Diabetes Manag (Lond). 2011; 1(2):191-199.
11. Sarkar U, Fisher L, Schillinger D. Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? Diabetes Care 2006;29(4):823-829.
12. Abdullah A, Liew SM, Selim H, Ng CJ, Chinna K. Prevalence of Limited health literacy among patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review. PLoS One 2019;14(5):1-16
13. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. The health literacy of America's adults: Results from the 2003 national assessment of adult literacy (NCES 2006-483). Research Gate 2006; URL: <https://www.researchgate.net/publication/260081983>. 01 Ağustos 2019
14. Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. J Gen Intern Med 2006;21(8):878-883.
15. Von Wagner C, Knight K, Steptoe A, Wardle J. Functional health literacy and health promoting behaviour in a national sample of British adults. J Epidemiol Community Health 2007;61(12):1086-1090
16. Beauchamp A, Buchbinder R, Dodson S, Batterham RW, Elsworth GR, McPhee C, et al. Distribution of health literacy strengths and weaknesses across socio-demographic groups: a cross-sectional survey using the health literacy questionnaire (HLQ). BMC Public Health 2015;15:678

Araştırma

17. Sorensen K, Broucke SV, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health* 2013;13(948):1-10.
18. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready N, Çakır B, Akalın HE. Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması sonuç raporu. Sağlık-Sen Yayınları. Ankara, 2014
19. Erdoğan S, Nahcivan N, Esin MN, Seçginli S, Coşansu G. Hemşirelikte Araştırma: Süreç, uygulama ve kritik. 3. Baskı. In Semra Erdoğan, Nursen Nahcivan, M. Nihal Esin (Ed), Nobel Tıp Kitabevleri 2017, İstanbul
20. Sorensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015;25(6):1053-1058.
21. Okyay P, Abacıgil F. (Ed.) Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016.
22. Esen İ, Demirci H, Güçlü M, Aktürk Esen S, Şimşek EE. The relationship between health literacy, diabetic control, and disease-specific complications in patients with type 1 diabetes mellitus. *South. Clin. Ist. Euras* 2018;29(3):151-156
23. Özonuk E, Yılmaz M. Tip 2 diabetes mellitus tanılı hastaların sağlık okuryazarlığı ve tedavi uyumu arasındaki ilişki. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2019;16(2):96-103.
24. Hashempour L. Sağlık ve diyabet okuryazarlığı: Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri örneği. Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, Türkiye. 2018.
25. Çiftçi Kİ. Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık bakım hizmetinin belirlenmesi. T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Erzurum, Türkiye. 2015.
26. Sezer A. Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul, Türkiye. 2012.
27. Speirs KE, Messina LA, Munger AL, Grutzmacher SK. Health literacy and nutrition behaviours among low-income adults. *J Health Care Poor Underserved* 2012;23(3):1082-91.
28. Huizinga MM, Carlisle AJ, Cavanaugh KL, Davis DL, Gregory RP, Schlundt DG, et al. Literacy, numeracy, and portion-size estimation skills. *Am J Prev Med* 2009;36(4):324-328.
29. Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. Türkiye beden ağırlığı algısı araştırması. Ankara. 2012. URL: https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/bedenagir_tr.pdf 08 Temmuz 2019.
30. Uğurlu Z, Akgün HS. Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019; 12(1): 96-106.
31. Tokuda Y, Doba N, Butler JP, Paasche-Orlow MK. ‘‘Health literacy and physical and psychological wellbeing in japanese adults’’ *Patient Educ Couns* 2009;75(3):411-417.
32. Bozyer İ, Baybek H, Eksen M, Türkcan Düzöz G, Yavaş S. Muğla Devlet Hastanesi ve Sosyal Sigortalar Kurumu Muğla Hastanesi dahiliye kliniklerinde yatan diabetli hastaların ayak bakımına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2004: 1-8.
33. Tözün M, Sözmen MK. Halk sağlığı bakışı ile sağlık okuryazarlığı. *Smyrna Tıp Dergisi* 2014;48-54.
34. Osborn CY, Cavanaugh K, Wallston KA, Kripalani S, Elasy T, Rothman RL, et al. Health literacy explains racial disparities in diabetes medication adherence. *J Health Commun* 2011;16(3):268-78.
35. Bauer AM, Parker MM, Schillinger D, Katon W, Adler N, Adams AS, et al. Associations between antidepressant adherence and shared decisionmaking, patient-provider trust, and communication among adults with diabetes: Diabetes study of northern California (DISTANCE). *J Gen Intern Med* 2014;29(8):1139-47.

Kısaltmalar

- DM: Diabetes Mellitus
- T1DM: Tip 1 Diabetes Mellitus
- T2DM: Tip 2 Diabetes Mellitus
- SOY: Sağlık Okuryazarlığı
- SOYA-AB-Q47: Sağlık Okuryazarlığı Avrupa Birliği Anketi
- DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü
- OAD: Oral Antidiyabetikler

Ekler

Ek-1: Birey Tanıtım Formu

1. Yaşınız:

- 1) 18-27 yaş 2) 28-37 yaş 3) 38-47 yaş 4) 48-57 yaş 5) 58-67 yaş
 6) 68 yaş üzeri

2. Cinsiyetiniz: 1) Kadın 2) Erkek

3. Boyunuz:cm **Kilonuz:**kg

BKİ (Araştırmacı tarafından hesaplanacaktır):kg/m²

4. Eğitim durumunuz: 1) Okur-yazar 2) İlkokul 3) Orta okul 4) Lise 5) Üniversite

5. Medeni durumunuz: 1) Bekâr 2) Evli

6. Mesleğiniz: 1) Memur 2) İşçi 3) Emekli 4) Serbest Meslek 5) Diğer.....

7. Sosyal güvenceniz: 1) Yok 2) SGK 3) Diğer.....

8. Şu an çalışma durumunuz: 1) Evet 2) Hayır

9. Gelir durumunuz: 1) Gelir giderden az 2) Gelir gidere denk 3) Gelir giderden fazla

10. Alışkanlıklarınız:

Sigara Kullanımı: 1) Günde 1-10 adet 2) Günde 11-20 adet 3) Günde 1 paketten fazla 4) Kullanmıyorum

Alkol Kullanımı: 1) Günde 1 kadeh 2) Günde 2 kadeh 3) Kullanmıyorum.

Diğer alışkanlıklar:

11. Başka bir kronik hastalığınız var mı?

1) Hipertansiyon 2) Kronik böbrek hastalığı 3) Kalp ve damar hastalığı 4) Kronik solunum yolu hastalığı 5) Diğer.....

12. Kaç yıldır Diabetes mellitus (DM) hastasıdır?

- 1) 1-5 yıl arası 2) 6-10 yıl arası 3) 11-15 yıl arası 4) 15 yıl ve üzeri

13. Diabetes mellitusa yönelik sağlık çalışanlarından eğitim aldınız mı?

Evet (hekim/hemşire/diyetisyenden.....dakika eğitim) aldım.

Hayır

14. Diabetes mellitusa yönelik başka kaynaklardan (internet, kitap, gazete vb) eğitim aldınız mı?

Evet(.....)

Hayır

15. Diabetes mellitus tedavisi için hekiminiz tarafından önerilen ilaç, beslenme, egzersiz programınız belirtiniz.

İnsülin tedavisi:.....

Oral antidiyabetik ilaçlar:.....

Beslenme tedavisi: 1) 1500-1700 kcal/gün 2) 1700-2000 kcal/gün 3) Bilmiyorum.

Egzersiz programı:hafif/hafif-orta/orta/ileriyoğunlukta egzersiz.

16. Hastalığınızın takibinde kullanılan laboratuvar tetkiklerinin isimlerini biliyor musunuz?

Evet

Hayır

17. Aşağıda belirtilen laboratuvar sonuçlarınızı yazınız. (Araştırmacı tarafından hastanın protokol numarası ile sistemden doldurulacaktır.)

Açlık kan şekeri:

Tokluk kan şekeri:

HbA1c düzeyi:

HDL:

LDL:

Trigliserit:

Ek-2: Sağlık Okuryazarlığı Anketi-Avrupa Birliği Ölçeği (SOYA-AB-Q47)

Şimdi size bazı sorular soracağım ve çok kolaydan çok zora uzanan bir ölçekte bu sorduklarımın sizin için ne kadar kolay ya da zor olduğunu söylemenizi isteyeceğim.						
HLS-EU matriksi ile ilişkisi	Çok kolaydan çok zora uzanan bir ölçekte, aşağıdakilerin ne kadar kolay olduğunu söylersiniz?	Çok zor	Zor	Kolay	Çok kolay	Bilmiyor
Sağlık hizmeti/ bilgiye ulaşma	S1.1. Sizi ilgilendiren hastalıkların belirtileri hakkında bilgi bulmak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiye ulaşma	S1.2. Sizi ilgilendiren hastalıkların tedavileri hakkında bilgi bulmak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiye ulaşma	S1.3. Tıbbi bir acil durum sırasında ne yapılacağı bilgisine ulaşmak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiye ulaşma	S1.4. Hasta olduğunuzda nereden profesyonel yardım alacağımız bilgisine ulaşmak (yönlendirme: doktor, eczacı, psikolog gibi)	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi anlama	S1.5. Doktorunuzun size ne söylediğini anlamak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi anlama	S1.6. İlacımızla birlikte gelen prospektüsleri anlamak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi anlama	S1.7. Tıbbi bir acil durumda ne yapacağımızı anlamak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi anlama	S1.8. Reçete edilen bir ilacın nasıl kullanılacağına dair doktor ya da eczacınızın tarifini anlamak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi değerlendirme	S1.9. Doktorunuzdan gelen bilgiyi nasıl uygulayacağımızı değerlendirmek	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi değerlendirme	S1.10. Değişik tedavi şekillerinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirmek	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi değerlendirme	S1.11. İkinci bir doktordan fikir almanın ne zaman gerekebileceğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi değerlendirme	S1.12. Medyada hastalık hakkındaki bilginin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi uygulama	S1.13. Doktorunuzun verdiği bilgileri hastalığınız hakkında karar vermede kullanmak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi uygulama	S1.14. İlaç üzerindeki talimatları uygulamak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi uygulama	S1.15. Acil durumda ambulans çağırmak	1	2	3	4	5
Sağlık hizmeti/ bilgiyi uygulama	S1.16. Doktor ya da eczacınızın talimatlarını yerine getirmek	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiye ulaşma	S1.17. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi sağlıksız davranışlarla nasıl başa çıkılabileceği konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiye ulaşma	S1.18. Stres ve depresyon gibi akıl sağlığı sorunlarının tedavisi konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiye ulaşma	S1.19. Sizin için yapılması gereken aşılama ve tarama testleri konusunda bilgi bulmak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiye ulaşma	S1.20. Fazla kilolu olmak, yüksek tansiyon ve yüksek kolesterol seviyeleri gibi durumlardan korunma ve bunların tedavisi konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5

Hastalıktan korunma/ bilgiyi anlama	S1.21. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarını anlamak	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi anlama	S1.22. Aşılarla neden ihtiyacınız olduğunu anlamak	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi anlama	S1.23. Neden sağlık taramalarına ihtiyacınız olduğunu anlamak (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi anlama	S1.24. Sigara içmek, düşük fiziksel aktivite ve aşırı alkol almak gibi davranışlar konusundaki sağlık uyarılarının güvenilirliğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi değerlendirme	S1.25. Doktora genel bir kontrol muayenesi için ne zaman gitmeniz gerektiğini değerlendirmek	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi değerlendirme	S1.26. Hangi aşılarla ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi değerlendirme	S1.27. Hangi tarama testlerine ihtiyacınız olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: meme muayenesi, kan şekeri testi, tansiyon)	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi değerlendirme	S1.28. Medyada sağlık riskleri konusundaki bilgilerin güvenilirliğini değerlendirmek (Yönlendirme: TV, internet veya diğer medya organları)	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi uygulama	S1.29. Grip aşısı olmanız gerekip gerekmediğine karar vermek	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi uygulama	S1.30. Aile ya da arkadaşlarınızdan aldığımız tavsiyeler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek	1	2	3	4	5
Hastalıktan korunma/ bilgiyi uygulama	S1.31. Medyadaki bilgiler doğrultusunda hastalıklardan kendinizi nasıl koruyabileceğinize karar vermek (Yönlendirme: gazeteler, broşürler, internet veya diğer medya organları)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiye ulaşma	S1.32. Egzersiz, sağlıklı gıda ve beslenme gibi sağlıklı davranışlar konusunda bilgi bulmak	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiye ulaşma	S1.33. Akıl sağlığımız için iyi olan aktiviteler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: egzersiz, yürüyüş, pilates, vb)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiye ulaşma	S1.34. Çevrenizin nasıl daha sağlıklı olabileceği hakkında bilgi bulmak (Yönlendirme: gürültü ve kirliliğin azaltılması, yeşil alanlar yaratmak, boş zaman aktiviteleri)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiye ulaşma	S1.35. Sağlığı etkileyebilecek politik değişiklikler konusunda bilgiye ulaşmak (Yönlendirme: yönetmelik, yeni sağlık tarama programları, hükümet değişikliği, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiye ulaşma	S1.36. İşinizde sağlığımızı iyileştirecek çabalar konusunda bilgiye ulaşmak	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi anlama	S1.37. Ailenizin ya da arkadaşlarımızın sağlık konusundaki tavsiyelerini anlamak	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi anlama	S1.38. Gıda paketlerinin üzerindeki bilgileri anlamak	1	2	3	4	5

Araştırma

Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi anlama	S1.39. Medyada daha sağlıklı olmak üzerine verilen bilgileri anlamak (Yönlendirme: internet, gazeteler, dergiler)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi anlama	S1.40. Zihninizi nasıl daha sağlıklı tutabileceğiniz üzerine verilen bilgileri anlamak	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi değerlendirme	S1.41. Nerede yaşadığınızın sağlığınız ve iyi halinizi nasıl etkilediğini değerlendirmek (Yönlendirme: içinde bulunduğunuz topluluk, yaşadığınız çevre)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi değerlendirme	S1.42. Ev koşullarınızın sağlıklı kalmanıza nasıl yardımcı olduğunu değerlendirmek	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi değerlendirme	S1.43. Hangi düzenli günlük davranışınızın sağlığınıza ilgili olduğunu değerlendirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi uygulama	S1.44. Sağlığınızı iyileştirecek kararlar vermek	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi uygulama	S1.45. İstediginizde bir spor kulübü ya da egzersiz grubuna/sınıfına katılmak	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi uygulama	S1.46. Sağlık ve iyiliğinize etki eden yaşam koşullarınızı değiştirmek (Yönlendirme: yeme ve içme alışkanlıkları, egzersiz, vb.)	1	2	3	4	5
Sağlığın iyileştirilmesi/ bilgiyi uygulama	S1.47. Ait olduğunuz toplulukta sağlığı iyileştirici aktivitelere katılmak	1	2	3	4	5

Gebelerin Obstetrik Tehlike Belirtileri Hakkındaki Farkındalık Durumları

Fulya GÖKDEMİR* Tülay YILMAZ** Hüsnüye DİNÇ KAYA*** Sevda KORKUT ÖKSÜZ****

Öz

Giriş: Obstetrik tehlike belirtilerini erken fark eden gebeler, sağlık kuruluşuna daha hızlı başvurarak hem kendilerinin hem de fetüsün hayatının kurtarılmasına katkıda bulunurlar. **Amaç:** Araştırma, gebe kadınların obstetrik tehlike belirtileri hakkındaki farkındalıklarını ve bununla ilişkili faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır. **Yöntem:** Kesitsel türdeki çalışmanın verileri, Nisan- Eylül 2018 tarihleri arasında anket formu ile toplanmıştır. Örneklem, ikinci basamak bir hastaneye başvuran 350 gebeden oluşmaktadır. Veriler, SPSS 21.0 istatistik programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler ve ki-kare analizi ile değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Yaş ortalaması 29.57 ± 4.7 olan gebelerin %59.7'si multigravidadır. Gebelerin "tehlike belirtisidir" biçiminde işaretlediği ilk 10 belirti; kasılma ya da bayılma nöbeti geçirme (%88.6), bilinç/şuur kaybı (%88.3), üreme organlarından kan gelmesi/kanama (%86.9), tansiyonun yükselmesi (%82.3), ateşin yükselmesi (%81.1), üreme organlarında yara, uçuk, siğil, kaşıntı ya da kötü kokulu akıntı olması (%78.3), bebek hareketlerinin eskiye oranla azalması (%78), nefes darlığı çekilmesi/morarma (%75.7), idrar yaparken ağrı ya da yanma (%71.1) ve görmede değişiklik (%69.4) idi. Gebelerin sosyodemografik ve obstetrik özellikleri ile incelenen konuda eğitim alma durumları, "tehlike belirtisi" olarak nitelendirdikleri bazı semptomlarla ilişkilidir. **Sonuç:** Gebelerin, antenatal bakım alma oranları yeterlidir. Obstetrik tehlike belirtileri konusundaki farkındalıkları istendik düzeyde değildir ve bazı alanlarda eğitime ihtiyaçları vardır. Yapılacak eğitimlerde, gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır. **Anahtar Sözcükler:** Ebe, Hemşire, Gebelik, Obstetrik, Tehlike Belirtisi.

Abstract

The Awareness Status of Pregnant Women about Obstetric Danger Signs

Background: Pregnant women who notice signs of obstetric danger at an early stage contribute to saving lives of both themselves and fetus by applying to health facility more quickly. **Objectives:** Present study was carried out to determine awareness of pregnant women about danger signs which might occur during pregnancy and related factors. **Methods:** Data of cross-sectional study were collected by use of a survey between April – September 2018. Sample included 350 pregnant women applying a secondary health institution. Data were analyzed by descriptive statistics and chi-square analysis using SPSS 21.0 statistical program. **Results:** Average age of participants was 29.57 ± 4.7 and 59.7% of them were multigravida. First 10 symptoms marked as "danger sign" by pregnant women were respectively having contraction or fainting strokes (88.6%), loss of consciousness (88.3%), bleeding from the reproductive organs (86.9%), hypertension (82.3%), fever (81.1%), wound, herpes, wart, pruritus or foul smelling discharge in genitals (78.3%), decrease in frequency of baby movements (78.0%), shortness of breath/ cyanosis (75.7%), ache or irritancy while urinating (71.1%), and changes in vision (69.4%). Sociodemographic and obstetric characteristics and education on obstetric danger symptoms were related with symptoms that pregnant women defined as danger signs. **Conclusions:** While pregnant women's rates of receiving antenatal care were sufficient, their awareness of in terms of danger signs during pregnancy was not at desired levels and they needed to training in some areas. While presenting these trainings, it is recommended to consider socio-demographic and characteristics of pregnant women.

Key Words: Danger Sign, Midwife, Nurse, Pregnancy, Obstetrics.

Geliş tarihi: 17.03.2020

Kabul tarihi: 24.12.2020

Obstetrik komplikasyonlar, gelişmekte olan ülkelerde yaşayan kadınların en önemli ölüm ve sakatlık nedenleri arasındadır (1-3). Dünya genelinde her gün 830 kadın gebelik, doğum ya da doğum sonu dönemde meydana gelen komplikasyonlar nedeni ile yaşamını yitirmektedir (4,5). Dünya Sağlık Örgütü tarafından bildirilen global anne ölüm oranı, 2015 yılı itibarı ile 100.000 canlı doğumda 216'dır (4). Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü verileri, anne ölüm oranının 2018 yılı itibarı ile 100.000 canlı doğumda 13.6 olduğunu göstermektedir (6). Anne ölümleri, sıklıkla önlenebilir nedenlerle meydana gelmektedir (4).

Gebelik aslında fizyolojik bir süreçtir ve çoğu kadın tarafından komplikasyonsuz geçirilmektedir (7). Ancak gebelerin %15'inde acil müdahale gerektiren bazı komplikasyonların geliştiği ve tüm gebelerin, çeşitli obstetrik komplikasyonlar açısından risk altında olduğu bilinmektedir (1-3,8). Bu komplikasyonlar; gebelik, doğum ya da lohusalık sürecinde oluşabilirler ve genellikle önceden tahmin edilemezler (1,9-11). Ancak obstetrik komplikasyonların pek çoğu, olay ortaya çıkmadan önce çeşitli sinyaller vermektedir (7). Vajinal kanama, hipertansiyon, solunum güçlüğü, şiddetli bulantı/kusma, karın ağrısı, ödem, şiddetli baş ağrısı, görme bulanıklığı, yüksek ateş, amniyon sıvısının gelmesi, dizüri, oligüri, anüri, fetal hareketlerde değişiklik, günlük işlerini yapamama, konvülsiyon, bilinç kaybı, nedeni açıklanamayan cilt kaşıntısı gibi belirtiler obstetrik tehlike belirtileri (OTB) arasında gösterilmektedir (2,7,12-14).

Gebelerin, OTB konusunda bilgilendirilmelerinin, anne ve fetüsün sağlığını korumada hayati öneme sahip olduğu belirtilmektedir (2,15,16). Yapılan çalışmalar, OTB konusunda eğitilen gebelerin bu belirtileri daha iyi tanıdıklarını ve sağlık kuruluşuna daha hızlı başvurarak hem kendilerinin hem de fetüsün hayatının kurtarılmasına katkıda bulduklarını göstermektedir (2,3,8,9,15,17,18). OTB'ni yeterince bilmeyen gebelerin ise herhangi bir komplikasyonla karşılaştıklarında, tıbbi yardım almak için karar verme süreçlerinin uzadığı ve yaşanan gecikmeler nedeniyle yaşamsal risklerinin arttığı saptan-

*Öğr. Gör., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı İstanbul, Türkiye/ Artvin Çoruh Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Artvin, Türkiye E-mail: fulya08_tr@artvin.edu.tr ORCID ID: 0000-0002-6089-3862 ** Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye E-mail: tyilmaz@istanbul.edu.tr ORCID ID: 0000-0002-3706-3844 *** Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul, Türkiye E-mail: husniyedinc@hotmail.com ORCID ID: 0000-0002-8461-643X **** Arş. Gör., İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye/ Ahi Evran Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kırşehir, Türkiye E-mail: korkutsevda@hotmail.com ORCID ID: 0000-0003-0927-5206

Araştırma

miştir (1,2). Dolayısıyla bilgilendirme, gebenin bir sağlık kuruluşunda bakım aramaya başlamasında ve müdahalelerin daha erken dönemde başlatılmasında kritik bir öneme sahiptir. Bu nedenle tüm gebelerin OTB konusunda bilgilendirilmesi önemlidir (17,19,20).

Sağlık Bakanlığı'nın 2018 yılında yayınladığı Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberinde gebelerin her antenatal izlemde, OTB açısından değerlendirilmesi ve bilgilendirilmesi önerilmektedir (14). Ancak Türkiye'de yapılan çalışmalarda gebelerin antenatal izlem sayıları yeterli olmasına rağmen OTB konusunda bilgilendirilme oranlarının düşük olduğu tespit edilmiştir (15,21). Bununla birlikte Türkiye'de gebelerin, OTB konusundaki farkındalığını inceleyen araştırma sayısı sınırlıdır (15,21,22). Ebelerin ve hemşirelerin; bu alanda üzerine düşen sorumlulukları alması, gebelerin OTB konusundaki farkındalığını değerlendirerek arttırması gerekmektedir (12,22). Bu araştırmanın amacı da gebelerin, gebelik sürecinde ortaya çıkabilecek OTB hakkındaki farkındalıklarını ve bununla ilişkili faktörleri belirlemektir. Araştırmada "Gebelerin, OTB konusundaki farkındalık durumları nasıldır?" ve "Gebelerin OTB konusundaki farkındalık durumları ile sosyo-demografik ve obstetrik özellikler arasında ilişki var mıdır?" sorularına yanıt aranmıştır.

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Araştırma, kesitsel niteliktedir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma, Türkiye'nin kuzeydoğusundaki bir ilde Nisan- Eylül 2018 tarihleri arasında ikinci basamak bir hastanede yürütülmüştür. Hastanedeki, kadın doğum hekimi sayısı bir-üç kişi arasında değişmektedir. Hekimler, kendi günlerinde gebe ve jinekoloji poliklinik hizmeti sunmaktadır. Ayrıca her poliklinikte bir ebe çalışmaktadır. Hastanenin kayıt sistemi kuruma başvuran gebe sayısını belirlemek için yetersizdir.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihlerde hastaneye başvuran tüm gebeler oluşturmuştur. Örneklem büyüklüğü evreni bilinmeyen örneklem formülü $[n = (1.962) * (0.34 * 0.66) / (0.052)]$ ile 344 kişi olarak hesaplanmıştır. Gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılarak, çalışmaya katılmayı kabul eden 350 gebe ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırma için G-Power 3.1 istatistik programı ile post-hoc güç analizi yapılmıştır. Tek grupta Ki-kare testi için 0.30 orta etki büyüklüğünde ve 0.05 anlamlılık düzeyinde, %0.997 güce ulaşıldığı belirlenmiştir. Araştırmaya 18 yaşından büyük, okuma yazma bilen, iletişim kurabilen gönüllü gebeler dahil edilmiştir. Örneklem alınma kriterlerine uymayanlar, sağlık personeli olanlar, adli vakalar, ektopik gebelik şüphesi olanlar ve anket formunu eksik dolduranlar araştırmadan dışlanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Veriler, araştırmacılar tarafından literatür (2,3,9,14,15,18,22-25) doğrultusunda hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Bu form için Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği alanında iki öğretim üyesinden ve çalışmanın yürütüleceği kurumun kadın doğum polikliniğinde 15 yılı aşkın süredir görev yapan bir ebeden uzman görüşü alınmıştır. Anket formu üç bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk bölümünde gebelerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik 14 soru yer almaktadır. İkinci bölümünde gebelerin obstetrik özelliklerini belirlemeye yönelik 11 soru yer almaktadır. Son bölümünde ise gebelerin OTB konusundaki obstetrik tehlike belirtileri konusundaki farkındalıklarını değerlendirmeye yönelik 41 soru yer almaktadır. Bu sorulardan 31 tanesi gebelikte tehlikeli olan (örneğin; üreme organlarından kan gelmesi/ kanama, gece birden fazla sayıda idrara çıkma, idrar yaparken ağrı ya da yanma, ateşin yükselmesi, nefes darlığı çekilmesi/ morarma, şiddetli baş ağrısı, görmede değişiklik, aşırı bulantı ve kusma vb.) belirtilerdir. Diğer maddeler (10 tane) ise gebelik sürecinde görülebilecek ve sıklıkla normal olarak kabul edilen (midede hafif yanma/ekşime, saç dökülmesi, yüzde çillenme, aşırma, karın cildinde koyulaşma ve/veya çatlama, memeden 4. aydan sonra az miktarda süt gelmesi, doğuma yakın zamanda kanla karışık sümüksü bir akıntının gelmesi, kabızlık, memelerde dolgunluk ve hassasiyet, bacaklarda kramp) belirtilerdir. Ankette OTB bölümü katılımcıların kendileri için uygun olan kutucuğu işaretleyebilmeleri için "normal bir belirtidir", "tehlike işaretidir" ve "bilmiyorum/emim değilim" seçenekleri olacak şekilde hazırlanmıştır.

Verilerin Toplanması

Veriler, Nisan-Eylül 2018 tarihleri arasında haftada bir-üç gün hastaneye gidilerek yüz yüze görüşme ile toplanmıştır. Veri toplama günleri belirlenirken gebelerin hastaneye başvuru sıklığı, kurumdaki poliklinik ve ameliyat günleri, kadın doğum hekimlerinin izinli olduğu günler ve araştırmacının müsait olduğu günler dikkate alınmıştır. Gebeler, bilgilendirilmiş ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olanlardan yazılı onam alındıktan sonra anket formları uygulanmıştır. Katılımcıların anketleri doldurması 15-20 dakika sürmüştür. Anketi bitiren gebeler, bilemedikleri ya da emin olmadıkları OTB konusunda bilgilendirilmiştir.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişken: Gebelerin obstetrik tehlike belirtileri hakkındaki farkındalık durumları.

Bağımsız değişken: Gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, bilgisayar ortamında istatistik paket programı (Statistical Package for the Social Sciences for Windows SPSS 21.0) ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerden elde edilen sonuçlar ortalama, sayı ve yüzde olarak sunulmuştur. Karşılaştırmalar için Ki-Kare Bağımsızlık Testi kullanılmıştır ve istatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için bir devlet üniversitesinin Etik Kurulundan (14.03.2018 tarih ve E.4646 sayı) ve İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı izin (28.03.2018 tarih ve 96812711) alınmıştır. Araştırmada Helsinki Deklerasyonu ilkelerine uyulmuştur. Gebeler, araştırma hakkında bilgilendirilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırmanın sonuçları, İl Sağlık Müdürlüğü tarafından değerlendirilmiş ve yayınlanması uygun bulunmuştur (30.04.2019 tarih ve 96812711-604-02 sayı).

Bulgular**Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özellikler**

Araştırma 350 gebe ile tamamlandı. Gebelerin yaş ortalaması 29.57 ± 4.7 ve eşlerinin 32.99 ± 5.38 idi. Gebelerin %42.9'u ve eşlerinin %41.2'si üniversite ve üzeri eğitime sahipti. Gebelerin %32.6'sı, eşlerinin ise %96.9'u çalışıyordu. Gebelerin %8.6'sının akraba evliliği yaptığı, %57.4'ünün ilde yaşadığı, %82.9'unun çekirdek aileye sahip olduğu ve %20.3'ünün tanı konmuş bir hastalığının olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Gebelerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n = 350)

Özellikler	n	%	
Eğitim Durumu	İlkokul	33	9.4
	Ortaokul	61	17.4
	Lise	106	30.3
	Üniversite ve Üzeri	150	42.9
Gebenin Eşinin Eğitim Durumu	İlkokul	26	7.4
	Ortaokul	50	14.3
	Lise	130	37.1
	Üniversite ve Üzeri	144	41.2
Gebenin Çalışma Durumu	Çalışıyor	114	32.6
	Çalışmıyor	236	67.4
Gebenin Eşinin Çalışma Durumu	Çalışıyor	339	96.9
	Çalışmıyor	11	3.1
Gebe ve Eşinin Akrabalık Durumu	Var	30	8.6
	Yok	320	91.4
Aile Tipi	Çekirdek Aile	290	82.9
	Geniş Aile	60	17.1
Tanı Konmuş Hastalık Durumu	Var	71	20.3
	Yok	279	79.7
Toplam	350	100	

Gebelerin obstetrik özellikleri değerlendirildiğinde; ortalama gebelik sayısının 2.06 ± 1.19 (1-9), doğum sayısının 0.74 ± 0.82 (0-5), yaşayan çocuk sayısının 0.71 ± 0.81 (0-5), düşük ve kürtaj sayısının 0.31 ± 0.65 (0-4), ölü doğum sayısının 0.028 ± 0.16 (0-1) olduğu saptandı. Gebelerin %59.7'si multigravida ve %48.9'u 33-40 gestasyon haftasında idi. Katılımcıların %81.7'si gebelik kontrolleri için hastaneye başvurduğunu, %75.7'si isteyerek ve planlayarak gebe kaldığını, %97.7'si eşinin de gebeliği istediğini, %33.7'si gebelik öncesi kontrole gittiğini belirtti. Gebeler ortalama 7.98 ± 4.10 (1-30) kez antenatal bakım almıştı. Katılımcıların %33.1'i bu gebeliğinde, multigravidaların ise %53.1'i önceki gebeliğinde sağlık problemi yaşadığını belirtti. Gebelerin tamamı kadın doğum hekiminden, %20.9'u ayrıca ebe ya da hemşireden de antenatal bakım almıştı. Gebelerin sadece %24'ü OTB konusunda eğitim aldığını belirtti (Tablo 2). Doktordan eğitim alma oranı %46.25, ebeden/hemşireden eğitim alma oranı %31.25 ve diğer kaynaklardan (aile, arkadaş, komşu, internet, kitap vb.) bilgi edinme oranı ise %22.5 olarak belirlendi.

Tablo 2. Gebelerin Obstetrik Özellikleri (n = 350)

Özellikler		n	%
Daha Önce Gebe Kalma Durumu	Primigravida	141	40.3
	Multigravida	209	59.7
Gebelik Haftası	14 ve altı	48	13.7
	15-24	44	12.6
	25-32	77	22
	33-40	171	48.9
	41 ve üstü	10	2.8
Hastaneye Başvurma Nedeni	Çeşitli Şikâyetleri Olduğu İçin	24	6.9
	Gebelik Kontrolleri İçin	286	81.7
	Doktor Hastanede Yatması Gerektiğini Söylediği İçin	26	7.4
	Diğer (EMR, İkili Tarama, Rapor, Miad Aşımı, Tahlil Sonucunu Gösterme)	14	4.0
Kadının Gebeliği İsteme ve Planlama Durumu	İsteyerek ve Planlayarak Gebe Kaldım	265	75.7
	İsteyerek Gebe Kaldım ancak Planladığım Zaman Değildi	37	10.6
	İstemeyerek/Kazara Gebe Kaldım ve Halen İstemiyorum	15	4.3
	RİA+Gebelik ve Halen İstemiyorum	1	0.3
	İstemeyerek Gebe Kaldım ama Artık İstiyorum	32	9.1
Kadının Eşinin Gebeliği İsteme Durumu	İstiyor	342	97.7
	İstemiyor	5	1.4
	Kararsız	3	0.9
Gebe Kalmadan Önce Doktora Gitme Durumu	Evet Gitti	118	33.7
	Hayır Gitmedi	232	66.3
Bu Gebelikte Sağlık Problemi / Gebelik Yakınması Yaşama Durumu	Evet Yaşadı	116	33.1
	Hayır Yaşamadı	234	66.9
Önceki Gebelikte Sağlık Problemi / Gebelik Yakınması Yaşama Durumu (n=209)	Evet Yaşadı	111	53.1
	Hayır Yaşamadı	98	46.9
Bu Gebelikteki Antenatal Bakım Sayısı	1-3 kez	48	13.7
	4 kez ve üzeri	302	86.3
Bu Gebeliğinde Antenatal Bakımı Kimden Aldı*	Kadın Doğum Doktoru	350	100
	Ebe/Hemşire	73	20.9
Gebelikte Tehlike Belirtileri Konusunda Eğitimi Alma Durumu	Eğitim Aldı	65	24.0
	Eğitim Almadı	285	76.0

*Birden fazla cevap alınmıştır.

Gebelerin Obstetrik Tehlike Belirtileri Hakkındaki Farkındalık Durumu

Gebeler tarafından “tehlike belirtisidir” olarak işaretlenen ilk 10 OTB’nin; kasılma ya da bayılma nöbeti geçirme (%88.6), bilinç/şuur kaybı (%88.3), üreme organlarından kan gelmesi/kanama (%86.9), tansiyonun yükselmesi (%82.3), ateşin yükselmesi (38°C ve daha fazla) (%81.1), üreme organlarında yara, uçuk, siğil, kaşıntı ya da kötü kokulu akıntı olması (%78.3), bebek hareketlerinin eskiye oranla azalması (%78), nefes darlığı çekilmesi/morarma (%75.7), idrar yaparken ağrı ya da yanma (%71.1) ve görmeye değişiklik (çift görme, bulanık görme, lekeli görme vb.) (%69.4) olarak saptanmıştır (Tablo 3). Gebelerin daha az oranda farkında oldukları OTB ise yüz, el, parmak, karın, bacak, ayak vb. bölgelerde şişlik (%23.7), sırtta/belde ağrı (%12.3), bebek hareketlerinin her zamankine kıyasla artması (%11.7), kendini aşırı yorgun ve uykulu hissetme (%8) ve gece birden fazla sayıda idrara çıkma (%8.3) olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Gebelik döneminde ortaya çıktığında tehlikeli bir duruma işaret etmeyip çoğu zaman normal olarak değerlendirilen; bazı yiyeceklerin daha fazla istenmesi (%98.6), midede hafif yanma/ekşime (%94.3), memelerde dolgunluk ve hassasiyet (%94.3), karın cildinde koyulaşma ve/veya çatlama (%92), yüzde çillenme (%86) belirtilerini gebelerin çoğunlukla “normal bir belirtidir” biçiminde işaretlediği saptandı. Bacaklarda kramp (%76.3), kabızlık (%66), saç dökülmesi (%58.3), memeden 4. aydan sonra az miktarda süt gelmesi (%53.4) belirtileri gebelerin yarısından fazlası tarafından “normal bir belirtidir” şeklinde işaretlenmiş idi. Doğuma yakın zamanda kanla karışık sümüksü bir akıntının gelmesi (%47.1) belirtisini gebelerin yarıya yakını “normal bir belirtidir” biçiminde işaretlemişti (Tablo 3).

Tablo 3. Gebelerin Obstetrik Tehlike Belirtileri ile İlgili Farkındalık Durumları (n = 350)

BELİRTİLER	Normal Bir Belirtidir		Tehlike Belirtisidir		Bilmiyorum/ Emin Değilim	
	n	%	n	%	n	%
1. Midede hafif yanma/ekşime*	330	94.3	7	2	13	3.7
2. Üreme organlarından kan gelmesi/ kanama	22	6.3	304	86.9	24	6.8
3. Gece birden fazla sayıda idrara çıkma	301	86	29	8.3	20	5.7
4. İdrar yaparken ağrı ya da yanma	62	17.7	249	71.1	39	11.2
5. Saç dökülmesi*	204	58.3	70	20	76	21.7
6. Ateşin yükselmesi (38°C ve daha fazla)	20	5.7	284	81.1	46	13.2
7. Nefes darlığı çekilmesi/morarma	45	12.9	265	75.7	40	11.4
8. Şiddetli baş ağrısı	73	20.9	197	56.3	80	22.8
9. Aşırı bulantı ve kusma	215	61.4	95	27.1	40	11.5
10. Yüzde çillenme*	301	86	3	0.9	46	13.1
11. Bazı yiyeceklerin daha fazla istenmesi (aşırma)*	345	98.6	5	1.4	0	0
12. Sık sık baş dönmesi	161	46	140	40.0	49	14
13. Karında ağrı, sancı veya sertleşme	142	40.6	160	45.7	48	13.7
14. Sırtta/belde ağrı	286	81.7	43	12.3	21	6
15. Yüz, el, parmak, karın, bacak, ayak vb. bölgelerde şişlik	235	67.1	83	23.7	32	9.2
16. Karın cildinde koyulaşma ve/veya çatlama*	322	92	10	2.9	18	5.1
17. Görmede değişiklik (çift görme, bulanık görme, lekeli görme vb.)	39	11.1	243	69.4	68	19.5
18. Bebek hareketlerinin her zamankine kıyasla artması	237	67.7	41	11.7	72	20.6
19. Bebek hareketlerinin eskiye oranla azalması	40	11.4	273	78	37	10.6
20. Memeden 4. aydan sonra az miktarda süt gelmesi*	187	53.4	50	14.3	113	32.3
21. Doğum sancıları başlamadan önce bebeğin suyunun gelmesi	167	47.7	138	39.4	45	12.9
22. Üreme organlarında yara, uçuk, siğil, kaşıntı ya da kötü kokulu akıntı olması	36	10.3	274	78.3	40	11.4
23. Üreme organlarında varis olması	50	14.3	214	61.1	86	24.6
24. Doğuma yakın zamanda kanla karışık sümüksü bir akıntının gelmesi*	165	47.1	106	30.3	79	22.6
25. Tansiyonun yükselmesi	46	13.1	288	82.3	16	4.6
26. Kasılma ya da bayılma nöbeti geçirme	17	4.9	310	88.6	23	6.5
27. Cilt renginde solukluk ve halsizlik	181	51.7	105	30	64	18.3
28. Kendini aşırı yorgun ve uykulu hissetme	305	87.1	28	8	17	4.9
29. Günlük hafif işler esnasında (merdiven çıkma vb.) kalp çarpıntısı	209	59.7	101	28.9	40	11.4
30. Kabızlık*	231	66	69	19.7	50	14.3
31. Ciltte/deride hafif çarpma ile ya da kendiliğinden morarma	81	23.1	189	54	80	22.9
32. Bilinç/şuur kaybı	8	2.3	309	88.3	33	9.4
33. Memelerde dolgunluk ve hassasiyet*	330	94.3	7	2	13	3.7
34. Toprak, kil vb. maddeler yeme	51	14.6	200	57.1	99	28.3
35. Ciltte ve/veya göz akalarında sararma	50	14.3	203	58	97	27.7
36. Uzamış öksürük ve balgam	46	13.1	212	60.6	92	26.3
37. Bacaklarda kramp*	267	76.3	41	11.7	42	12
38. Karının normalden az ya da fazla büyümesi	168	48	44	12.6	138	39.4
39. Geceleri el ayası ve ayak tabanında kaşıntı	168	48	44	12.6	138	39.4
40. Kendini sık sık mutsuz, üzgün, çökkün, değersiz ve ölüme yakın hissetme	153	43.7	141	40.3	56	16
41. Bir günde toplam yarım kilodan az idrar yapma	53	15.1	191	54.6	106	30.3

* Gebelikte ortaya çıktığında tehlikeli bir duruma işaret etmeyip, çoğu zaman normal olarak değerlendirilen gebelik yakınmalarını ifade eder.

Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında ilişkiler Ki-Kare Bağımsızlık Testi ile incelendiğinde gebelerin; sosyo-demografik özellikleri (yaş, eğitim, yaşanılan yer, çalışma durumu, tanı konulmuş hastalık, eşin eğitimi vb.), obstetrik özellikleri (parite, trimester, antenatal bakım sayısı, mevcut gebelikte sağlık problemi yaşama vb.) ve OTB konusunda eğitim alma ile OTB farkındalıkları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu belirlendi ($p < 0.05$). Bu bulgular aşağıda özetlendir ve Tablo 4'te gösterildi.

Tablo 4. Daha Önce Gebe Kalma Durumu ve Tehlike Belirtileri Konusunda Eğitimi Alma Durumunun Gebelerin Farkındalık Durumuna Etkisi

BELİRTİLER		Daha Önce Gebe Kalma Durumu		Test		Tehlike Belirtileri Konusunda Eğitimi Alma Durumu		Test	
		Multigravida	Primigravida	X ²	p	Eğitim aldı	Eğitim almadı	X ²	p
Üreme organlarından kan gelmesi/ kanama	Normal Bir Belirtidir	14	8	.250	.882				*
	Tehlike Belirtisidir	180	124						
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	15	9						
Gece birden fazla sayıda idrara çıkma	Normal Bir Belirtidir	174	127	5.085	0.79	57	244	1.084	.582
	Tehlike Belirtisidir	23	6						
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	12	8						
İdrar yaparken ağrı ya da yanma	Normal Bir Belirtidir	39	23	.822	.663	12	50	.302	.860
	Tehlike Belirtisidir	149	100						
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	21	18						
Ateşin yükselmesi (38°C ve daha fazla)	Normal Bir Belirtidir	12	8	3.132	.209	6	14	2.658	.265
	Tehlike Belirtisidir	175	109						
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	22	24						
Nefes darlığı çekilmesi/morarma	Normal Bir Belirtidir	26	19	1.157	.561	10	35	2.420	.298
	Tehlike Belirtisidir	162	103						
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	21	19						
Şiddetli baş ağrısı	Normal Bir Belirtidir	40	33	6.597	0.37	16	57	1.837	.399
	Tehlike Belirtisidir	129	68						
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	40	40						
Aşırı bulantı ve kusma	Normal Bir Belirtidir	133	82	4.082	.130	38	177	4.055	.132
	Tehlike Belirtisidir	58	37						
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	18	22						
Sık sık baş dönmesi	Normal Bir Belirtidir	98	63	1.049	.592	34	127	1.279	.528
	Tehlike Belirtisidir	85	55						
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	26	23						
Karında ağrı, sancı veya sertleşme	Normal Bir Belirtidir	79	63	2.667	.264	33	109	3.786	.151
	Tehlike Belirtisidir	103	57						
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	27	21						
Sırtta/belde ağrı	Normal Bir Belirtidir	163	123	5.167	.076	59	227	4.381	.112
	Tehlike Belirtisidir	32	11						
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	14	7						
Yüz, el, parmak, karın, bacak, ayak vb. bölgelerde şişlik	Normal Bir Belirtidir	134	101	2.292	.318	48	187	1.779	.411
	Tehlike Belirtisidir	55	28						
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	20	12						
Görmeye değişiklik (çift görme, bulanık görme, lekeli görme vb.)	Normal Bir Belirtidir	21	18	.975	.614	8	31	.864	.649
	Tehlike Belirtisidir	149	94						
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	39	29						

Tablo 4. Daha Önce Gebe Kalma Durumu ve Tehlike Belirtileri Konusunda Eğitimi Alma Durumunun Gebelerin Farkındalık Durumuna Etkisi (Devamı)

BELİRTİLER		Daha Önce Gebe Kalma Durumu		Test		Tehlike Belirtileri Konusunda Eğitimi Alma Durumu		Test	
		Multigravida	Primigravida	X ²	p	Eğitim aldı	Eğitim almadı	X ²	p
Bebek hareketlerinin her zamankine kıyasla artması	Normal Bir Belirtidir	146	91	5.296	.071	50	187	3.175	.204
	Tehlike Belirtisidir	28	13			6	35		
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	35	37			9	63		
Bebek hareketlerinin eskiye oranla azalması	Normal Bir Belirtidir	24	16	2.126	.345	11	29	6.391	.041
	Tehlike Belirtisidir	167	106			52	221		
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	18	19			2	35		
Doğum sancıları başlamadan önce bebeğin suyunun gelmesi	Normal Bir Belirtidir	101	66	1.628	.443	31	136	2.201	.333
	Tehlike Belirtisidir	85	53			29	109		
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	23	22			5	40		
Üreme organlarında yara, uçuk, siğil, kaşıntı ya da kötü kokulu akıntı olması	Normal Bir Belirtidir	20	16	3.358	.187	7	29	1.101	.577
	Tehlike Belirtisidir	170	104			53	221		
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	19	21			5	35		
Üreme organlarında varis olması	Normal Bir Belirtidir	34	16	1.667	.435	15	35	7.062	.029
	Tehlike Belirtisidir	125	89			40	174		
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	50	36			10	76		
Tansiyonun yükselmesi	Normal Bir Belirtidir	24	22	3.306	.191	14	32	6.166	.046
	Tehlike Belirtisidir	178	110			50	238		
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	7	9			1	15		
Kasılma ya da bayılma nöbeti geçirme	Normal Bir Belirtidir	6	11	6.201	.045			*	
	Tehlike Belirtisidir	192	118						
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	11	12						
Cilt renginde solukluk ve halsizlik	Normal Bir Belirtidir	97	84	6.051	.049	38	143	1.705	.426
	Tehlike Belirtisidir	71	34			18	87		
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	41	23			9	55		
Kendini aşırı yorgun ve uyukulu hissetme	Normal Bir Belirtidir	173	132	8.975	.011	55	250	.486	.784
	Tehlike Belirtisidir	23	5			6	22		
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	13	4			4	13		
Günlük hafif işler esnasında (merdiven çıkma vb.) kalp çarpıntısı	Normal Bir Belirtidir	122	87	.403	.818	38	171	.467	.792
	Tehlike Belirtisidir	62	39			18	83		
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	25	15			9	31		
Ciltte/deride hafif çarpma ile ya da kendiliğinden morarma	Normal Bir Belirtidir	49	32	.052	.974	18	63	1.041	.594
	Tehlike Belirtisidir	113	76			34	155		
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	47	33			13	67		
Bilinç/şuur kaybı	Normal Bir Belirtidir			*		3	6	.225	.894
	Tehlike Belirtisidir					57	252		
	Bilmiyorum/ Emin Değilim					6	27		

Tablo 4. Daha Önce Gebe Kalma Durumu ve Tehlike Belirtileri Konusunda Eğitimi Alma Durumunun Gebelerin Farkındalık Durumuna Etkisi (Devamı)

BELİRTİLER		Daha Önce Gebe Kalma Durumu		Test		Tehlike Belirtileri Konusunda Eğitimi Alma Durumu		Test	
		Multigravida	Primigravida	X ²	p	Eğitim aldı	Eğitim almadı	X ²	p
Toprak, kil vb. maddeler yeme	Normal Bir Belirtidir	27	24	2.278	.320	7	44	4.771	.092
	Tehlike Belirtisidir	126	74						
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	56	43						
Ciltte ve/veya göz aklarında sararma	Normal Bir Belirtidir	30	20	1.508	.470	9	41	.985	.611
	Tehlike Belirtisidir	126	77						
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	53	44						
Uzamış öksürük ve balgam	Normal Bir Belirtidir	29	17	17.827	.001	6	40	1.910	.385
	Tehlike Belirtisidir	142	70						
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	38	54						
Karının normalden az ya da fazla büyümesi	Normal Bir Belirtidir	131	85	.553	.759	43	173	2.880	.237
	Tehlike Belirtisidir	43	28						
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	35	28						
Geceleri el ayası ve ayak tabanında kaşıntı	Normal Bir Belirtidir	98	70	1.504	.471	34	134	1.043	.594
	Tehlike Belirtisidir	30	14						
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	81	57						
Kendini sık sık mutsuz, üzgün, çökkün, değersiz ve ölüme yakın hissetme	Normal Bir Belirtidir	88	65	3.566	.168	28	125	.057	.972
	Tehlike Belirtisidir	92	49						
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	29	27						
Bir günde toplam yarım kilodan az idrar yapma	Normal Bir Belirtidir	35	18	1.551	.461	9	44	4.839	.089
	Tehlike Belirtisidir	109	82						
	Bilmiyorum/ Emin Değilim	65	41						

* Frekans sayısı 5'den küçük olan göz sayısı %20'yi geçtiği için Ki-kare testi (X²) uygulanmadı. İstatistiksel anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edildi. Analize uygun olmayan sorulara tabloda yer verilmedi.

** Doğuma yakın zamanda kanla karışık sümüksü bir akıntının olması; gebenin yaşı ile (p = .038), yaşadığı yer ile (p = .007), gebelik trimesteri ile (p = .001), antenatal bakım sayısı ile (p = .015) tehlike belirtileri konusunda eğitim alma durumu ile (p = .014), istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki gösterdi.

*** Memeden 4. Aydan sonra az miktarda süt gelmesi; gebenin yaşı ile (p = .002), çalışma durumu ile (p = .037), gebelik trimesteri ile (p = .038), paritesi ile (p = 0.14), mevcut gebelikte sağlık problemi yaşama durumu ile (p = .036) istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki gösterdi.

**** Bacak krampları; gebenin yaşı ile (p = .004), gebelik trimesteri ile (p = .004), antenatal bakım sayısı ile (p = .002) istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki gösterdi.

***** Kabızlık; gebenin eğitim seviyesi ile (p = .001), tanılanmış hastalığının olması ile (p = .024), antenatal bakım sayısı ile (p = .006) istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki gösterdi.

***** Saç dökülmesi; gebenin eğitim seviyesi ile (p = .012), çalışma durumu ile (p = .015), tanılanmış hastalığının olması ile (p = .026), antenatal bakım sayısı ile (p = .001) anlamlı bir ilişki gösterdi.

***** Karın cildinde koyulaşma ve/veya çatlama; gebelik trimesteri ile (p = .013), mevcut gebelikte sağlık problemi yaşama durumu ile (p = .006) istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki gösterdi.

Gebenin 30 yaşından küçük ya da büyük olması; uzamış öksürük ve balgam (p = .001), kendini aşırı yorgun ve uykulu hissetme (p = .001), şiddetli baş ağrısı (p = .006), ciltte ve/veya göz akalarında sararma (p = .016), cilt renginde solukluk ve halsizlik (p = .025), sık sık baş dönmesi (p = .040) ve tansiyonun yükselmesi (p = .044) belirtileri farkındalığı ile ilişkili idi. Gebenin eğitim seviyesinin; karında ağrı, sancı veya sertleşme (p = .001), görmeye değişiklik (p = .018), bir günde, toplam yarım kilodan az idrar yapma (p = .020), üreme organlarında yara, uçuk, siğil, kaşıntı ya da kötü kokulu akıntı olması (p = .021), uzamış öksürük ve balgam (p = .027), günlük hafif işler esnasında kalp çarpıntısı (p = .028), idrar yaparken ağrı ya da yanma (p = .029), bebek hareketlerinin her zamankine kıyasla artması (p = .029) belirtileri farkındalığı ile ilişkili idi. Gebenin çalışma durumu; uzamış öksürük ve balgam (p = .001), bilinç/şuur kaybı (p = .004), bebek hareketlerinin her zamankine kıyasla artması (p = .005), ciltte veya göz akalarında sararma (p = .006), tansiyonun yükselmesi (p = .040), kasılma ya da bayılma nöbeti geçirme (p = .040) belirtileri konusundaki farkındalık durumu ile ilişkili idi. Doktor tarafından teşhis edilmiş bir hastalığın varlığı; bebek hareketlerinin her zamankine kıyasla artması (p = .006), geceleri el ayası ve ayak tabanında kaşıntı (p = .017), ve ateş (p = .031) belirtileri farkındalığı ile ilişkili idi. Eşinin eğitim düzeyi uzamış öksürük ve balgam (p = .015), üreme organlarında varis olması (p = .013), görmeye değişiklik (p = .028), üreme organlarında yara, uçuk, siğil, kaşıntı ya da kötü kokulu akıntı olması (p = .046) belirtileri farkındalığı ile ilişkiliydi.

Antenatal bakım sayısının 4 den az veya fazla olması; nefes darlığı çekilmesi/ morarma (p = .001), kendini sık sık mutsuz, üzgün, çökkün, değersiz ve ölüme yakın hissetme (p = .001), ateş (p = .002), günlük hafif işlerde kalp çarpıntısı olması (p = .002), bir günde toplam yarım kilodan az idrar yapma (p = .002), uzamış öksürük ve balgam (p = .004), geceleri el ayası ve ayak tabanında kaşıntı (p = .005), bebek hareketlerinin eskiye oranla azalması (p = .030) belirtileri konusundaki farkındalık durumu ile ilişkiliydi. Mevcut gebelikte sağlık problemi yaşama durumu ise gece bir defadan fazla sayıda idrara çıkma (p = .001), Yüz, el, parmak, karın, bacak, ayak vb. bölgelerde şişlik (p = .019), ciltte ve/veya göz akalarında sararma (p = .049) belirtileri konusundaki farkındalık ile ilişkili idi.

Tartışma

Gebelerin OTB konusundaki farkındalık durumu, bireysel sağlık arama davranışlarının önemli bir belirleyicisidir (8,18,26). Türkiye’de bu konuda yapılmış olan çalışmaların sayısı oldukça sınırlıdır (15,22). Bu çalışmada; ikinci basamak bir hastaneye başvuran gebelerin, gebelikte oluşabilecek OTB hakkındaki farkındalık durumları ve bununla ilişkili faktörler incelenmiştir.

Literatürde gebelerin OTB farkındalığının, çalışmanın tasarımı ve örneklemin özellikleri ile ilişkili olarak değişkenlik gösterdiği görülmektedir (8,16,18). Önceki çalışmalar, gebelerin yaklaşık yarısının ve postpartum dönemdeki kadınların üçte birinin OTB’nin farkında olduğunu göstermiştir (8,20,23). Ancak çalışmaların çoğu gelişmekte olan ülkelerde yapılmıştır. Bu çalışmalarda kadınlara OTB açık uçlu soru şeklinde sorulmuş ve bir-dört arasında değişen OTB’ni sayabilmeleri bu konudaki farkındalık açısından yeterli görülmüştür (9,11,16,17,19,20,23,26) Türkiye’de yüksek riskli gebelerde yapılan bir çalışmada 11 OTB’nin olduğu bir soru listesinden gebelerin yaklaşık dokuzunu doğru olarak bildikleri saptanmıştır (22).

Gebelerin OTB konusundaki farkındalıkları literatürde (8,9,23-25,27) sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri, sağlık deneyimleri, antenatal bakım hizmetlerine erişim gibi faktörler ile ilişkilendirilmiştir. Yaş, eğitim, çalışma, yaşanan yer, gebelik ve doğum sayısı, obstetrik komplikasyon yaşama, sağlık tesisine uzaklık, gebelikte antenatal bakım ve eğitim almanın OTB konusundaki farkındalığın en önemli belirleyicileri olduğu bildirilmiştir (8,12,18,23,24). Nijerya’daki bir çalışmada (25) ise kentte yaşayanların OTB farkındalığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Etiyopya’daki bir çalışmada (11) kentte yaşamının, okur-yazar ve multipar olmanın OTB farkındalığını arttırdığı belirlenmiştir. Etiyopya’da yapılan başka bir çalışmada (20) yaklaşık üç anneden birinin OTB’den en az üç tanesini bildiği ve antenatal bakım almanın farkındalığı arttırdığı saptanmıştır. Tanzanya’daki bir çalışma (9) 31 yaş üstü olan gebelerin farkındalığının arttığı gösterilmiştir. Tanzanya’da yapılan başka bir çalışmada (23) OTB farkındalığının; kadının eğitimi, yaşı, antenatal bakım sayısı, riskli bir gebelik yaşadığı konusunda bilgilendirilme durumu, doğum sayısı ve hastanede doğum yapma ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Papua Yeni Gine’deki bir çalışma (17) ortaokul ve üstü eğitim alan ve OTB konusunda bilgilendirilen kadınların herhangi bir OTB fark etme oranının daha yüksek olduğunu göstermiştir. Yaş, doğum yeri ve antenatal bakım sayısı ile farkındalık arasında ise ilişki tespit edilememiştir. Mısır’daki bir çalışmada (2) eğitim, meslek, obstetrik komplikasyonlarla ilgili önceki deneyimler ve ilk antenatal vizite başlama zamanının farkındalığı etkilediği saptanmıştır. Etiyopya’daki bir çalışmada (24) yaş, çalışma, gebelik sayısı ve partnerin eğitiminin OTB konusundaki farkındalık durumu ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular daha önce yapılan çalışmaları ve mevcut literatürü destekler niteliktedir. Ancak bu çalışmada, diğer çalışmalardan (9,11,16,17,19,20,23) farklı olarak OTB farkındalığı açık uçlu sorularla incelenmemiştir. Bu çalışmada yapılandırılmış bir anket kullanılmış ve gebelik döneminde ortaya çıkabilecek OTB yanı sıra gebelikte genellikle normal olarak kabul edilen bazı belirtiler de sorulmuştur. Böylece gebelerin farklı bir belirti ile karşılaştığında bunu normal ya da tehlikeli olarak değerlendirme veya emin olmama durumu hakkında daha net bilgiler elde edilmeye çalışılmıştır. Ayrıca gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerinin, hangi OTB’si farkındalığı ile ilişkili olduğu da incelenmiştir. Mevcut veriler; antenatal bakım sayısı, eğitim, yaş, çalışma, parite, mevcut gebelikte sağlık problemi yaşamının OTB farkındalığı ile ilişkili olduğunu göstermektedir.

Kasılma ya da bayılma nöbeti geçirme; literatürdeki çalışmalara (2, 9-11,18,22,25,26) kıyasla daha çok gebenin bildiği bir OTB’dir. Bu durum, gebelerin farkındalıklarının, diğer çalışma popülasyonlarına göre daha iyi olduğunun bir göstergesi olabilir. Aradaki fark ise gebelerin daha önceki sağlık deneyimleri, yaşadıkları yer, sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile ilişkili olabilir. Analizler, bulgunun gebelerin pariteleri ve çalışma durumları ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Araştırma, paritenin OTB farkındalığını etkilediğini bildiren önceki çalışma sonuçlarını (10,12) destekler niteliktedir. Bilinç/şuur kaybı belirtisi diğer çalışmalara (11,18,24,25) kıyasla daha çok gebenin farkında olduğu bir OTB’dir. Bu bulgu, gebenin çalışma durumu ile ilişkilidir. Dolayısıyla araştırmanın sonuçları, paritenin (23,24) ve çalışma durumunun (2,8,12,18,20,24) OTB farkındalığını etkilediğini bildiren çalışma sonuçları ile uyumludur. Gebelerin yarısından fazlasının multipar olması ve her üç gebeden birinin çalışıyor olması farkındalığın diğer çalışmalardan fazla olması ile ilişkili olabilir.

Araştırmadaki gebelerin çoğunluğunun farkında olduğu bir OTB'si olan üreme organlarından kan gelmesi/kanama; literatürdeki diğer çalışmalarda (2,9-11,18,22,24,25) da sıklıkla bildirilen bir tehlike işaretidir. Çalışmalarda benzer bulguların elde edilmiş olması, bu belirti açısından gebelerin farkındalığının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu durum kanamanın, global anne ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer alması ve daha fazla oranda duyulmuş olması olasılığı ile ilişkili olabilir (1-6). Nitekim diğer çalışmalardan elde edilen bulgular, bu çalışmanın sonucunu destekler niteliktedir (2,9-11,18,22,24,25). Bununla birlikte bazı çalışmalarda (16,23,26,27) kanama OTB'nin bilinme oranı, oldukça düşüktür. Yapılan bir çalışmada (16) gebelerin bu konudaki farkındalığının düşük olması, antenatal bakım sunan kişilerin ve sağlık tesislerinin özellikleri ile ilişkilendirilmiştir. Papua Yeni Gine'deki bir çalışmada (17) ise antenatal bakımda OTB konusunda bilgilendirilen kadınların kanama belirtisini bilme oranının bilgilendirilmeyen kadınlara kıyasla daha yüksek olduğu saptanmıştır. Dolayısıyla gebelerin farkındalık durumunun birçok faktörden etkilendiği ve planlanacak eğitimlerde örneklem farklılıklarının dikkate alınması gerektiği söylenebilir.

Yürütülen çalışmada tansiyonun yükselmesi, her 10 gebeden sekizinin farkında olduğu OTB arasında yer aldı. Literatürdeki çalışmalarda (2,22-24) ise bu belirti konusundaki farkındalık oranı, oldukça düşüktü. Bu durum araştırmadaki gebelerin, bu konudaki farkındalığının daha yüksek olduğunu bir göstergesi sayılabilir. Bununla birlikte çalışmadaki gebelerin eğitim seviyesi diğer çalışmalara (22-24) kıyasla nispeten yüksektir. Analizlerde gebenin yaşı, çalışma ve eğitim alma durumunun farkındalık ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Ancak örneklemde ikinci ve üçüncü trimesterdeki gebeler çoğunluktadır. Bu nedenle çalışmadaki gebelerin antenatal kontrollerde tansiyon ölçümlerinin yapılması ve hipertansiyona dikkat etmeleri gerektiği konuda sağlık çalışanları tarafından uyarılıyor olma ihtimalleri yüksektir. Sonuçlar yorumlanırken tüm bu durumların göz önünde bulundurulması gerekir. Diğer bir OTB olan görmede değişiklik (çift görme, bulanık görme, lekeli görme vb.), literatürdeki bazı çalışmalardan (2,11,25-27) çok daha fazla oranda gebenin farkında olduğu bir belirtidir. Bu bulgu gebelerin ve eşlerinin eğitim seviyesi ile ilişkilidir. Morhason Bello ve ark. (2016)'nın çalışma sonuçları görmede değişiklik belirtisi açısından çalışmamızın sonucu ile uyumludur. Her iki araştırmadaki kadınların eğitim seviyesinin yüksek olması bu bulgu açısından benzer sonuçların elde edilmesine neden olmuş olabilir.

Ateş yükselmesi konusundaki farkındalık açısından değerlendirildiğinde, yürütülen çalışmanın sonucu ile Morhason Bello ve ark. (2016)'nın (18) çalışma sonucunun uyumlu olduğu görülmektedir. Bu durum çalışma tasarımlarının benzer olması, her iki örneklemdeki gebelerin düzenli olarak antenatal bakım alan, eğitim seviyesi yüksek, yaş ve gebelik haftası açısından benzer olması ile ilişkili olabilir. Literatürdeki diğer çalışmaların (2,9,11,23-27) sonuçları ise ateşin, bu çalışmaya kıyasla daha az oranda gebenin farkında olduğu bir OTB'si olduğunu göstermektedir. Araştırmada ateş yükselmesi farkındalığının, gebelerin antenatal bakım sayıları ve tanılanmış bir hastalıklarının olması ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Vally ve arkadaşlarının çalışmasında (17) ise ateşin gebelerin en fazla oranda farkında oldukları bir OTB olduğu, antenatal eğitim alan ve almayan gruptaki farkındalığın benzer olduğu saptanmıştır. Türkiye'de Altıparmak ve Coşkun (2016)'un (15) yaptıkları bir çalışmada ise ateş yükselmesinin gebeler tarafından en az bilinen OTB olduğu ve antenatal eğitim verildikten sonra gebelerin, belirtiyi bilme oranının arttığı saptanmıştır. Bu sonuç eğitimin, gebelerin OTB konusundaki farkındalığı arttırmada olumlu etkisinin olduğunu bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Farklı popülasyonlardaki gebelerin ateş yükselmesi konudaki farkındalık eksikliklerinin giderilmesi için antenatal eğitimlerin planlanması önerilebilir.

Bebek hareketlerinin eskiye oranla azalması açısından literatürdeki çalışmalara (2,9,11,22,24,25,27) kıyasla araştırmadaki gebelerin farkındalıkları daha yüksektir. Bu durum, gebelerin antenatal bakım sayısı ve OTB konusunda eğitim alma durumu ile ilişkilidir. Ayrıca istemli gebelik sayısının fazla olması, ikinci ve üçüncü trimesterdeki gebelerin çoğunlukta olması bulguyu etkilemiş olabilir. Fakat gebelerin, bebek hareketlerinin her zamankine kıyasla artması konusundaki farkındalıkları düşüktür. Gebenin eğitim, çalışma ve tanılanmış bir hastalığının varlığı elde edilen bulgu ile ilişkilidir. Yapılacak eğitimlerde tüm bu durumların göz önünde bulundurulması önemlidir.

Nefes darlığı çekilmesi/morarma literatürdeki çalışmalara (9,11,25,26) kıyasla çok daha fazla gebenin farkında olduğu bir OTB'si olarak karşımıza çıkmaktadır. Dolayısıyla araştırmadaki gebelerin bu belirti konusundaki farkındalıklarının diğer çalışmalara kıyasla yüksek olduğu söylenebilir. Ancak bu bulgu, gebelerin antenatal bakım sayısı ile ilişkilidir ve çalışmadaki gebelerin antenatal bakım sayıları yüksektir. Ayrıca araştırmadaki her dört gebeden biri, bu OTB'nin farkında değildir. Dolayısıyla gebelerin farkındalığının yüksek olduğu yanılsamasına kapılmamak gerekir. Antenatal bakım için gelen gebelerin bu durumu, kaçırılmış bazı eğitim fırsatlarının olduğunu bir göstergesi de olabilir.

Araştırmada idrar yaparken ağrı ya da yanmanın, Okour ve ark. (2012)'nin (27) yaptıkları çalışma sonucundan yaklaşık 23 kat, El-Nagar ve ark. (2017)'nin (2) çalışma sonucundan yaklaşık 9-10 kat daha fazla oranda farkında olunan bir belirti olduğu görülmüştür. Her dört gebeden yaklaşık üçünün bu bulguyu OTB olarak görmesi çalışmadaki gebelerin farkındalıklarının yüksek olduğunu göstermektedir. Ancak bu bulgu gebelerin eğitim düzeyi ile ilişkilidir ve gebelerin eğitim düzeyi yüksektir. Ayrıca bazı gebelerin farkındalıkları istedik düzeyde değildir. Bu nedenle bu konuda eğitim gereksiniminin olduğu söylenebilir.

Türkiye'de gebelerin en az dört kez antenatal bakım alması, bu kontrollerde OTB konusunda taranması ve bilgilendirilmesi önerilmektedir (14). Araştırmaya katılan gebelerin antenatal bakım sayısı yeterlidir. Ancak çalışmadaki her dört gebeden sadece biri OTB konusunda eğitim aldığı beyan etmiştir. Gebelerin bazı OTB konusundaki farkındalık oranları yüksektir. Bazı OTB açısından ise ele alınması gereken farkındalık eksiklikleri vardır. Örneğin her 10 gebeden sekizi kendini aşırı yorgun ve uykulu hissetmenin, gece birden fazla sayıda idrara çıkmanın, sırtta/belde ağrı olmasının, her 10 gebeden yaklaşık yedisi yüz, el, parmak, karın, ayak vb. bölgelerdeki şişlik olmasının ve bebek hareketlerinin her zamankine kıyasla artmasının normal olduğunu düşünmektedir. Çalışmadaki her 10 gebeden yaklaşık altısı aşırı bulantı/ kusmanın ve günlük hafif işler esnasında çarpıntı olmasının, yaklaşık beşi doğum sancıları başlamadan önce bebeğin suyunun gelmesinin, karının normalden az ya da fazla büyümesinin, cilt renginde solukluk ve halsizlik olmasının, geceleri el ayası ve ayak tabanında kaşıntı olmasının "normal bir belirti" olduğunu bildirmiştir. Benzer şekilde her 10 gebeden dördü karında ağrı, sancı ve sertleşme olmasının, sık sık baş dönmesi yaşamının, kendini sık sık mutsuz, üzgün, çökkün, değersiz ve ölüme yakın hissetmenin "normal bir belirti" olduğunu düşünmektedir. Bununla birlikte gebeler, gebelik döneminde görüldüğünde tehlikeli bir duruma işaret etmeyip çoğu

Araştırma

zaman normal kabul edilen birçok belirtinin farkındadır. Ancak bazı soruları (OTB'den karının normalden az ya da fazla büyümesi, geceleri el ayası ya da ayak tabanında kaşıntı olması, bir günde yarım kilodan az idrar yapmayı ve normal semptomlardan olan gebeliğin dördüncü ayından sonra memeden süt gelmesini) yanıtlarken tereddüt ederek "bilmiyorum/emin değilim" seçeneğini işaretlemiştir. Mısır'daki bir çalışmada (12) OTB konusundaki farkındalık eksikliğinin genç yaş, düşük eğitim seviyesi, paritenin az olması, obstetrik komplikasyonlarla ilgili önceki deneyimler ve antenatal bakım eksikliği ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Mevcut veriler ışığında çalışmadaki gebelerin bazı OTB açısından daha fazla bilgilendirilmiş olabilecekleri, diğer belirtiler konusundaki farkındalıklarının düşük olmasının ise sosyo-demografik ve obstetrik özellikleri ile ilişkili olduğu söylenebilir.

Yürütülen çalışma, gebelerin bazı OTB konusundaki farkındalıklarının düşük olduğunu ve bu alanlarda eğitime ihtiyaç duyduklarını göstermektedir. Antenatal bakım hizmetlerini sunan ebe ve hemşirelerin en önemli sorumluluklarından biri OTB konusunda gebelerin, ailelerin ve toplumun farkındalığını arttırmaktır (2,12,22). Yapılan bir çalışmada (17) sağlık personeli tarafından gebelikteki tehlike belirtileri konusunda bilgilendirilen kadınların herhangi bir OTB fark etme oranının bilgilendirilmeyen kadınlara kıyasla sekiz kat daha fazla olduğu saptanmıştır. Literatürde ayrıca gebelerin bu konudaki farkındalığının artırılması için antenatal bakım hizmetleri ve OTB konusundaki eğitimlere yeterli zaman ayrılması, bu süreçte gebenin, sağlık tesisinin, danışmanların özelliklerinin göz önünde bulundurulması ve mutlaka geri bildirim alınması önerilmektedir (12,16,18). Türkiye'de en az bir kez antenatal bakım alma oranı 2018 yılı itibarı ile %99.5'dir ve bu oran dünya ortalamasından (%92.9) yüksektir (6). Mısır'da ise her dört gebeden birinin antenatal bakım almadığı ve antenatal bakım alan gebelerin sadece üçte birinin OTB konusunda bilgilendirildiği bildirilmiştir (2). Türkiye'deki bir çalışmada (22) yüksek riskli gebelerin yarısından çoğunun gebelikteki OTB konusunda bilgilendirildikleri, bilgilendirmenin çoğunlukla hekim tarafından ve sadece %15'inin ebeler ya da hemşireler tarafından yapıldığı saptanmıştır. Bu çalışmada ise araştırmaya katılan gebelerin yeterli sayıda antenatal bakım hizmeti almalarına rağmen OTB konusundaki bilgilendirilme oranlarının, hemşirelerden ve ebelerden bakım ile eğitim alma oranlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Her iki çalışmadan elde edilen bulgular, gebelerin OTB konusundaki bilgilendirilme oranının düşük olduğunu göstermektedir. Gebelerin, OTB konusunda eğitim alma oranlarının neden düşük olduğu, bu eğitimlerin neden ebelerden ve hemşirelerden alınmadığı, sunulan eğitimlerin sonuçları gibi konulardaki ise daha fazla sayıda araştırma yapılmasına ihtiyaç vardır. Bu nedenle literatürdeki eksikliklerin giderilmesine yönelik yeni araştırmalar yapılması ve antenatal bakım hizmetleri kapsamında her gebenin OTB konusunda eğitilmesinin sağlanması önerilebilir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Gebelerin, obstetrik komplikasyonlarla ilişkili tehlike belirtilerinin farkında olması, bu komplikasyonların tanınmasında önemli bir adımdır ve kadınların acil servise erişmek için uygun önlemleri almasını sağlamaktadır. Yürütülen çalışmada, gebelerin bazı OTB konusundaki farkındalık oranlarının yüksek olduğu ancak diğer OTB açısından ele alınması gereken farkındalık eksikliklerinin olduğu saptanmıştır. Sağlık tesislerinde sağlanan sağlık eğitiminin kalitesini ve gebelerin OTB hakkındaki farkındalığını arttırmak önemlidir. Bu nedenle sağlık kuruluşuna yapılan her başvuru bir fırsat olarak değerlendirmeli ve gebelerin OTB konusundaki farkındalıklarını arttırmak için sürekli çaba sarf edilmelidir. Araştırmanın sonuçları; güvenli annelik ile ilgili sağlık hizmetlerinin planlanmasına, sunulan hizmetlerin kalitesinin artırılmasına ve bu konuda yürütülecek eğitimlerin içeriğinin oluşturulmasına katkıda bulunabilir. Gelecek çalışmalarda ise OTB öğretilmesine yönelik engellerin belirlenmesi, yürütülen çalışmaların etkinliğinin incelenmesi, herhangi bir OTB ile karşılaşan gebelerin, sağlık arama davranışlarının düzeyinin incelenmesi önerilir. Bu konular hakkında derinlemesine bilgi edinmek için kalitatif tasarımlara ve farklı örneklerdeki benzer çalışmalara da odaklanılabilir.

Kısıtlılıklar / Sınırlılıklar

Bu çalışma Türkiye'de ikinci basamak bir sağlık kuruluşuna başvuran gebelerin, OTB konusundaki farkındalık durumunu araştıran ilk çalışmadır. Araştırma kesitsel tipte tasarlandığı ve yürütüldüğü için çalışma sonuçları genellenemez. Araştırmanın tek bir merkezde yürütülmesi, pilot uygulama yapılmaması, açık uçlu bir soru bölümü eklenmemesi, postterm gebelik ve OTB yaşadıklarında nasıl bir yol izleyecekleri hakkında soru sorulmaması ve verilerin kişisel beyana dayanması çalışmanın sınırlılıklarıdır. Ayrıca OTB konusundaki farkındalığın incelendiği araştırmalar genellikle gelişmekte olan ülkelerde yapılmıştır ve bu çalışmalarda kullanılan ölçüm araçları standardize değildir. Örneklemelerin, ölçüm yöntemlerinin, çalışma tasarımlarının ve sonuçların sunumunun farklı olması değişkenler arasındaki nedensel ilişkilerin anlaşılmasını, çalışma sonuçlarının yorumlanmasını ve kıyaslanmasını güçleştirmiştir.

Bilgilendirme

Yazarların araştırmaya katkı oranı beyanları şu şekildedir; Araştırma Fikri: FG, TY; Çalışma Tasarımı: FG, TY, HDK, SKÖ; Literatür Taraması: FG, SKÖ; Veri Toplanması ve/veya İşlemesi: FG; İstatistiksel Analiz ve/veya Yorum: TY, FG; Makale Yazımı: FG, TY, HDK, SKÖ; Denetleme, Eleştirel İnceleme ve Son Kontrolün Yapılması: TY, HDK. Araştırmanın bütçesi yazarlar tarafından karşılanmıştır ve araştırma için herhangi bir finansal destek alınmamıştır. Araştırmacılar arasında çıkar çatışması yoktur. Araştırma için bir devlet üniversitesinin Etik Kurulundan Onay alınmıştır (Karar No: E.4646 Tarih: 14/03/2018).

Teşekkür: Yazarlar, veri toplama sürecinde gösterdikleri destek nedeni ile çalışmanın yapıldığı kuruma ve araştırmaya katılan gebelere teşekkür eder.

Kaynaklar

1. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Acil obstetrik bakım yönetim rehberi 2018. Ankara: Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2018. URL: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28084,acilobstetrikbakimyonetimrehberipdf.pdf?0>. 28 Mart 2019.
2. El-Nagar AE, Ahmed MH, Belal GAES. Knowledge and practices of pregnant women regarding danger signs of obstetric complications. IOSR-JNHS 2017;6(1):30-41.

Araştırma

3. Aydın N, Özçirpici B, Temizer M. Prevalence of pregnancy complications among women aged 15-49 in Oğuzeli, Turkey. *Open J Obstet Gynecol* 2016;6(11):623-630.
4. World Health Organization. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2018. URL: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. 20 Mart 2019.
5. Aygar H, Metintaş S. Bir kalkınma göstergesi olarak anne ölümleri. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi* 2018;3(3):63-70.
6. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018. Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2019. URL: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134.siy2018trpdf.pdf?0>. 13 Mart 2020.
7. Coşkun AM. Doğum öncesi dönem. İçinde: Coşkun AM, Ed. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. 1. Basım. İstanbul Koç Üniversitesi Yayınları; 2012:159-160.
8. Geleto A, Chojenta C, Musa A, Loxton D. Women's knowledge of obstetric danger signs in Ethiopia (WOMEN's KODE): A systematic review and meta-analysis. *Syst Rev* 2019;8(63):1-14.
9. Mwilike B, Nalwadda G, Kagawa M, Malima K, Mselle L, Horiuchi S. Knowledge of danger signs during pregnancy and subsequent healthcare seeking actions among women in Urban Tanzania: A cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2018;18(4):1-8.
10. Ogu RN, Orazulike NC. Reducing maternal mortality: Awareness of danger signs in pregnancy. *AJMAH* 2017;6(1):1-8.
11. Girum T, Shegaze M. Knowledge about obstetric danger signs and associated factors among antenatal care attendants. *IJPHS* 2017;6(1):21-27.
12. Rashad WA, Essa RM. Women's awareness of danger signs of obstetrics complications. *AJS* 2010;6(10):1299-1306.
13. World Health Organization. Quick check, rapid assessment and management of women of childbearing age. In: *Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: A guide for essential practice*. 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2015. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK326678/pdf/Bookshelf_NBK326678.pdf. 15 Şubat 2019.
14. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Doğum öncesi bakım yönetim rehberi 2018. Ankara: Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü; 2018. URL: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/28085.dogumoncesibakimyonetimrehberipdf.pdf?0>. 20 Şubat 2019.
15. Altıparmak S, Coşkun AM. Doğum öncesi verilen eğitimin gebenin bilgi düzeyi ile memnuniyet durumuna etkisi. *IJHS* 2016;13(2):2610-2624.
16. Assaf, S. Counseling and knowledge of danger signs of pregnancy complications in Haiti, Malawi, and Senegal. *Matern Child Health J* 2018;22(11):1659-1667.
17. Valley LM, Emori R, Gouda H, Phuanukoonnon S, Homer CSE, Valley AJ. Women's knowledge of maternal danger signs during pregnancy: Findings from a cross-sectional survey in Papua New Guinea. *Midwifery* 2019;72(2019):7-13.
18. Morhason-Bello IO, Fagbamigbe AF, Mumuni TO, Adesina OA, Abdus-Salam AR, Ifemeje A et al. Evaluation of correct knowledge of key danger signs in pregnancy among antenatal clinic attendees at a tertiary health facility in Nigeria. *Niger J Clin Pract* 2016;19(2):227-232.
19. Urassa DP, Pembe AB, Mganga F. Birth preparedness and complication readiness among women in Mpwapwa district, Tanzania. *Tanzan J Health Res* 2012;14(1):42-47.
20. Bogale D, Markos D. Knowledge of obstetric danger signs among child bearing age women in Goba district, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;15(77):1-8.
21. Kurnaz MA, Can H, Sezik HA, Çakır YT, Tuna M, Ay Z. Aile hekimleri gebeleri ne kadar ve nasıl izliyor? *TAHUD* 2015;19(4):187-195.
22. Akarsu HR, Oskay Ü. Yüksek riskli gebelerin tehlike belirtileri hakkında bilgi ve prenatal bağlanma düzeylerinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2017;33(2):16-26.
23. Pembe AB, Urassa DP, Carlstedt A, Lindmark G, Nyström L, Darj E. Rural Tanzanian women's awareness of danger signs of obstetric complications. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009;9(12):1-8.
24. Abiyot T, Kassa M, Buruh G, Kidanu K. Awareness of obstetric danger signs and its associated factors among pregnant women in public health institutions, Mekelle City, Tigray, Ethiopia 2014. *J Preg Child Health* 2015;2(3):1-6.
25. Oni B, Odukoya OO, Okunowo AA, Ojo OY, Abatan YO. A comparative assessment of the awareness of danger signs and practice of birth preparedness and complication readiness among pregnant women attending rural and urban general hospitals in Lagos State. *Sahel Med J* 2016;19(4):206-214.
26. Phanice OK, Zachary MO. Knowledge of obstetric danger signs among pregnant women attending antenatal care clinic at health facilities within Bureti Sub-County of Kericho County, Kenya. *Research in Obstetrics and Gynecology* 2018;6(1):16-21.
27. Okour A, Alkhateeb M, Amarin Z. Awareness of danger signs and symptoms of pregnancy complication among women in Jordan. *Int J Gynaecol Obstet* 2012;118(1):11-14.

The Relationship Between Charge Nurses and Clinical Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture and Leadership Practices*

Ayşegül YILMAZ**, Sergül DUYGULU***

Abstract

Background: A patient safety culture needs to be developed for quality and safe care in health care institutions. Executive nurses having transformational leadership behavior have an important effect on establishing a patient safety culture in hospitals. **Objectives:** The aim of this study is to reveal transformational leadership practices of unit charge nurses from their own perspective and the perspective of staff nurses they work with, to determine the patient safety culture perceptions of unit charge nurses and staff nurses, and to examine the relationship between transformational leadership practices and patient safety culture. **Methods:** This descriptive, relationship-seeking and cross-sectional study was conducted between March and June 2014 in four hospitals in Konya province. The sample of the study consisted of 70 unit charge nurses and 357 staff nurses working with these unit charge nurses. Participation rate in the study is 84.5%. Data were collected by using the Demographic Data Form, Leadership Practices Inventory and Patient Safety Culture Hospital Questionnaire. Means, t test, percentages, standard deviation and Spearman's tests were used in the analysis of the data. **Results:** According to the evaluations of the unit charge nurses and staff nurses; it was found that the unit charge nurses' averages scores for prodding others into action, encouraging others and questioning the process sub-dimension and total leadership practice were significantly higher than those of the staff nurses. Patient Safety Culture perceptions of unit charge nurses are higher than service nurses. According to the findings obtained from the study, there is a positive relationship between nurses' transformational leadership practices and patient safety culture. **Conclusion:** In the study, it has been shown that there is a positive relationship between nurses' transformational leadership practices and patient safety culture. In order to create a positive patient safety culture in the units of charge nurses, it is necessary to develop the unit charge nurses' transformational leadership practices.

Key Words: Nursing, Patient Safety Culture, Transformational Leadership Practice, Charge Nurses, Staff Nurses.

Öz

Sorumlu Hemşireler ile Klinik Hemşirelerinin Hasta Güvenliği Kültürü Algıları ve Liderlik Uygulamaları Arasındaki İlişki

Giriş: Sağlık kuruluşlarında kaliteli ve güvenli bir bakım için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesi gerekmektedir. Hemşire yöneticilerinin dönüşümcü liderlik becerileri hasta güvenliği kültürünün oluşturulmasında oldukça önemlidir. **Amaç:** Bu çalışmanın amacı, servis sorumlu hemşirelerinin dönüşümcü liderlik uygulamalarını kendileri ve birlikte çalıştıkları servis hemşireleri gözüyle ortaya koymak, servis sorumlu ve servis hemşirelerinin hasta güvenliği kültürü algısını belirlemek ve dönüşümcü liderlik uygulamaları ile hasta güvenliği kültürü arasındaki ilişkiyi incelemektir. **Yöntem:** Tanımlayıcı, ilişki arayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma, Konya ilinde bulunan dört hastanede Mart-Haziran 2014 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın örneklemini 70 servis sorumlu hemşiresi ve bu hemşireler ile birlikte çalışan 357 servis hemşiresi oluşturmuştur. Çalışmaya katılım oranı %84.5'dir. Veriler, Demografik Veri Formu, Liderlik Uygulamaları Envanteri ve Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde, ortalama, t testi, yüzde, standart sapma ve Spearman's testleri kullanılmıştır. **Bulgular:** Servis sorumlu hemşireleri ve servis hemşirelerinin değerlendirmelerine göre; servis sorumlu hemşirelerinin, başkalarını harekete geçirme, cesaretlendirme ve süreci sorgulama alt boyut puanları ve toplam liderlik uygulama puan ortalamaları servis hemşirelerinden anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur. Servis sorumlu hemşirelerinin hasta güvenliği kültürü algılarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmada hemşirelerin dönüşümcü liderlik uygulamaları ile hasta güvenliği kültürü arasında pozitif bir bulunmuştur. **Sonuç:** Çalışmada hemşirelerin dönüşümcü liderlik uygulamaları ile hasta güvenliği kültürü arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir. Sorumlu hemşirelerinin birimlerinde olumlu bir hasta güvenliği kültürünün oluşturulabilmesi için servis sorumlu hemşirelerinin dönüşümcü liderlik uygulamalarının geliştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, Hasta Güvenliği Kültürü, Dönüşümcü Liderlik Uygulamaları, Sorumlu Hemşireler, Hemşireler.

Geliş tarihi: 27.05.2020 **Kabul tarihi:** 24.12.2020

Patient safety is a primary concern of health care institutions and organizations, and it has become a precondition for high quality health care services. In an international conference held in Geneva 2017 and supported by the European Commission, the World Health Organization (WHO) emphasized that 10 million people around the world are estimated to become mutilated or die every year due to preventable medical errors and called on everyone to do more research about patient safety (1). To provide safe and high-quality patient care, patient safety culture (PSC) must be improved in the health sector (2,3). Unit charge nurses (UCNs) have a pivotal responsibility to create a positive practice environment in which nurses are more satisfied and high-quality patient care standards are met (4). To transform the services to achieve higher levels of excellence, the UCNs' must be knowledgeable, skilled, and well trained in facilitating group communication, solving conflicts, creating motivation, development, and improvement (5). Therefore, for PSC to be created, maintained and achieved in an institution, there is a need for UCNs' effective leadership practices (6). The relevant literature shows that there have been positive developments in patient safety outputs through transformational leadership practices (TLP), and that such leadership is important for creating a PSC (7-10). For a quality and safe healthcare service, staff nurses who provide the closest level of healthcare services to patients 24/7 should have a positive perception of PSC. Nurse executives with advanced TLP skills can create a positive PSC by mobilizing the nurses they work with, creating appropriate working conditions, improving communication, and encouraging and guiding them (10). Therefore, revealing how UCNs' TLPs are reflected in the clinical environment through the eyes of the staff nurses they work with and determining the relationship between TLP and PSC is very important in creating a positive PSC.

* This article has been presented as oral presentation in 45th Biennial Convention 16-20 November 2019 Washington, DC, USA.

** Dr., Konya Beyhekim Eğitim ve Araştırma Hastanesi /Konya/Türkiye. Orcid No: 0000-0002-3102-4238 e - posta: yaysegul78@gmail.com

*** Doç. Dr. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelikte Yönetim Anabilim Dalı, Ankara, Türkiye. Orcid No: 0000-0002-6878-7116

PSC is commonly defined as: "the product of individual and group values, attitudes, competencies, and patterns of behavior that determine the commitment to and the style and proficiency of an organization's health and safety program" (14). Institutions' failure to create PSC causes serious damage to patients, nurses and the institutions themselves. When patients are harmed during health care service, it can cause serious injuries, extend hospital stays, increase medical errors and even cause death (2,15). It causes psychological traumas, diminishes patients' functionality, reduces patients' trust in the health care system and its workers and leads to socio-economic losses (1,15). Moreover, it has been shown that the lack of PSC increases nurses' injuries, professional dissatisfaction (16) and rates of resignation while reducing their motivation and commitment to their institutions (17). In hospitals where a PSC has been established, there are positive changes in patient care outputs (18). It has been shown that such environments ensure workers' motivation and psychological wellness (2).

Transformational Leadership Practices

Kouzes and Posner, (19) described the behaviors of transformational leaders as guiding others, inspiring a shared vision, challenging processes and encouraging followers by congratulating them on their achievements and improvements. Nurse managers in health institutions have a crucial role in improvement and the facilitation of safe care practices (2,10). In literature there are numerous studies showing effect of nurse managers who have transformational leadership behaviors on health institutions' outputs and performances in developing and changing health care world (6,20,21). These studies have found that nurses who work with transformational leaders have high job satisfaction and a positive PSC (6). Work with transformational leaders also makes them stronger and more productive (20), increases worker and patient satisfaction and affects teamwork positively. In addition, transformational leadership supports psychological wellness and reduces resignation rates among nurses, reducing the financial losses of health care institutions (21).

Relationship Between Transformational Leadership Practices and Patient Safety Culture

A positive relationship between the level of transformational leadership and the improvement of patient safety have been shown in previous studies (7,9), and transformational leadership has a positive effect on the creation of a safety climate (8). Furthermore, TLP was determined as the most relevant leadership for current stressed and turbulent healthcare work environments (22). Researchers have also emphasized that nurse managers' leadership plays a very important role to develop and maintain PSC (23).

It is to be expected that there is a desirable PSC in environments in which UCNs are capable of uniting their nurse colleagues around patient care goals, innovating, creating a shared vision and stimulating and motivating them. Therefore, TLP is important to create a PSC and/or develop it (Figure 1).

Although the importance of PSC and TLP of nurse managers in health care environments is often emphasized and there are many published studies indicating the importance of TLP and PSC there are no studies that evaluate the UCNs' TLPs by both themselves and the staff nurses they work with and examine the effect of this evaluation on the perception of PSC. Evaluation of their own executives' TLPs by staff nurses having an important position in providing a quality and safe health care service and determining its effect on PSC perceptions will make a significant contribution to the creation of a positive PSC (Figure 1).

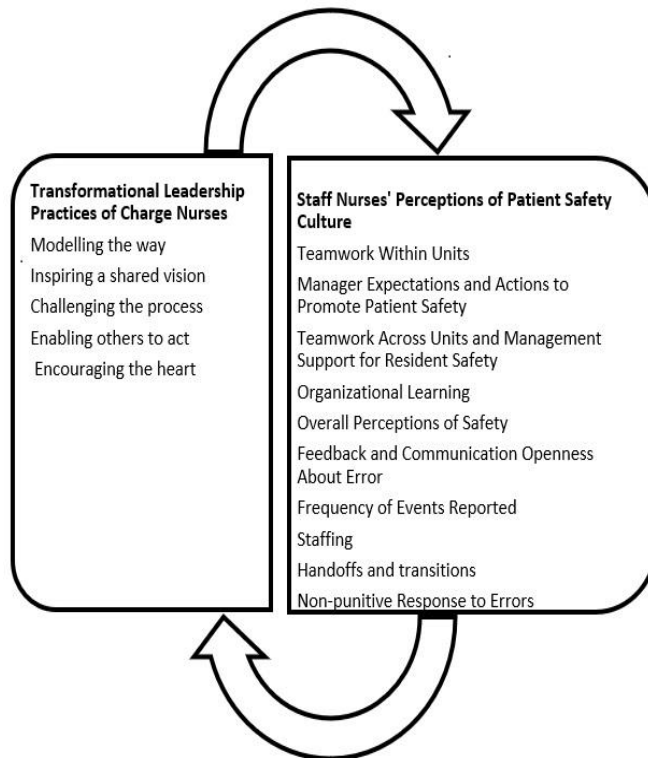


Fig. 1. Framework of The Study.

Araştırma

The aim of this study is to reveal transformational leadership practices of unit charge nurses from their own perspective and the perspective of staff nurses they work with, to determine the perception of patient safety culture of unit charge nurses and staff nurses, and to examine the relationship between transformational leadership practices and patient safety culture.

The study questions are given below:

- What are the UCNs and staff nurses' evaluations of the UCNs' TLP?
- What are the UCNs and staff nurses' evaluations of PSC?
- Is there a relationship between UCNs and staff nurses' TLPs and PSC total and sub-dimensions?

Methods

Type of the Research

This descriptive correlational and cross-sectional study design was used.

Place and Time of the Research

The setting was Ministry of Health Hospitals in Konya. It was conducted between March and June 2014.

Research Universe/Sample

The research population consists of 90 UCN and 840 staff nurses working in four large Ministry of Health hospitals in a big city in Central Anatolian. The convenience sampling method was used in the study and UCN and staff nurses working in the internal diseases, surgical, intensive care and emergency staff units of this hospital and in the same clinics for at least six months were included in the study. A total of 505 nurses, 75 UCN and 430 staff nurses, who met the criteria to participate in the study, were included in the sample. A total of 427 nurses, including 70 UCN and 357 staff nurses who agreed to participate in the study, have participated. It was recommended that three to eight nurses from each unit be included, based on the number available (24). In this study, as there were at most five nurses who worked with each UCN for at least six months in some units, five staff nurses were taken in the sample. The participation rate in the research is 84.5%.

Data Collection Tools

Nurses' Demographics Data Form

This form was developed as two separate forms to collect introductory information about UCNs included in the study sample and the nurses they worked with. The Demographics Data Form prepared for staff nurses working and unit charge nurses includes questions such as age, educational status, duration of professional experience and manner of work, and consists of 13 questions in total.

The Leadership Practices Inventory (LPI)

LPI was developed by Kouzes and Posner to determine TLP behaviors. The inventory is completed by both UCNs and staff nurses. Psychometric Properties of the Turkish version of inventory were tested by Duygulu et al., (25). Cronbach's alpha internal consistency coefficients of the inventory were $\alpha=.92$ for leaders and $\alpha=.97$ for staff nurses. The Cronbach's alpha coefficient were found as $\alpha=0.92$ for leaders and $\alpha=.97$ for staff nurses in this study. (Modeling the way, Inspiring a shared vision, Challenging the process, Encouraging the heart $\alpha=.96$, Enabling others to act $\alpha=.95$). The inventory examines five basic TPIs; modeling the way, inspiring a shared vision, challenging the process, encouraging the heart and, encouraging the others to act (19). Each dimension consists of six items. The statements in the inventory were assessed using a 5-point scale (from almost never-1 to almost always-5). The highest value indicates that the relevant leadership behavior is used almost always, and the lowest value indicates that it is almost never used. The possible minimum and maximum score is ranging from 6 to 30 for a single leadership behavior. The possible minimum score on the entire inventory is 30, and the possible maximum score is 150.

The Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)

Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ) developed HSOPSC It consists 42 items and 12 dimensions, 10 of which were about patient safety culture, and 2 of which were about the hospitals outputs regarding PSC. Cronbach's alpha coefficient of the survey's Turkish version was $\alpha=0.86$ (25). Filiz and Bodur (26) reorganized the scale to include 10 dimensions and 42 items when translating it into Turkish. This study also used the scale with 10 dimensions and 42 items, and the study data were assessed based on this scale. The Cronbach's alpha coefficient was found as 0.86 in this study.

The sections of unit of service, management and hospitals (sections A, B and F) included the options from 1-Strongly disagree 5-Strongly agree, and the options in the sections of communication and the frequency of reported events (sections C and D) were: 1=Never, 2=Rarely, 3=Sometimes, 4=Usually, and 5=Always. The positive responses to each item were: Strongly agree (5), Agree (4), Usually (4), and Always (5). The survey was assessed based only on the mean scores of positive answers (scores of either 4 or 5). The result is the average positive response given to the items. (27). Groups "strongly disagree" and "never" (1), "disagree and rarely" (2), "neither agree nor disagree, and sometimes" (3) are not included in the calculation of positive response percentage. According to the Sorra and Nieva (27), any dimension that achieves a positive response rate (scores of either 4 or 5) of 75% or above can be considered an area of PSC strength, whereas areas of PSC weakness are those showing positive response rates of 50% or less.

Data Collection

The researcher distributed the data collection forms to the nurses and took them back between March and June 2014. The UCNs were given a Demographic Data Form, the LPI (Self), and the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC). The staff nurses were given a Demographic Data Form, the LPI (staff nurses form), and the HSOPSC. These forms were returned to the researcher in sealed envelopes; the UCNs never saw the responses of the staff nurses It took the nurses approximately 20 minutes to fill out the data collection forms.

Data Analysis

The data were analyzed by using IBM SPSS Statistics 22 (SPSS, Chicago, IL). Descriptive statistics were used for the demographic data and independent sample *t* test, means, percentages, standard deviation and Spearman's nonparametric correlation were applied in the data analysis. The results were considered significant at a 95% confidence interval and at a *p* value of <0.05.

Ethical Considerations

Before conducting the study, the researcher obtained permission from the hospitals and the Non-invasive Clinical Research Ethical Board of a university (Date:05.03.2014, Decision No: GO14/125-18). The researcher also obtained written consent from the UCNs and staff nurses who participated in the study. Necessary permissions were obtained from the authors who developed the data collection tools and conducted the validity and reliability study. Research and publication ethics were followed in the article.

Results

The UCNs' average age was 38.29 years (*SD* = 4.90), average working year in hospital was 8.97 (*SD* = 6.76), and average working experience as UCN was 3.10 years (*SD* = 2.73). The average age of the staff nurses was 32.11 years (*SD* = 6.50), average working period at the hospital was 4.85 years (*SD* = 4.60), and the average working time with the UCNs was 1.78 years (*SD* = 1.66).

Transformational Leadership Practices

Table 1 shows the results of the descriptive statistics analysis that was conducted to answer the first research question: "What are the UCNs and staff nurses' evaluations of the UCNs' TLP?" The UCNs' mean scores on the sub-dimensions of challenge the process (24.01), enable others to act (25.39), encourage the heart (25.24) and total TLP scores (122.29) were higher than the staff nurses (*p* = .015). According to the UCNs and staff nurses, the most frequent leadership behavior was enabling others to act.

Table 1. The UCNs and Staff Nurses' evaluations of the UCNs Transformational Leadership Practices

Leadership practices	UCNs n=70	Staff Nurses=357	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>X</i> ± <i>SD</i>	<i>X</i> ± <i>SD</i>		
Modeling the way	24.61 ± 2.48	24.03 ± 4.70	1.507	.134
Inspiring a shared vision	23.03 ± 2.95	22.95 ± 5.04	.179	.859
Challenging the process	24.01 ± 2.81	22.88 ± 4.97	2.653	.009**
Enabling others to act	25.39 ± 2.61	24.16 ± 4.70	3.072	.002**
Encouraging the heart	25.24 ± 2.99	23.63 ± 4.98	3.637	.000*
Total	122.29 ± 12.10	117.65 ± 23.10	2.447	.015***

****p* < .05, ***p* < .01, **p* < .001

Patient Safety Culture

Table 2 shows statistical analysis results that was conducted to answer the second research question: "What are the UCNs and staff nurses' evaluations of PSC?". In the study, total PSC average percentage of positive responses of nurses (unit charge nurses and staff nurses) was 48.2. The UCNs' average percentage of positive responses (59.2) was significantly higher than that of the staff nurses (46.7) (*p* = .000). The highest positive response percentage of teamwork within units sub-dimension is observed in both UCNs and staff nurses. In the sub dimensions of staffing, non-punitive response to errors and frequency of errors reported, the UCNs and staff nurses' average percentage of positive answers was lower than 50%. (Table 2).

Table 2. The Percentage of Positive Responses by UCNs and Staff Nurses to the Items in PSC Sub dimensions

Ten factors subscales	Average percentage of positive response				
	Staff Nurses n=357	UCNs n=70	t	p	TOTAL
Teamwork Within Units (4 items) (Cronbach's $\alpha = .74$)	73.4	87.1	-3.417	.001	
Manager Expectations and Actions to Promote Patient Safety (4 items) (Cronbach's $\alpha = .45$)	39.8	56.0	-1.328	.185	
Teamwork Across Units and Management Support for Resident Safety (6 items) (Cronbach's $\alpha = .73$)	43.8	63.3	-3.839	.000	
Organizational Learning (3 items) (Cronbach's $\alpha = .65$)	43.9	52.8	-4.552	.000	
Overall Perceptions of Safety (4 items) (Cronbach's $\alpha = .51$)	58.1	67.1	-2.554	.011	
Feedback and Communication Openness About Error (6 items) (Cronbach's $\alpha = .74$)	54.1	70	-2.199	.028	
Frequency of Events Reported (3 items) (Cronbach's $\alpha = .90$)	38.6	40.4	-3.689	.000	
Staffing (3 items) (Cronbach's $\alpha = .35$)	33.2	33.8	-0.345	.731	
Handoffs and transitions (5 items) (Cronbach's $\alpha = .74$)	49.8	64.2	-0.203	.839	
Non-punitive Response to Errors (4 items) (Cronbach's $\alpha = .45$)	31.0	35.7	-3.213	.001	
TOTAL	46.7	59.2	-4.517	.000	48.2

Table 3 shows statistical analysis results which answer the third research question: "Is there a relationship between UCNs and staff nurses' TLPs and PSC sub-dimensions and total?"

There was a moderately positive and significant correlation between staff nurses' assessments of total TLP and PSC sub-dimensions; teamwork within units ($r = .40, p = .000$), manager expectations and actions to promote patient safety ($r = .25, p = .000$), teamwork across units and management support for resident safety ($r = .40, p = .000$), organizational learning ($r = .18, p = .001$), overall perceptions of safety ($r = .30, p = .000$), feedback and communication openness about error ($r = .37, p = .000$), frequency of events reported ($r = .11, p = .040$), non-punitive response to errors ($r = .14, p = .008$) and total PSC ($r = .42, p = .000$) (Table 3).

There was a moderately positive and significant correlation between UCNs' assessments of total TLP and PSC sub-dimensions; teamwork within units ($r = .29, p = .014$), teamwork across units and management support for resident safety ($r = .36, p = .003$), feedback and communication openness about error ($r = .32, p = .008$), handoffs and transitions ($r = .38, p = .001$) and total PSC ($r = .38, p = .001$) (Table 3).

Table 3. The Correlation Between PSC and Total TLP (n:357 for Staff Nurses, n:70 for UCNs)

PSC items		Total TLP	
		Staff Nurses	UCNs
Teamwork Within Units	<i>r</i>	.40	.29
	<i>p</i>	.000	.014
Manager Expectations and Actions to Promote Patient Safety	<i>r</i>	.25	.15
	<i>p</i>	.000	.206
Teamwork Across Units and Management Support for Resident Safety	<i>r</i>	.40	.36
	<i>p</i>	.000	.003
Organizational Learning	<i>r</i>	.18	.09
	<i>p</i>	.001	.437
Overall Perceptions of Safety	<i>r</i>	.30	.22
	<i>p</i>	.000	.067
Feedback and Communication Openness About Error	<i>r</i>	.37	.32
	<i>p</i>	.000	.008
Frequency of Events Reported	<i>r</i>	.11	.17
	<i>p</i>	.040	.159
Staffing	<i>r</i>	.05	.07
	<i>p</i>	.360	.577
Handoffs and transitions	<i>r</i>	.10	.38
	<i>p</i>	.065	.001
Non-punitive Response to Errors	<i>r</i>	.14	.04
	<i>p</i>	.008	.770
Total PSC	<i>r</i>	.42	.38
	<i>p</i>	.000	.001

Discussion

In this study, it was aimed to present the TLPs of UCNs from the perspective of themselves and the staff nurses they work with, to determine the PSC perceptions of UCNs and staff nurses, and to examine the relationship between nurses' perceptions of TLP and PSC. Although there are some studies examining the relationship between nurses' PSC and TLP, being the first study that examines the effect of UCNs' TLP on both themselves and the staff nurses' perception of PSC is introducing the difference of this study.

In the self-assessments of the UCNs, their mean scores on the sub dimensions of challenging the process, encouraging the heart, enabling others to act, and total TLP scores were higher than the scores given by the staff nurses. This result may be explained by the inclination to social desirability. Accordingly, the UCNs may be inclined to express behaviors that they are expected to display rather than their actual behaviors. It may also be assumed that the UCNs have limitations related to assessing their own practices objectively. Similar results were found in previous studies (28,29). Enabling others to act was the UCNs' most frequent leadership behavior. This indicates that the UCNs support cooperation, create a team spirit, include others in their decision making and make their teams even stronger.

The sub dimension of non-punitive response to the errors had the lowest average percentage of positive responses. This result may imply that the importance and necessity of creating a PSC in the health care institutions has not been understood completely in Turkey, and making a mistake may set nurses thinking that they are blamed and punished by the senior management. Previous studies have similarly found that nurses and other health care professionals are not willing to report their errors since they think that they will be punished, marginalized or that it will have a negative effect on their careers (26,30). The researchers believes that this was why the percentage of positive responses to the sub dimension of frequency of events reported was lower than 50% in this study. The results of previous studies are consistent with this study about the frequency of error reporting (30,31). However, the results of a study conducted by AHRQ in the US are not consistent with this study's results (32). This inconsistency implies that the culture of patient safety is a continuing issue in Turkey, and nurses avoid reporting errors for fear of being punished. The percentage of positive responses in the staffing sub dimension was lower than 50% for both the UCNs and the staff nurses, which implies that the number of nurses in health institutions is low. This may be one of the main causes of the medical errors that pose a threat to patients' lives (33).

The teamwork within units sub dimension had the highest percentage of positive responses, while the sub dimension of teamwork between units had a low score. Nurses worked in harmony as a team in their units, yet there were poorer results for

Araştırma

teamwork between units. This result is important since it shows that each unit has an independent culture (34) However, teamwork between units is as necessary as teamwork in units to create PSC in hospitals as Singer et al., (35) stated.

UCNs' positive responses' percentage about PSC was significantly higher than that of the staff nurses. A study by Hwang (36) also reached similar findings. This can also be explained as an effect of social likability. So the fact that they have managerial positions may lead the UCNs to try to make the services they are responsible for look good. The percentage of nurses' positive responses to the PSC total was 48.2%. This rate is lower than the rate found by study conducted by AHRQ in the US (32), which indicates that the PSC in the health institutions where this study was conducted is still not at the desired level. In Turkey, there are works related to patient safety in the hospitals directed by the Ministry of Health, which requires quality regulations. In context of these regulations, the authorities have developed Standards for Quality in Health Care (*Health Quality Standards*), and these standards began to be implemented in all hospitals directed by the Ministry of Health (37). However, this study's results show that there are some problems regarding the attainment of the desired results, and there were difficulties with the regulations to establish a PSC.

Another significant finding of the study is that the rate of positive responses to the PSC items was low, although the TLP scores of the UCNs were high. Considering the capability of TLP to change and improve practices, these results imply that the UCNs have difficulties creating these changes. Different structures and processes should be included and attitudes, beliefs, and behaviors should be changed to form a PSC that is reflected in an organizational culture. Therefore, forming and maintaining a desired PSC in medical institutions is a time-consuming, difficult process (31,32). The fact that UCNs have TLP-related characteristics is highly significant for providing high-quality, safe medical services and thus forming a PSC. In addition to these characteristics, a suitable working environment, various resources (funds, personnel, time, and materials) and support are necessary for the formation of a PSC (33).

Staff nurses have evaluated the TLP of the UCNs who are responsible for their own management, and it was found from the TLP of UCNs and the staff nurses' PSC total and PSC sub-dimensions that there is a positive significant relationship between teamwork within units, manager, expectations and actions to promote patient safety, teamwork across units and management support for resident safety, organizational learning, overall perceptions of safety, feedback and communication openness about error, frequency of events reported, non-punitive response to errors. In the literature, there are no studies examining the relationship between the PSC perception of UCNs' TLP both themselves and the staff nurses they work with. In general, in similar studies about nurses, it was reported that a positive teamwork (6) can be achieved with TLP. The support of the leaders and the hospital management is very important in order to prevent the formation of an accusatory and punitive culture by the management or peers in the case of mistakes (10,38). It has been reported that there is a positive relationship between administrator support for patient safety and feedback about errors, open communication, the frequency of reporting events and the degree of patient safety (39). Expectations and Actions to Promote Patient Safety is defined as "the degree to which administrators consider staff recommendations to improve patient safety and address patient safety issues" (32). According to this definition, we can say that UCNs took into account the recommendations of the staff nurses they work with on patient safety. It has been concluded that staff nurses working with UCNs with advanced TLP skills may have a positive perception of PSC.

It has been concluded from UCN's own TLP and PSC sub-dimensions that there is a positive relationship between teamwork within units, teamwork across units and management support for resident safety, feedback and communication openness about error, handoffs and transitions, and total PSC. In the study, it was found from PSC sub-dimensions of both UCNs and staff nurses that there is a positive correlation between teamwork within units, teamwork across units and management support for resident safety, feedback and communication openness about error and PSC total scores. Different from staff nurses, UCNs' TLPs have been found to be related to handoffs and transitions which are sub-dimensions of PSC. Unlike UCNs, staff nurses' TLPs were found to be associated with manager expectations and actions to promote patient safety, overall perceptions of safety, organizational learning, frequency of events reported, non-punitive response to errors which are sub-dimensions of PSC. This difference may be due to the different TLP scores of staff nurses and UCNs.

As a result, we can say that UCNs with TLP skills positively affect their own and staff nurses' total PSCs, so there is a positive relationship between PSC and TLP. Similarly, studies have found a positive correlation between the improvement of patient safety and TLP (8-10). The formation of a PSC requires a significant in-house change or transformation. In other words, the positive effect of TLP over PSC is an expected outcome as the hospital practices related to patient safety require changes in personnel's beliefs, attitudes, and behaviors. Health service organizations must develop a PSC, such as clear goals, fixed procedures, and safe processes. In order to create a positive PSC in health institutions, it is necessary to raise awareness of patient safety among working nurses, to direct and support staff, to develop error reporting systems, to manage risk and to communicate with patients. For this, nurse executives must have successful leadership practices (10,40). In patient safety practices, staff nurses achieve high morale and motivation only when UCNs successfully implement TLP.

Conclusion and Use of Results in Practice

The study found that nurses' leadership scores were high, but their positive responses to the items on Hospital Survey on Patient Safety Culture was low. This study is the first study that evaluates UCNs' TLP from the perspectives of both themselves and the staff nurses they work with and examines the relationship between this evaluation and the perception of PSC. For this reason, evaluation of their executives in terms of TLP applications by staff nurses who are primarily responsible for patient care and revealing the relationship between this and PSC perception can be a guide in establishing a positive PSC. The results of this study show that PSC is not at the desired level in hospitals where study conducted. The study also revealed that staff nurses need more support from UCNs to develop their PSCs.

The researcher suggests that the necessary regulations be made at once for improving patient safety and quality of patient care in the hospitals. It is important that an effective error reporting system be established, and that managers play

Araştırma

constructive and supportive roles in error reporting. A sufficient number of suitably qualified nurses should be employed for patient safety, and teamwork should be encouraged and maintained. Nurse managers' TLP qualities should be improved, and necessary regulations should be made to get this improvement to enhance patient safety practices. Further studies are needed to identify why TLP does not establish PSC in institutions that have transformational leaders. It is important to determine the leadership and PSC relationship in order to develop a positive PSC in healthcare institutions. However, factors affecting PSC should also be determined. Therefore, PSC and affecting factors should also be examined in the same group of nurses. Therefore, in the second part of the study, PSC and the factors affecting it are examined in the same group of nurses.

Limitations

This study was conducted with UCNs and staff nurses who had been working with them for at least six months. The research findings reflect the results of the hospitals where the study was conducted. Thus, its findings cannot be generalized. The research findings were based on the assessments of the UCNs and the staff nurses.

This study is part of one research project where unit charge nurses' transformational leadership and perception of all nurses on patient safety culture and affecting factors were explored. This study is the first part and the relationship between unit charge nurses' transformational leadership and nurses' perception of patient safety culture was investigated.

Conflict of Interest Statement: No conflict of interest has been declared by the authors.

Information

The authors' contribution rate statement is as follows: research idea SD, data collection, analysis and manuscript writing AY, study design, manuscript control and editing SD, All authors approved the final version for submission.

Acknowledgement

We thank both UCNs and staff nurses for their participation and the nurse executives of the hospitals for supporting the study.

Funding

This study did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Ethical principles

Before conducting the study, the researcher obtained permission from the hospitals and the Non-invasive Clinical Research Ethical Board of the university (Date:05.03.2014, Decision No: GO14/125-18).

References

1. World Health Organization (WHO). Patient Safety: Making health care safer. Geneva:Licence:CCBY-NC-SA3.0IGO. 2017. Retrieved from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/255507/1/WHOIS-SDS-2017.11-eng.pdf>.
2. Vaismoradi M, Griffiths P, Turunen H. Transformational leadership in nursing and medication safety education: a discussion paper. *J Nurs Manag.* 2016;24(7):970-980. doi: 10.1111/jonm.12387.
3. Kim KJ, Yoo MS, Seo EJ. Exploring the influence of nursing work environment and patient safety culture on missed nursing care in Korea. *Asian Nurs Res.* 2018;12:121-126.
4. Trus M, Doran D, Martinkenas A, Asikainen P, Suominen T. Perception of work-related empowerment of nurse managers. *J Res Nurs.* 2018;23(4):317-330.
5. Kristensen N, Nymann C, Konradsen H. Implementing research results in clinical practice- the experiences of healthcare professionals. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:48.
6. Brewer CS, Kovner CT, Djukic M, Fatehi F, Greene W, Chacko TP, et al. Impact of transformational leadership on nurse work outcomes. *J Adv Nurs.* 2016;2(11):2879-2893.
7. Ree E, Wiig S. Linking transformational leadership, patient safety culture and work engagement in home care services. *Nursing Open.* 2020;7:256-264.
8. Seljemo C, Viksveen P, Ree E. The role of transformational leadership, job demands and job resources for patient safety culture in Norwegian nursing homes: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research* (2020);20:799. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05671-y>.
9. McFadden KL, Stock GN. Leadership, safety climate, and continuous quality improvement: impact on process quality and patient safety. *Health Care Manage Rev.* 2015;40(1):24-34.
10. Setiowati D. Analysis of head nurse on transformational leadership and patients safety culture in Palang Merah Indonesia (PMI) Hospital at Bogor, Indonesia. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS).* 2020;3(1):471-476.
11. García-Sierra and Fernández-Castro. Relationships between leadership, structural empowerment, and engagement in nurses. *J Adv Nurs.* 2018;1-11. DOI: 10.1111/jan.13805.
12. International Council of Nurses (ICN) International Council of Nurses 2019 Congress. Retrieved at: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/international-council-of-nurses-2019-congress>.
13. Joint Commission International (JCI) (2016). Patient safety systems (PS). Available at: https://www.jointcommission.org/-/media/deprecated-unorganized/imported-assets/tjc/system-folders/topics-library/psc_for_webpdf.pdf?db=web&hash=1D79BF046A319BE99A20BE459982387F
14. Halligan M, Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress. *BMJ Qual Saf.* 2011;20:338-43.
15. Cloete L. Reducing medication errors in nursing practice. *Nurs Stand.* 2015;29(20):50-59.
16. Taylor J, Dominic F, Agnew J. Do nurse and patient injuries share common antecedents? An analysis of associations with safety climate and working conditions. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(2):101-111.

Araştırma

17. Oliveira RM, Leitao IM, Oliveira AC, Oliveira AC, Gazos DM, Silva LM et al. Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Rev Esc Enferm USP*. 2015;49(1):104-13.
18. DiCuccio MH. The relationship between patient safety culture and patient outcomes: a systematic review. *J Patient Saf*. 2015;11(3):135-42.
19. Kouzes MJ, Posner BZ. *The Leadership Challenge*. 3rd edn. Jossey-Bass. A Wiley Imprint San Francisco. USA. 2003.p:48.
20. Tremblay ML, Fernet C, Lavigne GL. Transformational and abusive leadership practices: impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. *J Adv Nurs*.2016;72(3):582-592.
21. Janet B, John Terrance D, Bartman T, Cindy H, Lindsay L, Nadeem K, et al. Improved safety culture and teamwork climate are associated with decreases in patient harm and hospital mortality across a hospital system. *J Patient Saf*. 2016;1:1-7.
22. Enwereuzor IK, Ugwu LI, Eze OA. How transformational leadership influences work engagement among nurses: does person–job fit matter? *West J Nurs Res*.2018;40:346–366.
23. Feng X, Bobay K, Krejci JW, McCormick BL. Factors associated with nurses' perceptions of patient safety culture in China: a cross-sectional survey study. *J Evid Based Med* 2012;5:50-56.
24. LPI. Online-how many observers? (2018). Retrieved from: <https://support.leadershipchallenge.com/s/article/lpi-online-selecting-observers>.
25. Duygulu S, Karabulut E, Abaan S, Kublay G. Reliability and Validity Assessment of the Leadership Practices Inventory for nurses in Turkey. *Hacettepe University Faculty of Health Sciences Journal of Nursing*, 2011;18(1);14-27.
26. Bodur S, Filiz E. Validity and reliability of Turkish version of "hospital survey on patient safety culture" and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Serv Res*. 2010;10:28-36.
27. Sorra J, Gray L, Streagle S, et al. AHRQ Hospital survey on patient safety culture: user's guide. (Prepared by Westat, under Contract No. HHS290201300003C). AHRQ Publication No. 15-0049-EF (Replaces 04-0041). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. January 2016. <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patientsafety/patientsafetyculture/hospital/index.html>
28. McGuire E, Kennerly SM. Nurse managers as transformational and transactional leaders. *Nurs Econ*. 2006;24(4):179–185.
29. Duygulu S, Kublay G. Transformational leadership training programme for charge nurses. *J Adv Nurs*. 2011;67(3):633–642.
30. Okuyama JHH, Galvao TF, Silva MT. Healthcare professional's perception of patient safety measured by the hospital survey on patient safety culture: a systematic review and meta-analysis. *ScientificWorldJournal*. 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>.
31. Yilmaz A, Duygulu S. Investigation of Nurses' Perceptions of Patient Safety Culture and Effective Factors. *Journal of Health and Nursing Management*, 2019;6:171-185.
32. Famolaro T, Yount ND, Hare, R, et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture 2018 Database Report, Appendixes, Parts II and III (Appendixes for AHRQ Publication No.18-0025-EF). (Prepared by Westat, Rockville, MD, under contract No. HHS290201300003C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; March 2018.
33. Griffiths P, Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, Briggs J, Maruotti A, Meredith P et al. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *J Adv Nurs*. 2018;74(7):1474-1487.
34. Bodur S, Filiz E. A survey on patient safety culture in primary health care services in Turkey. *Int J Qual Health Care*. 2009;21(5):348-355.
35. Singer S, Lin S, Falwell A, Gaba D, Baker L. Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Serv Res*.2009;44(2):399–421.
36. Hwang J. What are hospital nurses' strengths and weaknesses in patient safety competence? Findings from three Korean hospitals. *Int J Qual Health Care*. 2015;27(3):232–238.
37. General Directorate of Health Services Health Quality and Accreditation Department HQS-Hospital (Version-5, Revision-00) 1.Pressure: Ankara, July 2017 ISBN: 978-975-590-558-7.
38. Joint Commission International (JCI). A complimentary publication of The Joint Commission. The essential role of leadership in developing a safety culture. 2017;(57)1:1-8.
39. Hamadan M, Khraisat O, Eves C. Patient safety culture structures and outcomes: a sample from isolation units at Saudi Arabia. *International Journal of Nursing and Health Science (IJNHS)*. 2017;4(1):8-15.
40. Ree E. What is the role of transformational leadership, work environment and patient safety culture for person-centred care? A cross-sectional study in Norwegian nursing homes and home care services. *Nursing Open*. 2020; 00:1–9. <https://doi.org/10.1002/nop2.592>

Dâhiliye Hemşirelerinin Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutumları

Tuğba MENEKLİ*, Medet KORKMAZ**

Öz

Giriş: Kanıtı dayalı sağlık hizmeti yaklaşımı, klinik karar verme sürecinde oldukça önemlidir. Bakım sürecinde hemşire tarafından alınan her karar, mevcut en iyi kanıtlara, klinik deneyimlere ve hasta tercihlerine dayanmalıdır. **Amaç:** Bu araştırmanın amacı dâhiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının belirlenmesidir. **Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki bu çalışma, Mayıs 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında Şanlıurfa bölgesindeki hastanelerin dâhiliye kliniklerinde çalışan 964 hemşire ile gerçekleştirildi. Araştırmanın verileri “Hemşire Bilgi Formu” ve “Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği” (KDHYTÖ) ile toplandı. Verilerin analizi SPSS 23.0 programında yapıldı. **Bulgular:** Hemşirelerin %65.7’sinin hemşirelik uygulamalarında kanıtı dayalı uygulamaları kullanmadıkları ve %63.1’inin hemşirelik uygulamaları ile ilgili kanıtlara ulaşabileceği kaynakları bilmedikleri saptandı. Hemşirelerin “Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği” toplam puan ortalaması 43.53 ± 3.08 ; kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik inanç ve beklentiler alt boyut puan ortalaması 23.18 ± 2.07 , kanıtı dayalı uygulama niyeti alt boyut puan ortalaması 11.44 ± 3.16 ve kanıtı dayalı hemşirelikle ilgili duygular alt boyut puan ortalaması ise 8.91 ± 2.7 olarak belirlendi. Yaşı 25 ve altı olan, eğitim durumu lisans ve üzeri düzeyde olan, 1-6 altı yıldır ve sorumlu hemşire olarak çalışan, bilimsel araştırma yapan ve toplantılara katılan hemşirelerin toplam tutum puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ($p = 0.000$). **Sonuç:** Dâhiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutumları orta düzeydedir ve geliştirilmeye gereksinimi vardır.

Anahtar Sözcükler: Hemşire, Kanıtı Dayalı Hemşirelik, Tutum, Dahiliye Kliniği.

Abstract

Internal Medicine Nurses' Attitudes towards Evidence-Based Nursing

Background: Health care approach in evidence is very important in clinical decision making. The care decision is based on the best evidence available, clinical experience and patient preferences, it was decided. **Objective:** The aim of this study is to ensure that nurses working in internal medicine clinics have evidence-based nursing to determine their attitudes towards. **Methods:** This descriptive study was conducted between May 2018 and December 2018 with 964 nurses working in hospitals in Sanliurfa. The explanation of the study was collected with “Nurse Information Form” and “Attitude Scale towards Evidence-Based Nursing”. The analysis of the data was done in SPSS 23.0 program. **Results:** It was determined that 65.7% of the nurses used evidence-specific preferences in their nursing practices and 63.1% of them did not know if you can access the evidence that includes nursing. The mean score of the eler Evidence Based Nursing Scale of the nurses was 43.53 ± 3.08 ; Beliefs and expectations for proven nursing are 23.18 ± 2.07 , 11.44 ± 3.16 and 11.44 ± 3.16 , respectively. It was determined that the total attitude scores of the nurses aged 25 and under, working as a responsible nurse for 1-6 years, conducting scientific research and attending the meetings were significantly higher. **Conclusion:** Attitudes of nurses working in treatment clinics towards proven nursing are moderate and need to be improved.

Key Words: Nurse, Evidence-Based Nursing, Attitude, Internal Medicine Clinic.

Geliş tarihi: 18.08.2020

Kabul tarihi: 03.01.2021

Kanıt, sağlık bakım sistemindeki karar vericilerin ulaşabildiği, uygulamanın bilimsel olarak değerlendirilmesine dayanan bilgidir (1,2). Kanıtı dayalı uygulama (KDU), hastanın tıbbi bakımı için karar alma sürecinde konu ile ilgili olarak yayımlanmış güncel ve en iyi kanıtların, hastanın iyileşmesi ve hizmetin iyi bir şekilde planlanması ve yürütülmesi için titizlikle kullanılmasını hedeflemektedir (2,3). Bu terim ilk kez 1992 yılında literatürde yer almaya başlamış ve daha sonra hemşirelik alanındaki çalışmalarda önemi giderek artmaya devam etmiştir (1,3).

Hemşirelik uygulamalarında; girişimlerin etkinliği, değerlendirmelerin doğruluğu ve hassasiyeti, nedensel ilişkilerin gücü, girişimlerin maliyet etkililiği, hasta deneyimleri, inanç ve tutumları gibi sayısız soru üretilebilir (2-4). Bu tür soruların her biri farklı çalışma tasarımlarıyla ele alınabilir. Ancak kanıtı dayalı uygulayıcılar için önemli bir zorluk, öne sürülen soruyu cevaplamak için en iyi tasarımın kullanılıp kullanılmadığıdır. Hemşirelik uygulamalarında KDU’da en yaygın kullanılan çalışmalar randomize kontrollü çalışmalar, sistematik incelemeler ve meta-analizlerdir (1-6).

Günümüzde sağlık bakım kalitesinin artırılması ve maliyet-etkili bakım verme çabaları, bilginin yönetimindeki ve sağlık bakım tercihlerindeki değişiklikler, hastaların hatalı uygulama kaygısı ve bilgilendirilme istemlerinde artış, sağlık personeline güvenin azalması ve tüm çabalara rağmen henüz bakımın sadece %20’sinin kanıtı dayalı olması gibi nedenler, kanıtı dayalı uygulamaları zorunlu hale getirmiştir (2, 3). Hemşirelik uygulamalarının kanıtı dayalı olması, bakım kalitesini ve bakım sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek ve hemşire memnuniyetini artırmak gibi sonuçlar açısından önemlidir (4, 5). İletişim teknolojilerinin kullanımındaki artış ile birlikte bilgiye kolay ulaşım ve yeni teknolojik gelişmelerin hayatımıza hızla girmesi, hastaların beklentilerini yükseltmiştir (4-6). Bu tür sebeplerle çağdaş hemşirelik uygulamalarında klinik karar verme sürecinde KDU’lar neredeyse bir zorunluluk haline gelmiştir (3). Sağlık kuruluşlarındaki en kalabalık grup olan hemşirelerin, en iyi kanıtı tanımlamak ve uygulamalarına aktarmak için KDU’ları kavramaları gerekmektedir. Hemşirelerin KDU konusunda tutumlarının belirlenmesi, kanıtı dayalı hemşirelik uygulamalarının artırılması ile ilgili stratejilerin geliştirilmesine yardımcı olacaktır. Kanıtı dayalı hemşirelik sürecini hızlandıracak stratejilerin geliştirilebilmesi için atılacak ilk adım hemşirelerin konu ile ilgili tutumlarının bilinmesidir (5-7). Dâhiliye kliniklerinde yatan hastaların çoğu kalp yetmezliği, kanser, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ve diyabet gibi kronik hastalığa sahip, yoğun bir tedavi ve bakım sürecine gereksinimi olan, tekrarlı hastaneye yatışlara maruz kalabilen ve bazen de terminal dönemde olan hastalardır (5-8). Uzun süreli bakıma gereksinim duyan ve bağımlılık düzeyinin daha yüksek olduğu hasta gruplarına bakım verilen dâhiliye kliniklerinde KDU’ların kullanımı yaşamsal önem arz etmektedir (3-8).

*Dr. Öğretim Üyesi, İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya. ORCID: 0000-0002-8291-8274, E-mail: tugbamenekli2013@gmail.com, Tel: 0534 582 06 05, Fax :+90422 502 80 03 ** Doç. Dr., İnönü Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Malatya. ORCID: 0000-0002-9894-9331, E-mail: medet.korkmaz@inonu.edu.tr

Araştırma

Bu kliniklerde çalışan hemşirelerin hastalığın ilerlemesini ve komplikasyonların ortaya çıkmasını önleyici girişimleri etkin bir şekilde uygulayabilmesi ve hastalara verilen bakımın etkinliğini ve kalitesini artırmada kanıt temelli uygulamaları kullanması gereklidir (7). Geniş bir hasta grubuna hizmet veren dâhiliye hemşirelerinin ancak KDU'larla hemşirelik bakımını sürdürmesi sonucunda klinikte bakım kalitesini artırması, tıbbi hata olasılığını azaltması, bakımı standardize etmesi, hasta memnuniyetini artırması ve maliyeti azaltması mümkün olabilecektir (6,8).

Bu nedenle, dâhiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin KDU'ya yönelik tutumunun belirlenmesi önemlidir. Hemşirelerin kanıtı dayalı tutumlarını ve görüşlerini değerlendiren uluslararası düzeyde çalışmaların olmasına rağmen ülkemizde yapılan araştırma sayısının az olduğu ve örneklem sayısının da daha küçük olduğu (min:100;max:255) görülmüştür (1-8). Literatüre daha büyük (n:964) örneklem gruplu çalışmanın kazandırılması açısından böyle bir araştırmanın yapılmasına gerek duyulmuştur.

Amaç

Bu çalışmanın amacı, dâhiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin, kanıtı dayalı uygulamalara yönelik tutumlarını belirlemektir.

Araştırma soruları

Dahiliye hemşirelerinin KDU'ya yönelik tutumları hangi düzeydedir?

Dahiliye hemşirelerinin tanıtıcı özellikleri KDU tutumunu etkiler mi?

Dahiliye hemşirelerinin bilimsel aktiviteleri KDU tutumunu etkiler mi?

Yöntem**Araştırmanın Tipi ve Yeri**

Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışma Şanlıurfa ilinde yer alan devlet hastaneleri ve bir üniversite hastanesinde yapıldı.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın evrenini Şanlıurfa ilinde bulunan toplam 13 devlet ve 1 üniversite hastanesindeki dâhiliye kliniklerinde çalışan tüm hemşireler (N:1253) oluşturdu. Araştırmaya dâhiliye kliniklerinde (Dâhiliye, Kardiyoloji, Nöroloji, Dâhiliye Yoğun Bakım, Göğüs ve Diyaliz) çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşireler dâhil edildi. Örneklem seçimine gidilmeyerek evrenin tümüne ulaşılmaya çalışıldı. Çalışma sonunda örnekleme Mayıs 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında izinli/raporlu olmayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden devlet hastanelerinden 754 ve üniversite hastanesinden 210 olmak üzere toplam 964 hemşire oluşturdu. Bu çalışmada toplam katılım oranı %77'dir (964/1253).

Veri Toplama Araçları

Veriler, "Hemşire Bilgi Formu" ve "Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği" (KDHYTÖ) kullanılarak toplandı.

Hemşire Bilgi Formu

Bu form, araştırmacılar tarafından literatürden yararlanılarak oluşturuldu (1-8) formda; hemşirelerin "yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma yılı, çalışma pozisyonu, çalışma şekli, çalıştığı vardiya türü, bakım verilen hasta sayısı, mesleki yayınları takip etme, bilimsel toplantılara katılma ve mezuniyet sonrası araştırma yapma durumu"nu belirlemeye yönelik 16 soru yer aldı.

Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği (KDHYTÖ)

Bu ölçek, hemşirelerin kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarını ölçmek amacıyla 2011 yılında İspanya'da Ruzafa-Martinez ve arkadaşları tarafından geliştirildi (3). Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması Türkiye'de 2015 yılında Ayhan ve arkadaşları tarafından yapıldı (9). Ölçek, 15 maddeden ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Maddelerin sekizi olumlu (1, 2, 5, 7, 9, 11, 13 ve 14. maddeler) yedisi olumsuz (3, 4, 6, 8, 10, 12 ve 15. maddeler) ifade içermekte; olumsuz maddeler ters çevrilerek kodlanmaktadır.

Beşli likert tipine (1 = Hiç katılmıyorum, 2 = Katılmıyorum, 3 = Biraz katılıyorum, 4 = Katılıyorum, 5 = Tamamen katılıyorum) göre hazırlanan ölçekten en düşük 15, en yüksek 75 puan alınmaktadır. Ölçekten yüksek puan alınması kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutumun olumlu olduğunu göstermektedir. Ölçeğin üç alt boyutu; Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler, Kanıtı Dayalı Uygulama Niyeti ve Kanıtı Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular Alt Boyutu şeklindedir. İnanç alt boyutu için 7 - 35, uygulama niyeti ve duygular alt boyutları için 4 - 20 aralığındadır. Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler Alt Boyutu; hemşirelerin klinik çalışmalarda kanıtı dayalı hemşireliğin yararları ile ilgili inanç ve beklentilerine ilişkin maddeleri içermektedir (1, 2, 7, 9, 11, 13, 14. maddeler). Kanıtı Dayalı Uygulama Niyeti Alt Boyutu; hemşirelerin kanıtı dayalı uygulamaları yapma davranışları veya niyetleri; algılanan engelleri, iş yükü ve eğitim için ayrılan sürenin kanıtı dayalı hemşirelik için kullanılmasına ilişkin maddeleri içermektedir (3, 5, 6, 12. maddeler). Kanıtı Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular Alt Boyutu; kanıtı dayalı hemşireliğe verilen önem düzeyini, kanıtı dayalı hemşireliğin klinik uygulamada kullanılmasında sağlanan yararları ve hemşirelerin konuyla ilgili duygularına ilişkin maddeleri içermektedir (4, 8, 10, 15. maddeler). Ölçeğin toplam Cronbach α güvenilirlik katsayısı .90'dır (3, 9). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı .70 olarak hesaplanmıştır.

Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

"Hemşire Bilgi Formu" ve "KDHYTÖ" Mayıs 2018-Aralık 2018 tarihleri arasında dâhiliye kliniklerinde çalışan ve araştırmaya katılmayı kabul eden hemşirelere araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulandı. Formlar, hemşirelerin çalıştığı kliniklerde araştırmacı ve hemşirenin uygun olduğu herhangi bir zamanda dolduruldu. Formların doldurulması yaklaşık 10 dakika sürdü.

Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizi SPSS 23.0 programında yapıldı. Veriler, tanımlayıcı istatistikler (aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, sayı ve yüzde), one way anova ve t testi kullanılarak değerlendirildi. İki den fazla gruplarda farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post-hoc analiz yöntemlerinden Bonferroni testi kullanıldı. Verilerin normallik analizi Kolmogorov-Smirnov testi ile yapılmış olup istatistiksel anlamlılık $p < .05$ olarak kabul edildi.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yürütülmesi için öncelikle ülkemizde Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan yazardan e-mail yoluyla yazılı izin alınmıştır. Ayrıca üniversite etik kurulundan (Karar No: 2018-4/13), araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin ve hemşirelerden sözlü ve yazılı onay alınmıştır. Makalede araştırma ve yayın etiğine uyulmuştur.

Bulgular

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerin %65.2'si kadın, %46.7'si 25 yaş ve altında, %58.7'si evli ve %64.1'inin eğitim düzeyi lisans ve üzeridir. Hemşirelerin %43.1'i 1-6 yıldır, %70.8'i kadrolu ve %49.2'si 16-08 vardiyasında %74.5'i servis hemşiresi olarak çalışmaktadır. Hemşirelerin %52.4'ü çalıştıkları birimde günde 21 ve üstü sayıda hastaya bakım vermektedir (Tablo 1).

Tablo 1. Dâhiliye Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (n = 964)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	629	65.2
Erkek	335	34.8
Yaş (min:20.57 max:40.91)		
25 yaş ve ↓	450	46.7
26-36 yaş	391	40.6
37 ve ↑	123	12.7
Eğitim düzeyi		
Lise	247	25.6
Ön lisans	99	10.3
Lisans ve üzeri	618	64.1
Medeni durum		
Evli	566	58.7
Bekâr	398	41.3
Çalışma yılı (min:1.3 max:22.6)		
1-6 yıl	416	43.1
7-12 yıl	236	24.5
13-18 yıl	204	21.2
19 ve ↑	108	11.2
Çalışma pozisyonu		
Servis hemşiresi	718	74.5
Sorumlu hemşire	246	25.5
Çalıştığı vardiya türü		
8-16	304	31.5
16-08	474	49.2
08-08/24-08	186	19.3
Çalışma şekli		
Kadrolu	683	70.8
Sözleşmeli	281	29.2
Bakım verdiği hasta sayısı /günde		
20 ve ↓	459	47.6
20 ve ↑	505	52.4

Hemşirelerin; hemşirelik uygulamalarında en fazla kullandıkları bilgi kaynaklarının %30.9 oranında deneyimli hemşirelerden alınan bilgiler olduğu, hemşirelik uygulamalarında KDU'ları sadece %34.3'ünün kullandığı ve %63.1'inin hemşirelik uygulamaları ile ilgili kanıtlara ulaşabileceği kaynakları bilmediği saptandı. Katılımcıların %34.3'ü bilimsel toplantılara katıldığını, %27.6'sı mezun olduktan sonra hemşirelik ile ilgili bilimsel araştırma yaptığını, %64.3'ü herhangi bir mesleki derneğe üye olmadığını ve %59.5'i yabancı dil (İngilizce) bilmediğini belirtti (Tablo 2).

Tablo 2. Hemşirelerin Bilimsel Aktiviteleri (n = 964)

Hemşirelerin Bilimsel Aktiviteleri	n	%
Hemşirelik uygulamalarında kullanılan bilgi kaynakları		
Hizmet içi eğitim	243	25.2
Hemşirelik eğitimi sırasında alınan bilgiler	131	13.6
Deneyimli hemşirelerden alınan bilgiler	298	30.9
İnternet	200	20.8
Bilimsel dergi-kitaplar	92	9.5
Kanıtı dayalı uygulamaları kullanma durumu		
Evet	331	34.3
Hayır	633	65.7
Kaynaklara ulaşmayı bilme durumu		
Evet	356	36.9
Hayır	608	63.1
Bilimsel toplantılara katılma durumu		
Evet	340	35.3
Hayır	624	64.7
Bilimsel araştırma yapma durumu		
Evet	266	27.6
Hayır	698	72.4
Herhangi bir mesleki derneğe üye olma durumu		
Evet	340	35.3
Hayır	624	64.7
Yabancı dil bilme durumu		
Evet	390	40.5
Hayır	574	59.5

Dâhiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutumları incelendiğinde; hemşirelerin KDHYTÖ toplam puan ortalaması 43.53 ± 3.08 ; KDU inanç ve beklentiler alt boyut puan ortalaması 23.18 ± 2.07 , KDU niyeti alt boyut puan ortalaması 11.44 ± 3.16 ve KDU duygular alt boyut puan ortalaması 8.91 ± 2.71 olarak saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. Hemşirelerin “KDHYTÖ” ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n = 964)

	Alt ve Üst Değer	Ölçekten Alınan Alt ve Üst Değer	Her bir ölçek için ortalama puanlar $\bar{X} \pm SS$
Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler	7-35	15-27	23.18 ± 2.07
Kanıtı Dayalı Uygulama Niyeti	4-20	6-16	11.44 ± 3.16
Kanıtı Dayalı Hemşirelikle İlgili Duygular	4-20	4-14	8.91 ± 2.71
KDHYTÖ Toplam Puan	15-75	22-62	43.53 ± 3.08

Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ve bilimsel aktiviteleri ile KDHYTÖ toplam ve alt boyutlarına ait dağılım incelendiğinde; medeni durum, çalıştığı vardiya türü, çalışma şekli, bakım verdiği günlük hasta sayısı, kullanılan bilgi kaynakları, KDU'ları kullanma, kaynaklara ulaşmayı bilme ve yabancı dil bilme durumu ile ölçek toplam ve alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ($p > .05$). Ayrıca istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunan değişkenlere bakıldığında ise; KDHYTÖ toplam puan ortalamalarının sadece herhangi bir mesleki derneğe üye olma durumuna göre dağılımı anlamlı farklılık göstermedi ($p = .433$). Toplam puan ortalamalarının diğer tanıtıcı özelliklerin tümüne göre anlamlı derecede farklı dağılım gösterdiği saptandı. Yapılan post-hoc analizinde; yaşı 25 ve altı olan, eğitim durumu lisans ve üzeri düzeyde olan, 1-6 altı yıldır ve sorumlu hemşire olarak çalışan, bilimsel araştırma yapan ve toplantılara katılan hemşirelerin toplam tutum puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek olduğu belirlendi ($p = .000$). Alt boyut puanlarının tümünün hemşirelerin eğitim durumlarına göre dağılımları arasında anlamlı fark saptandı. Ek olarak, KDU niyeti alt boyut puanlarının herhangi bir mesleki derneğe üye olma durumuna göre dağılımı da anlamlı farklılık gösterdi ($p = .019$). Yapılan post-hoc analizinde; lisans ve üzeri eğitim düzeyi olan ve herhangi bir mesleki derneğe üye olan grubun puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi ($p = .000$) (Tablo 4).

Tablo 4. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bilimsel Aktiviteleri ile KDHYTÖ Alt Boyutlarına Ait Puan Ortalamalarının Dağılımı (n = 964)

Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bilimsel Aktiviteleri	Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik İnanç ve Beklentiler		Kanıtı Dayalı Uygulama Niyeti		Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Duygular		KDHYTÖ Toplam Puan	
	X±SS	Test ve p	X±SS	Test ve p	X±SS	Test ve p	X±SS	Test ve p
Yaş grubu								
25 yaş ve altı	24.02±2.71	F=0.572 p = .803	10.29±3.35	F=1.394 p = .605	10.51±3.70	F=0.201 p = .774	46.34 ± 9.17 ^a	F=1.250
26-36 yaş	22.69±1.80		9.76±3.50		9.94±2.81		43.93 ± 7.51 ^b	p = .005*
37 ve üzeri	21.05±1.15		9.50±1.87		9.05±1.04		32.41 ± 4.40 ^b	
Eğitim düzeyi								
Lise mezunu	19.08 ± 2.21 ^b	F = 1.987	11.31 ± 2.71 ^b	F = 2.062	10.30 ± 3.23 ^b	F = 2.169	34.07 ± 9.17 ^b	F=3.285
Önlisans mezunu	20.13 ± 3.10 ^b	p = .020*	12.00 ± 1.16 ^b	p = .011*	11.65 ± 1.85 ^b	p = .034*	39.93 ± 7.59 ^b	p = .021*
Lisans mezunu ve üzeri	28.75 ± 2.35 ^a		15.09 ± 1.76 ^a		16.03 ± 1.34 ^a		55.81 ± 4.08 ^a	
Çalışma yılı								
1-6 yıl	27.51±1.01	F=3.346 p = .691	14.04±2.82	F=2.794 p = .305	10.00±1.00	F=3.222 p = .674	55.00 ± 2.82 ^a	F=3.071
7-12 yıl	23.92±2.70		13.61±2.27		9.65±2.39		51.48 ± 4.58 ^b	p = .020*
13-18 yıl	19.07±3.16		13.02±3.19		8.88±3.76		49.34 ± 4.07 ^b	
19 ve üzeri	18.14±3.37		12.13±1.90		8.53±1.20		48.20 ± 3.09 ^b	
Çalışma pozisyonu								
Servis hemşiresi Sorumlu hemşire	25.15±5.14	t =0.448 p = .692	11.45±3.01	t =0.977 p = .530	10.62±3.49	t =0.401 p = .689	43.22±9.65 ^b	t =0.392
	25.51±4.68		15.94±3.02		13.39±3.42		53.84±9.23 ^a	p = .021*
Bilimsel araştırma yapan								
Evet	19.42±4.72	t =0.151 p = .819	12.78±2.78	t =0.201 p = .841	11.57±3.26	t =0.236 p = .814	41.78±8.66 ^a	t =0.230
Hayır	14.30±5.01		12.68±3.19		10.43±3.58		30.42±9.90 ^b	p = .030*
Bilimsel toplantılara katılma								
Evet	28.08±4.58	F=1.781 p = .153	14.25±3.16	F=0.832 p = .186	9.66±3.55	F=1.101 p = .351	51.00±9.10 ^a	F=1.624
Hayır	26.04±4.00		11.86±2.53		8.59±4.12		39.50±8.66 ^b	p = .001*
Herhangi bir mesleki derneğe üye olma durumu								
Evet	21.80±4.58	F=1.086 p = .365	13.15±2.55 ^a	F=0.592 p = .019*	10.80±3.13	F=0.421 p = .793	41.36±9.45	F=0.958
Hayır	19.11±4.65		9.15±2.87 ^b		9.84±3.38		39.22±9.71	p = .433

KDHYTÖ, Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği

*Tekrarlı ölçümlerde varyans analizi

**Aynı harfler farkın olmadığını, farklı harfler ise farkın olduğunu göstermektedir

Tartışma

Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin KDU'lara yönelik tutumlarını belirlemek için yapılan bu çalışmada, hemşirelerin KDHYTÖ tutumlarının orta düzeyde (43.53 ± 3.08) olduğu saptandı. Hemşirelerin tutumunun belirlenmesi ve olumlu yönde değiştirilmesinin KDU'ların hayata geçirilmesi açısından önemli olduğu belirtilmektedir (10-12). Hemşirelerin KDU'ya yönelik tutumlarının incelendiği araştırmalar incelendiğinde; çoğu araştırma da çalışmamızın sonuçları gibi KDU puan ortalamasının orta düzeyde olduğu belirtilirken (46.48 ± 4.90) (11-18) az sayıda araştırmada ise KDU puan ortalamasının orta düzeyin üzerinde (57.01 ± 2.20) olduğu bildirilmektedir (12-15). KDU ile ilgili araştırmaların genelinde "olumlu tutumun" önemi vurgulanmış ve uygulamaya aktarma çalışmalarında bu olumlu tutumun sürdürülmesi gerektiği belirtilmiştir (13-17). Hemşirelerin hasta bakımlarını KDU temelli yapması; bakım kalitesini yükseltmek ve sonuçlarını iyileştirmek, klinik uygulamalarda ve hasta bakım sonuçlarında fark yaratmak, bakımı standardize etmek, hemşire ve hasta memnuniyetini artırmak gibi sonuçlar açısından önemlidir (20-23). Ayrıca hemşirelik uygulamalarının bilimselleşmesini sağlamak için KDU'ya dayalı olarak gerçekleştirilmesi gereklidir (4,16). Bu nedenle çalışmamızda, hemşirelerin tutumlarının orta düzeyde olması, hemşirelerin KDU'ya ilişkin bilgi/beceri ve uygulamalarda eksikliklerinin olduğunu ve desteklenmeye gereksinimleri olduğunu düşündürmektedir.

KDHYTÖ inanç ve beklentiler alt boyutu, hemşirelerin klinik çalışmalarda kanıtı dayalı hemşireliğin yararları ile ilgili inanç ve beklentilerini içermektedir (22, 24). KDU'da hemşirelerin, KDU ile ilgili inançları, KDU rehberlerinin kliniğe entegre edilmesinde etkili olmaktadır (24-27). Çalışmamızda, dâhiliye hemşirelerinin KDU'ya yönelik inanç ve beklentilerinin orta düzey de olduğu (23.18 ± 2.07) belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde; hemşirelerin KDU'ya karşı olumlu bir tutuma sahip oldukları, ancak kanıtı dayalı rehberlerdeki uygulamaları daha az kapsamda klinik uygulamaya aktardıkları, KDU'ya yönelik tutum ile KDU'nun kliniğe aktarılmasına ilişkin inançlar arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu ve KDU'ya yönelik inançların, KDU'ların kliniğe aktarılması üzerinde büyük etkiye sahip olduğu görülmektedir (20-26). İnanç alt boyutunda olumlu tutumun yüksek olması hemşirelerin KDU için harekete geçmeye hazır olduklarının göstergesidir (25,26). Bu bağlamda, çalışmamıza katılan dâhiliye hemşirelerinin KDU'ya yönelik tedavi ve bakım girişimlerini yapmak için orta düzeyde kendilerini hazır hissettikleri düşünülmektedir.

KDHYTÖ uygulama niyeti alt boyutu; hemşirelerin KDU'ları yapma davranışları veya niyetleri, algılanan engelleri, iş yükü ve eğitim için ayrılan sürenin kanıtı dayalı hemşirelik için kullanılmasını içermektedir. Çalışmamızda, dâhiliye hemşirelerinde uygulama niyet alt boyutunun orta düzeyin altında olduğu bulunmuştur. Dikmen ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin KDU'ya yönelik uygulama niyetlerinin orta düzeyin altında (10.06 ± 1.37) olduğu belirlenmiştir (15). Üniversite hastanesinde çalışan dahiliye hemşireleri ile yapılan bir başka araştırmada ise uygulama niyeti alt boyutunun 15.51 ± 2.52 olmak üzere orta düzeyin üstünde bulunduğu belirtilmektedir (19). Bizim çalışmamız da örneklem çoğunluğunu devlet hastanelerin de çalışan hemşirelerin oluşturması, uygulama niyeti puan ortalamasının orta düzeyin altında olması sonucuna bir neden olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca çalışmamızda hemşirelerin kanıt temelli uygulama niyetlerinin orta düzeyin altında olması, hemşirelerin uygulamada algıladıkları engellerden; yetersiz zaman ve yetersiz kaynaklardan kaynaklandığını düşündürmüştür. Hemşirelerin bu tutumlarını olumlu yönde etkilemek için yöneticilerin ve eğitimcilerin KDU ilkelerine bağlı olmaları, kaynak sağlamaları ve bunu hayata geçirmeleri için destekleyici bir ortam oluşturmaları gerektiği bildirilmektedir (22-26).

KDHYTÖ duygular alt boyutu; kanıtı dayalı hemşireliğe verilen önem düzeyini, kanıtı dayalı hemşireliğin klinik uygulamada kullanılmasında sağlanan yararları ve hemşirelerin konuyla ilgili duygularını içermektedir. Çalışmamızda dâhiliye hemşirelerinin duygu alt boyutu ortanın altındadır (8.91 ± 2.71). Yılmaz ve arkadaşları (2018), dâhili ve cerrahi hemşirelerinin kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik duygularının düşük (6.03 ± 1.99), Daştan ve Hindistan (2018) ise dâhiliye hemşirelerinin kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik duygularının orta düzeyin üstünde olduğunu (15.28 ± 3.59) olduğunu saptamıştır (17,19). Bu araştırmalarla karşılaştırıldığında bu çalışmanın puan ortalamalarının birbirinden farklı olduğu görülmektedir. Bununla birlikte bu puan ortalamaları örneklem seçimi, kullanılan ölçek, uygulama yapılan hastanenin büyüklüğü gibi faktörler göz önüne alındığında farklı çalışmalarda farklı sonuçlar da gösterebilecektir. Bizim çalışmamızda hemşirelerin KDU'ların klinik uygulamada kullanılmasında sağlanan yararlar konusundaki duygularının olumsuz olması, KDU'nun hemşirelik bakım çıktıları üzerine olan olumlu etkisi hakkında bilgilerinin yeterli olmadığını düşündürmüştür (27-30). Nitekim araştırmamız kapsamında ki hemşirelerin büyük çoğunluğunun klinikte KDU kullanmadığı bulunmuştur.

Araştırma kapsamına alınan hemşirelerden 25 yaş ve altında olan, sorumlu hemşire olan ve çalışma deneyimi 1-6 yıl arasında olan hemşirelerin kanıt temelli uygulamalara yönelik tutumları daha yüksektir. Literatür incelendiğinde; araştırmamızın sonuçlarına benzer şekilde 20-25 yaş grubu ve 1-5 yıldır çalışan hemşirelerin KDU tutumlarının daha olumlu olduğu belirtilmiştir (26-32). Mezuniyet tarihinin yakın olmasının alınan eğitimin daha iyi hatırlanmasını sağlaması, hemşirelik eğitimine son yıllarda KDU kavramının entegre edilmesi ve yeni işe başlayanların KDU kullanımı hakkında daha çok istekli olması hemşirelerin KDU tutumlarını olumlu yönde etkilemektedir (31-33). Malik ve arkadaşları (2015) ile Youssef ve arkadaşları (2018) sorumlu hemşire pozisyonunda çalışan hemşirelerin KDU tutumlarının daha olumlu olduğunu belirtmektedir (32,33). Bizim araştırmamız da literatür ile benzerlik göstermektedir, bu sonucun sorumlu hemşirelerin çoğunlukla gündüz ve hafta içi çalışması nedeniyle literatür incelemesine daha çok fırsat bulabilmesi, primer olarak direkt hasta bakımı yerine klinik bakım protokollerini servis hemşiresine göre daha yakından takip etmesi ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (23-25). KDHYTÖ toplam ve tüm alt boyut puan ortalamalarının lisans ve üzeri eğitim düzeyi olan grupta daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Hem ulusal hem de uluslararası literatürde, benzer sonuçların elde edildiği çalışmalar bulunmuştur (22-32). Literatürde eğitim seviyesinin uzaması ile birlikte KDU'lara ilişkin en doğru ve güncel bilginin öğrenildiği belirtilmektedir (20-24). Bu amaçla hemşirelik eğitimlerinde KDU ile ilgili bilgilere daha çok yer verilmesi gerektiği düşünülebilir.

Araştırma yapan, bilimsel toplantılara katılan ve mesleki derneklere üye olan hemşirelerin KDHYTÖ puanları daha yüksektir. Hemşirelerde KDU ile ilgili literatür incelendiğinde; çalışmamızın bulgusuna benzer sonuçlar bulunmuştur (28-34). Hemşirelik mesleğinin istenen seviyelere gelmesi ancak bilimsel uygulamalar ile mümkün olacaktır. Bilimsel etkinliklere

Araştırma

katılma ve takip etme hemşirelerin kanıt kullanma becerisini geliştiren bir süreç olduğu düşünülmektedir. Bilimsel araştırmalar ve toplantılar, hemşirelerin mesleki gelişiminde etkin rol oynadığı gibi hemşireler arasında bilimsel bilgi paylaşımını artırmada dolayısıyla KDU tutumunun olumlu seviyeye ulaştırılmasında önemli bir yere sahiptir (33-35). Ayrıca hemşirelik dernekleri, güncel araştırma sonuçlarını takip edip sonuçları duyurmak için çalışmalar yapmaktadır (32-34). Çalışmamızda, derneklere üye hemşirelerin KDU tutumlarının yüksek olmasının hemşirelerin dernekler aracılığıyla KDU hakkında bilimsel araştırmaları takip edebilmeleri ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışma, örneklemi oluşturan hemşire sayısının büyüklüğü (n = 964) gözönüne alınarak ülkemizde dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelendiği sınırlı çalışmalardan biri olarak KDU'ya ilişkin veriler sağlamaktadır.

Yapılan bu çalışma sonucunda; dâhili kliniklerde çalışan hemşirelerin kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının orta düzeyde olduğu, hemşirelerin bazı tanıtıcı (yaş, eğitim düzeyi, çalışma yılı ve çalışma pozisyonu) ve bilimsel aktivitelere ilişkin (bilimsel araştırma yapma, toplantılara katılma ve derneğe üye olma durumu) özelliklerinin KDU'ya yönelik tutumlarını olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda, öncelikle kanıtların nasıl elde edildiği ve klinik uygulamaya nasıl aktarılabilceği konusunda farkındalığı arttırmak için dahiliye hemşirelerine hizmetiçi eğitim programları düzenlenmelidir. Hemşirelerin araştırma yapabilmesi, bilimsel toplantılara katılabilmesi için uygun fırsatların sağlanması ek olarak hemşirelik derneklerine üyeliklerin gerçekleştirilmesi için teşvik edilmesi önerilmektedir.

Kısıtlılıklar

Bu araştırmanın başlıca iki kısıtı bulunmaktadır. Birincisi; sadece bir ilde yapılmış olmasıdır. Bundan dolayı araştırmanın sonuçları sadece bu ilde bulunan hastanelerde çalışan dâhiliye hemşireleri için genellenebilir. İkincisi; araştırma verilerinin yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanması nedeniyle verilerin güvenilirliği görüşmecilerin verdikleri bilgilerle sınırlıdır. Son olarak ise; verilerin sadece hemşirelerin ifadelerinden elde edilmesi ve gözleme dayalı bulgular içermemesidir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Mesleki profesyonelleşmenin en önemli şartı bilimsel verilerin kullanılması ve sonuçların mesleğe yansıtılmasıdır. Hemşirelikte teori ve uygulamanın bir bütün olarak klinik uygulamalara aktarılması meslek elemanlarının işbirliği ile sağlanabilecektir. Bu nedenle hemşirelerin eğitim sürecinde KDU'larla ilgili tutumlarının belirlenmesi bu konu ile ilgili veri sağlanmasında ve farkındalık oluşturulmasında oldukça önem kazanmaktadır. Bu çalışma, dahiliye hemşirelerinin kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarını ve etkileyen faktörlerini açıklayarak hemşirelik literatürüne katkı sağlayacak ve elde edilen bulgular hemşirelikte KDU'ya yönelik yapılacak araştırma ve eğitim programlarının düzenlenmesi konusuna katkı sağlayacaktır.

Çıkar Çatışması

Yazarların birbirleri üzerinde herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı beyanı şöyledir: fikir/kavram TM; tasarım MK; Denetleme/danışmanlık MK; veri toplama ve işleme, analiz ve yorum TM, MK; kaynak taraması: TM, MK; makalenin yazımı: TM; eleştirel düşünme: MK; araştırmanın bütçesi: TM, MK.

Araştırma ile ilgili herhangi bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır.

Araştırmanın bütçesi araştırmacılar tarafından karşılanmıştır.

Ayrıca sorumlu olduğumuz araştırmada herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi bulunmamaktadır.

Araştırmanın yapılabilmesi için bir üniversitenin girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulundan (Karar No: 2018-4/13) izin alınmıştır.

Kaynaklar

1. Abu Hasheesh MO, AbuRuz ME. Knowledge, attitude and practice of nurses towards evidence- based practice at Al-Medina. KSA. JMJ 2017;51(2):47-56.
2. Intas G, Kostagiolas P, Zavras D, Chalari E, Stergiannis P, Toyliia G. Information-seeking behavior of Greek nursing students: a questionnaire study. Comput Inform Nurs 2017;35(2):109-114.
3. Ruzafa-Martinez M, Lopez-Iborra L, MadrigalTorres M. Attitude towards evidence-based nursing questionnaire: development and psychometric testing in Spanish community nurses. J Eval Clin Pract 2011;17:664-70.
4. Cosme S, Milner KA, Wonder A. Benchmarking of prelicensure nursing students'evidence-based practice knowledge. Nurse Educator 2018;43(1):50-53.
5. Wallace R, Vanhook P. The importance of evidence-based practice. The Tennessee Nurse, 2016;78(4):11.
6. Aburuz ME, Abu Hayeah H, Al-Dweik G, Al-Akash HY. Knowledge, attitudes, and practice about evidence-based practice: a Jordanian study. Health Science Journal 2017;11(2):1-8.
7. Dalheim A, Harthug S, Nilsen RM, Nortvedt MW. Factors influencing the development of evidence- based practice among nurses: a self-report survey. BMC Health Serv Res 2012;12:367.
8. Korkmaz M. Kronik Hastalıklarda kanıtı dayalı uygulamalar. İçinde Ovayolu N, Ovayolu Ö, Temel İç Hastalıkları Hemşireliği ve Farklı Boyutlarıyla Kronik Hastalıklar. Adana: Nobel Yayın Dağıtım; 2015;782-791.
9. Ayhan Y, Kocaman G, Bektaş M. Kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutum ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2015;17:21-35.

Araştırma

10. Arslan FT, Çelen R. Hemşirelik öğrencilerinin kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının belirlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2018;27(2):99-106.
11. Vortherms J, Spoden B, Wilcken J. From evidence to practice: developing an outpatient acuity-based staffing model. *CJON* 2015;19(3):332-337.
12. Thorsteinsson, HS. Icelandic nurses' beliefs, skills, and resources associated with evidence-based practice and related factors: a national survey. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2013;10(2):116-126.
13. Reid J, Briggs J, Carlisle S, Scott D, Lewis C. Enhancing utility and understanding of evidence based practice through undergraduate nurse education. *BioMed Central Nursing* 2017;16: 8.
14. Kyriakoulis K, Patelarou A, Laliotis A, Wan AC, Matalliotakis M, Tsiou C. Educational strategies for teaching evidence-based practice to undergraduate health students: systematic review. *J Educ Eval Health Prof* 2016; 13: 34.
15. Dikmen Y, Filiz NY, Tanrıku F, Yılmaz D, Kuzgun H. Attitudes of intensive care nurses towards evidence-based nursing. *IJSR* 2018;8(1):138-143.
16. Küçüköglü S, Bükecik T, Aytekin A, Çeleb A. Acil birimlerde çalışan hemşirelerin adli vakayla ilgili yaklaşımları ve kanıtı dayalı uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Adli Tıp ve Adli Bilimler Dergisi* 2017;14(1):1-8.
17. Yılmaz D, Düzgün F, Dikmen Y. Hemşirelerin kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının incelenmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2018;10:3-6.
18. Durmuş M, Gerçek A, Çiftçi N. Sağlık çalışanlarının problem çözme becerilerinin kanıtı dayalı tutum algıları üzerindeki etkisi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2017;5(52):648-661.
19. Daştan B, Hintistan S. Dahiliye kliniklerinde çalışan hemşirelerin kanıtı dayalı hemşireliğe yönelik tutumlarının belirlenmesi: kırsal bölge örneği. *Ordu University Journal of Nursing Studies* 2018;1(1):1-9.
20. André B, Aune AG, Brænd JA. Embedding evidence-based practice among nursing undergraduates: results from a pilot study. *Nurse Educ Pract* 2016;18:30-5.
21. Scurlock-Evans L, Upton P, Rouse J, Upton D. To embed or not to embed? Alongitudinal study explorin the impact of curriculum design on the evidence-basedpractice profiles of UK pre-registration nursing students. *Nurse Educ Today* 2017;58:12-18.
22. Mena-Tudela D, González-Chordá VM, Cervera-Gasch A, Maciá-Soler ML, Orts-Cortés MI. Effectviness of an evidence-based practice educational intervention with second-year nursing students. *Rev. Latino-Am. Enferm* 2018; 26:3026.
23. Balakas K, Smith JR. Evidence-based practice and quality improvement innursing education. *J. Perinat. Neonatal Nurs* 2016;30(3):191-194.
24. Mashiach EM. Implementation of evidence-based nursing practice: nurses' personal and Professional factors? *J Adv Nurs* 2011;67:33-42.
25. Arslan S, Şener DK, Küçük Ö. Pediatri kliniğinde çalışan hemşirelerin kanıtı dayalı uygulamalara ilişkin görüşleri. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi* 2015;3:1-9.
26. Merih YD, Potur DC, Esencan TY. Doğum sonu kliniklerinde çalışan ebe ve hemşireler kanıtı dayalı uygulamaların neresinde? *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi* 2017;1(4):8-14.
27. Zhou F, Hao Y, Guo H, Liu H. Attitude, knowledge, and practice on evidence-based nursing among registered nurses in traditional Chinese medicine hospitals: a multiple center cross-sectional survey in China. *Evid Based Complement Alternat Med* 2016;1:1-8.
28. Stokke K, Olsen NR, Espehaug B, Nortvedt MW. Evidence based practice beliefs and implementation among nurses: a cross-sectional study. *BMC Nursing* 2014;13(8):1-10.
29. Ammouri AA, Raddaha AA, Dsouza P, Geethakrishnan R, Noronha JA, Obeidat AA, Shakman L. Evidence-based practice: knowledge, attitudes, practice and perceived barriers among nurses in Oman. *SQUMJ* 2014;14(4):537-45.
30. Fiset VJ, Graham ID, Davies BL. Evidence-based practice inclinical nursing education: a scoping review. *J Nurs Educ* 2017; 56(9):534-541.
31. Şenyuva E. Hemşirelik eğitimi ve kanıtı dayalı uygulamalar. *F.N. Hem. Dergisi* 2016;24:59-65.
32. Youssef NF, Alshraifeen A, Alnuaimi K, Upton P. Egyptian and Jordanian nurse educators' perception of barriers preventing the implementation of evidence-based practice: a cross-sectional study. *Nurse Educ Today* 2018;64:33-41.
33. Malik G, McKenna L, Plummer V. Perceived knowledge, skills, attitude and contextual factors affecting evidence-based practice among nurse educators, clinical coaches and nurse specialists. *Int J Nurs Pract* 2015;21(2):46-57.
34. Reid J, Briggs J, Carlisle S, Scott D, Lewis C. Enhancing utility and understanding of evidence based practice through undergraduate nurse education. *BMC Nursing* 2017;16(58):1-3.
35. Alshehri MA, Alalawi A, Alhasan H, Stokes E. Physiotherapists' behaviour, attitudes, awareness, knowledge and barriers in relation to evidence-based practice implementation in Saudi Arabia: a cross-sectional study. *JBHI Evidence Implementation* 2017;15(3):127-141.

Kısaltmalar

KDHYTÖ: Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği, KDU: Kanıtı dayalı uygulama

Ekler

EK I: Hemşire Bilgi Formu

1. Cinsiyet
 - a) Kadın
 - b) Erkek
2. Yaşınız
3. Yaş Grubu
 - a) 25 yaş ve ↓
 - b) 26-36 yaş
 - c) 37 ve ↑
4. Eğitim Düzeyiniz?
 - a) Lise
 - b) Ön lisans
 - c) Lisans
 - d) Lisans üstü
5. Medeni Durumunuz?
 - a) Evli
 - b) Bekâr
6. Çalışma yılı
7. Çalışma Pozisyonunuz?
 - a) Servis hemşiresi
 - b) Sorumlu hemşire
8. Çalıştığınız Vardiya Türü?
 - a) 8-16
 - b) 16-08
 - c) 08-08/24-08
9. Çalışma şekliniz?
 - a) Kadrolu
 - b) Sözleşmeli
10. Hemşirelik uygulamalarında kullanılan bilgi kaynaklarından uygun olanı işaretleyiniz?
 - a) Hizmet içi eğitim
 - b) Hemşirelik eğitimi sırasında alınan bilgiler
 - c) Deneyimli hemşirelerden alınan bilgiler
 - d) İnternet
 - e) Bilimsel dergi-kitaplar
11. Kanıtı dayalı uygulamaları kullanma durumunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
12. Kaynaklara ulaşmayı bilme durumunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
13. Bilimsel toplantılara katılma durumunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
14. Bilimsel araştırma yapma durumunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
15. Herhangi bir mesleki derneğe üye olma durumunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır
16. Yabancı dil bilme durumunuz?
 - a) Evet
 - b) Hayır

EK II: Kanıtı Dayalı Hemşireliğe Yönelik Tutum Ölçeği

(1= Hiç katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Biraz katılıyorum, 4= Katılıyorum, 5= Tamamen katılıyorum)

No	Madde	Hiç Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
1	Kanıtı dayalı hemşireliğin, hemşireliğin günlük uygulamalarının önemli bir parçası olmasından memnun olurum.	1	2	3	4	5
2	Uyguladığım bakımla ilgili güçlü bilimsel kanıt bulmaktan memnun olurum.	1	2	3	4	5
3	Kanıtı dayalı bakım vermek, günlük çalışmalarımı olumsuz etkiler.	1	2	3	4	5
4	Kanıtı dayalı hemşireliği uygulamak, profesyonel/mesleki önceliklerim arasında değildir.	1	2	3	4	5
5	İşimde/mesleğimimde, kanıtı dayalı hemşireliği uygulamak için çaba göstermeye hazırım.	1	2	3	4	5
6	Boş zamanımı, kanıtı dayalı hemşireliği öğrenmek için harcamaya karşıyım.	1	2	3	4	5
7	Kanıtı dayalı hemşireliğin kullanılması sağlık bakım sonuçlarını iyileştirir.	1	2	3	4	5
8	Hemşirelik araştırmalarının sonuçlarından öğrendiğim bilgiyi dikkate almam.	1	2	3	4	5
9	Kanıtı dayalı hemşireliği çalışmalarımında kullanmak istiyorum/isterdim.	1	2	3	4	5
10	Sağlık bilimlerindeki araştırmalar, klinik hemşirelik uygulamaları için önemli değildir.	1	2	3	4	5
11	Klinik kanıtı dayalı hemşirelik rehberlerinin özenli bir şekilde oluşturulması için işbirliği yapmaya hazırım.	1	2	3	4	5
12	Bilimsel makaleleri okumaktan sıkılırım.	1	2	3	4	5
13	Kanıtı dayalı hemşireliğin klinik hemşirelik uygulamalarında önemli bir rolü olmalıdır.	1	2	3	4	5
14	Kanıtı dayalı hemşirelik uygulamaları, verilen bakımın standartlaşmasına yardım eder.	1	2	3	4	5
15	Kanıtı dayalı hemşirelik uygulamalarını, çalışmalarımına entegre etmekten hoşlanmam.	1	2	3	4	5

Gebelerin Natal ve Postnatal Dönemlerdeki Endişe Düzeyleri ile Beden Kitle İndeksleri Arasında İlişki Var Mıdır?

Hamide ZENGİN*, Öznur TİRYAKİ**, Sinem YALNIZOĞLU ÇAKA***, Nursan ÇINAR****

Öz

Giriş: Gebelik psikolojik, biyolojik ve duygusal değişimlere neden olan, kadın yaşamının en önemli değişkenlerinden birini oluşturmaktadır. **Amaç:** Bu çalışma, gebelik öncesi Beden Kitle İndeksi'nin (BKİ) gebelerin doğum ve doğum sonrası endişe düzeyini etkileme durumunu belirlemek amacıyla yapıldı. **Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışma 15 Nisan- 15 Mayıs 2019 tarihleri arasında bir üniversite hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde yürütüldü. Araştırmanın örneklemini dahil edilme kriterlerine uygun, çalışmaya katılmaya gönüllü toplam 438 gebe oluşturdu. Araştırmacılar tarafından hazırlanan gebelerin tanıtıcı bilgilerini içeren 25 sorudan oluşan soru formu ile 'Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği' kullanılarak elde edilen veriler SPSS 22.0 istatistik programı kullanılarak değerlendirildi. Verilerin analizinde, sayı, yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma ve Pearson korelasyon analizi kullanıldı. **Bulgular:** Araştırmaya katılan 438 gebenin yaş ortalaması 28.95 ± 5.39 , gebelik öncesi BKİ ortalaması 24.07 ± 4.19 ve gebelik haftası ortalaması 31.59 ± 8.90 olarak belirlendi. Yapılan bu çalışmada gebelik öncesi BKİ ile 'Doğum Sonrası Eşinden Destek Alamama Endişesi' alt boyutu arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve BKİ arttıkça endişe düzeyinin azaldığı sonucu elde edildi ($p < .05$). **Sonuç:** Anne adaylarında gebelik öncesi BKİ'leri arttıkça Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği alt boyutlarından doğumdan sonra eşinden destek alamama endişesinin azaldığı saptandı. Ölçeğin diğer alt boyutları ile BKİ arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Kilo alımındaki artışın gebelerde daha çok desteğe ihtiyaç duymasına neden olabileceği ve bu desteğin gebelik döneminden itibaren eşleri tarafından karşılanabilmesi nedeni ile doğum sonrası korkuyu azaltmış olabileceğini düşündürdü. **Anahtar Kelimeler:** Gebelik, Korku, Doğum, Endişe, Beden Kitle İndeksi.

Abstract

Is There a Relationship Between the Anxiety Levels of the Pregnants in Natal and Postnatal Periods and Their Body Mass Index?

Background: Pregnancy is one of the most important variables of women's life, causing psychological, biological and emotional changes. **Objective:** This study was carried out to determine the effect of pre-pregnancy body mass indexes (BMI) of pregnant women on their natal and postnatal anxiety levels. **Methods:** This descriptive and cross-sectional study was carried out in the gynecology and obstetrics clinic of a university hospital between 15 April and 15 May 2019. A total of 438 pregnant women who met the inclusion criteria and volunteered to participate in the study constituted the sample of the study. The data obtained using the questionnaire form consisting of 25 questions containing the introductory information of the pregnant women prepared by the researchers, and the 'Concerns About perinatal and postnatal periods Scale' were evaluated using the SPSS 22.0 statistical program. Number, percentage distribution, mean, standard deviation and Pearson correlation analysis were used in the analysis of data. **Results:** It was determined that the average age of 438 pregnant women participating in the study was 28.95 ± 5.39 , the mean BMI before pregnancy was 24.07 ± 4.19 and the mean of the gestational week was 31.59 ± 8.90 . In this study, it was concluded that the relationship between BMI before pregnancy and the "Anxiety of Inability to Receive Support from Their Husband After Birth" sub-dimension was statistically significant and the level of anxiety decreased as the BMI increased ($p < .05$). **Conclusion:** It has been determined that as pre-pregnancy BMI increases in expectant mother, the anxiety of not getting support from the spouse after birth decreases from the sub-dimensions of the Anxiety Regarding the Birth and Postpartum Period. There was no significant relationship between the other sub-dimensions of the scale and BMI. It suggested that the increase in weight gain may cause the pregnant women to need more support and this support may be provided by their spouses starting from the pregnancy period, which may have reduced postpartum fear. **Keywords:** Pregnancy, Fear, Birth, Anxiety, Body Mass Index.

Geliş tarihi: 13.09.2019 **Kabul tarihi: 03.01.2021**

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre; fazla kilolu, Beden Kitle İndeksinin (BKİ)'nin 25 ve üzerinde olması, obezite ise BKİ'nin 30 veya daha fazla olması şeklinde tanımlanır. Dünyada 2016 yılında, 18 yaş ve üstü 1.9 milyardan fazla yetişkin aşırı kilolu, bunların 650 milyondan fazlası ise obezdir (1). Obezite aynı zamanda çocuk doğurma çağındaki kadınlar için büyüyen bir problemdir (2). İngiltere'de gebe kadınların yaklaşık beşte biri obezdir (3).

Türkiye'deki yetişkin nüfusun (> 20 yaşında) %61.9'unun fazla kilolu olduğu ve %27.8'inin obez olduğu bildirilmiştir (4). Obezite, doğrudan ve dolaylı nedenlerden kaynaklanan toplam anne ölümlerinin yarısından fazlası ile ilişkilidir. Gebelik öncesi obezite ve gebelik sırasında aşırı kilo alımı, gebelik ve doğumdaki olumsuz sonuçlarla ilişkilidir (5-7). Gebelik sırasında aşırı kilo alımı, risk döngüsünü devam ettirerek daha fazla obezite gelişimi olasılığını artırabilir (8). Doğum sonrası vücut kompozisyonu gebelikten etkilenebilir, obezlerde normal kilolu annelere kıyasla artmış yağ tutma gözlenmiştir (9).

Obezite prevalansının tüm dünyadaki hızlı artışı, DSÖ'nün obeziteyi 21. yüzyılın en ciddi küresel sağlık sorunlarından biri olarak tanımlamasına yol açmıştır (10). TNSA-2018 verilerine göre Türkiye'de kadınların %59'u fazla kilolu veya obez olduğu belirlenmiştir (11). The Institute of Medicine (IOM) prenatal kilo alımında gebelik öncesi BKİ'nin temel alınmasını belirtmektedir. Gebelik öncesi BKİ düşük ($< 19.8 \text{ kg/m}^2$) olan kadınlar için önerilen toplam kilo alımı 12.5-18 kg, BKİ normal ($19.8 - 26 \text{ kg/m}^2$) olan kadınlar için 11.5 - 16 kg, BKİ yüksek ($< 26-29 \text{ kg/m}^2$) olanlar için 7-11.5 kg, BKİ $> 29 \text{ kg/m}^2$ olanlar için toplam kilo alımının 6.8 kg olması önerilmiştir. IOM önerilerinin amacı; bebek için uygun doğum ağırlığı olan 3000 ve 4000 grama ulaşmaktır ki, en iyi maternal ve fetal sonuçlar bu önerilere göre kilo alan kadınlarda görülmüştür (8).

*Dr. Öğr. Üyesi, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Bilecik, e-mail: hamide.zengin@bilecik.edu.tr ORCID: 0000-0002-2389-6466 **Uzman Hemşire, Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Doktora Programı, Sakarya, e-mail: oznuritiryaki@gmail.com ORCID: 0000-0001-8788-3077 ***Arş. Gör. Dr., Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Sakarya, e-mail: sinemyalnizoglu@sakarya.edu.tr ORCID: 0000-0002-1572-7013 **** Prof. Dr., Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Sakarya, e-mail: ndede@sakarya.edu.tr ORCID: 0000-0003-3151-9975

IOM 2009 yılında kilo alımı önerileri tekrar gözden geçirilmiş ve obez kadınların kilo alma aralığının 5-9.1 kg olması önerilmiştir (8, 9).

Yapılan bir çalışmada gebelerin maternal komplikasyon oranlarına göre BKİ sınıflaması sonucu zayıf olan grupta (BKİ: < 19.8 kg/m²) maternal komplikasyon oranı %36.4 iken, fazla kilolu (BKİ: ≥ 26.0-29.9 kg/m²) olanlarda %45.9 ve obez (BKİ: ≥ 30.0 kg/m²) olan grupta ise %68.3 olarak belirlenmiştir. Ayrıca, gebelik öncesi BKİ'ne göre kıyaslandığında, gebelik öncesi BKİ arttıkça olguların maternal komplikasyon oranı, sezaryen sayısındaki artış ve bebek doğum ağırlığı artışı istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (12).

Maternal obezite prevelansının her geçen gün artma eğilimi gösterdiği, fazla kilolu ve obez kadınların normal kilolu kadınlara göre antenatal, intrapartum, postpartum ve neonatal komplikasyonlar açısından önemli risk altında olduğu belirtilmektedir (13). Obez gebelerle yapılan nitel bir çalışmada; maternal obezitenin damgalanma nedeniyle psikososyal etkilerinin olduğu, gebelerin utanç duygusu yaşadıklarını göstermiştir (14). Obez gebelerde depresyon, beden imajında bozulma, benlik saygısında azalma ve sosyal izolasyon gibi psiko-sosyal problemler, normal kilolu ve zayıf gebelere göre daha fazla görülür (15).

Emzirme anne sağlığı için pek çok faydasının yanında çocuk sağlığının korunması ve geliştirilmesinde de bebeğin emzirilmesi /anne sütü ile beslenmesi son derece önemlidir (16). Yapılan bir çalışmada, sağlık sorunları ya da doğum komplikasyonları olan zayıf ve obez kadınların normal kilolu kadınlara göre yaklaşık 1.4 kez daha az emzirmeye başladığı ve emzirmeyi daha erken bıraktığı bulunmuştur. Gebelik boyunca tıbbi sorunları ya da doğum komplikasyonları olmayan şişman ve obez kadınların normal kilodaki kadınlara göre emzirmeyi bırakma riskinin her ay için %11 arttığı saptanmıştır (17). Obez kadınların psikolojik açıdan emzirmeye başlama ve emzirmeyi devam ettirmeye daha az eğilimli oldukları, düşük öz benlik ve güven yaşadıkları, bunda ruhsal sağlık sorunları ve postnatal depresyonu içeren birçok faktörün katkısı olabileceği belirtilmiştir (13).

Yapılan bir araştırmada zayıf BKİ'ne sahip kadınlarda doğumdan hemen sonra bebeklerini emzirme oranı %84.6 iken, normal BKİ'ne sahip kadınlarda bu oran %95.7 olduğu saptanmıştır. Araştırmada zayıf BKİ'ne sahip kadınların hiçbiri, bebeklerini ilk altı ay sadece anne sütü ile beslememiştir. Normal BKİ'ne sahip kadınlarda ise bu oranın %51.9 olduğu saptanmıştır. Bebekleri altı aydan küçük annelerde ek besine başlama oranı zayıf BKİ'ne sahip kadınlarda %60, normal BKİ'ne sahip kadınlarda %28.6 olarak bulunmuştur (18).

Gebelik dönemi kadınlar üzerinde psikolojik, biyolojik ve duygusal değişimlere neden olan, kadın yaşamının en önemli değişkenlerinden birini oluşturmakta aynı zamanda bu süreçte yaşananlar doğum sonrası yenidoğan bebeğin bakımını da etkilemektedir. Bu dönemde içe kapanıklık, endişe, belirsizlik, kaygı, çelişki gibi bazı psikolojik değişimlere neden olmaktadır (19-24). Özellikle prenatal dönemde, natal ve postnatal döneme yönelik obez kadınlarda kaygıyı artıran faktörleri belirlemek uygun hemşirelik girişimlerini planlamak açısından önem sağlayacaktır. Obez kadınlara kapsamlı ve gereksinimlerine uygun özel hemşirelik bakımının sağlanması kaygı yönetimini kolaylaştıracaktır.

Amaç

Bu çalışmada gebelerin, doğum öncesi beden kitle indeksinin gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemdeki endişe düzeyini etkileme durumunu belirlemek amacıyla planlandı.

Araştırma Soruları

- Gebelerin gebelik öncesi BKİ ile 'Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Endişeler Ölçeği (DDSDÖ)' toplam puan ortalaması arasında ilişki var mıdır?
- Gebelerin gebelik öncesi BKİ ile DDSDÖ alt boyutları puan ortalaması arasında ilişki var mıdır?

Yöntem

Araştırmanın Tipi

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma 15 Nisan- 15 Mayıs 2019 tarihleri arasında gerçekleştirildi.

Araştırmanın Yapıldığı Yer

Bir üniversite hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğinde yürütüldü.

Araştırmanın Evreni/Örnekleme

Araştırmanın evrenini 15 Nisan - 15 Mayıs 2019 tarihleri arasında Marmara Bölgesi'nde yer alan bir eğitim ve araştırma hastanesinin kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvuran tüm gebeler oluşturdu. Çalışmaya dahil edilme kriterleri; gebenin çalışmanın yapıldığı zamanlarda kadın hastalıkları ve doğum polikliniğine başvurması, en az ilkokul mezunu olması, riskli gebelik durumu ya da perinatoloji takibinde olmaması (sigara/alkol kullanmaması, kronik hastalığa sahip olmaması, preeklampsi, eklampsi, erken doğum tehdidi vb.) ve çalışmaya katılmanın kabul edilmesidir.

Veri toplama tarihleri sırasında araştırmaya dahil edilen 450 gebeden 12 tanesi veri toplama formunu eksik doldurması nedeni ile araştırma dışı bırakıldı. Literatürde örneklem sayısının ölçek madde sayısının en az beş, ideal olarak on katı olması gerektiği belirtilmektedir (25). Bu doğrultuda 61 maddeden oluşan "DDSDÖ" çalışmaya katılmayı kabul eden ve dahil olma kriterlerine uygun olan 438 gebe örneklem grubunu oluşturdu.

Veri toplama Araçları-Geçerlik ve Güvenirlilik Bilgileri

Veriler, araştırmacılar tarafından hazırlanan gebelerin tanıtıcı özelliklerini içeren 25 sorudan oluşan soru formu ile DDSDÖ kullanılarak elde edildi. Çalışmaya katılmayı kabul eden gebeler, anket formunu doldurmaları için uygun bir ortamda 10 - 15 dakika yalnız bırakıldı ve doldurulan formlar araştırmacı tarafından toplandı.

Kitapçoğlu ve arkadaşları (2008) tarafından geliştirilen DDSDÖ; gebelerin, doğum ve doğum sonrası dönemde yaşamış/yaşayabileceği endişeleri saptayabilecek türde 10 alt boyut (bebeğe ilişkin endişeler, doğum eylemine ilişkin endişeler, doğum sonrası emzirmeye ilişkin endişeler, doğum sonrasında bebek bakımında yetersiz kalma endişesi, doğum sonrası sosyal yaşama ilişkin endişeler, doğum sonu bebek ve loğusa sağlığına ilişkin endişeler, doğum sonrası eşinden destek alamama

endişesi, travay öncesi endişeler, doğum sırasında sağlık personelinin davranışına yönelik endişeler, sezaryen olma endişesi) ve 61 ifadeden oluşup, 5'li likert tipe sahiptir. Her bir ifade için en düşük 1, en yüksek 5 puan verilmiştir. Ölçekte ters puanlanan ifadeler bulunmamaktadır. Faktörlerin her birine ait soru sayısı farklı olduğundan karşılaştırılabilmesi için standardizasyon uygulanmıştır. Bu amaçla, faktörden elde edilen toplam ham puan, o faktörden alınabilecek en yüksek tavan puan bölünüp, 10 ile çarpılmıştır. Standartlaştırma sonrası elde edilen puanlar 1 - 10 puan arasında değişmektedir. Bölümlerin puanları tek tek standardize edildikten sonra toplanarak, bölüm sayısına bölünüp aritmetik ortalamaları hesaplanmış ve ortalama toplam puan olarak adlandırılmıştır. Ölçekte standartlaştırma sonrası elde edilen puanlar 1-10 arasında değişmektedir ve standardizasyon sonrası puanlar; .00 - 2.00 Çok düşük, 2.01 - 4.00 Düşük, 4.01 - 6.00 Orta, 6.01 - 8.00 Yüksek, 8.01 - 10.00 Çok yüksek olarak değerlendirilmektedir. DDSEÖ'nün orjinal çalışmasında Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayısı tüm ölçek için α : .95 olduğu (25), yapılan bu çalışma için Cronbach α : .98 olarak bulunmuştur. Bu sonuç; Cronbach α : .80 - 1.00 arası ise ölçek yüksek derecede güvenilir olarak yorumlanmaktadır (26).

Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler bilgisayar ortamında ve SPSS 22.0 paket programı ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapmadan yararlanıldı. Ölçek ile BKİ arasındaki ilişki ise Pearson korelasyon analizi ile incelenmiş ve anlamlılık düzeyi olarak .05 alındı.

Araştırmanın Etik Yönü

Çalışmaya başlamadan önce Kitapçıoğlu ve arkadaşlarının geliştirmiş olduğu DDSDÖ için kullanma izni, Sakarya Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (Etik Kurul No: 71522473/050.01.04/150) ve çalışmanın yapıldığı hastaneden kurum izni alındı. Araştırmaya başlamadan önce, araştırmacılar tarafından gebelere araştırma hakkında bilgi verilerek, bireysel bilgilerinin korunacağı belirtildi ve gönüllük ilkesi doğrultusunda sözel ve yazılı onamları alındı. Araştırmaya katılan gebelere maddi/ manevi zarar verme riski bulunmamaktadır. Ayrıca çalışmada, araştırma ve yayın etiğine uyuldu.

Bulgular

Araştırmaya katılan 438 gebenin yaş ortalamasının 28.95 ± 5.39 , gebelik öncesi BKİ ortalamasının 24.07 ± 4.19 ve gebelik haftası ortalamasının 31.59 ± 8.90 olarak belirlendi. Gebelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde %86.1'i çekirdek aile tipinde, %58.4'ü ortaokul-lise mezunu ve %72.8'i ev hanımı idi. Gebelerin obstetrik özellikleri incelendiğinde %69.4'ünün planlı gebelik, %61.4'ünün multigravida olduğu ve %76.9'unun ilk bebeğini beklediği belirlendi. Katılımcıların %85.4'ünün gebelik döneminde eğitim almadığı ve %91.6'sının gebelik ve doğum sonrası yakınlarından destek alacağını ifade ettiği belirlendi (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik ve Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı (n: 438)

DEĞİŞKENLER	Ortalama \pm SS		
Yaş	28.95 \pm 5.39		
Gebelik haftası	31.59 \pm 8.90		
Gebelik öncesi BKİ	24.07 \pm 4.19		
	n		
	%		
Aile Tipi	Çekirdek Aile	377	86.1
	Geniş Aile	61	13.9
Öğrenim Durumu	İlkokul (1)	47	10.7
	Ortaokul-Lise (2)	256	58.4
	Önlisans ve Üzeri (3)	135	30.8
Çalışma Durumu	Çalışıyor	119	27.2
	Çalışmıyor	319	72.8
Planlı Gebelik	Evet	304	69.4
	Hayır	134	30.6
Gebelik Durumu	Primigravida	169	38.6
	Multigravida	269	61.4
Parite Türü	Nullipar	337	76.9
	Multipar	101	23.1
Gebelik Döneminde Eğitim Alma	Evet	64	14.6
	Hayır	374	85.4
Gebelik ve Doğum Sonu Destek Almayı Düşüme Durumu	Düşünen	401	91.6
	Düşünmeyen	37	8.4

Gebelerin DDSEÖ toplam puan ortalaması 6.70 ± 1.96 , alt boyutlarından aldıkları puan ortalamaları incelendiğinde; 'Bebeğe ilişkin endişeler' 6.50 ± 2.40 , 'Doğum eylemine ilişkin endişeler' 6.80 ± 2.05 , 'Doğum sonrası emzirmeye ilişkin endişeler' 7.13 ± 2.16 , 'Doğum sonrasında bebek bakımında yetersiz kalma endişesi' 6.16 ± 2.52 , 'Doğum sonrası sosyal

yaşama ilişkin endişeler' 6.41 ± 2.56 , 'Doğum sonu bebek ve loğusa sağlığına ilişkin endişeler' 6.69 ± 2.14 , 'Doğum sonrası eşinden destek alamama endişesi' 6.06 ± 2.77 , 'Travay öncesi endişeler' 6.97 ± 2.44 , 'Doğum sırasında sağlık personelinin davranışına yönelik endişeler' 7.34 ± 2.29 , 'Sezaryen olma endişesi' 6.95 ± 2.59 saptandı. Standartlaştırılmış puan ortalamaları incelendiğinde gebelerin genel olarak her boyuttan aldıkları puan ortalamalarının yüksek olduğu görüldü.

Tablo 2. Gebelik Öncesi BKİ'ye göre DDSEÖ Alt Boyut Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n:438)

Ölçek Alt Boyutları	r*	p
DDSEÖ Toplam Puanı	-.078	.102
Bebeğe İlişkin Endişeler	-.078	.101
Doğum Eylemine İlişkin Endişeler	-.090	.061
Doğum Sonrası Emzirmeye İlişkin Endişeler	-.014	.764
Doğum Sonrasında Bebek Bakımında Yetersiz Kalma Endişesi	-.081	.089
Doğum Sonrası Sosyal Yaşama İlişkin Endişeler	-.057	.231
Doğum Sonu Bebek ve Loğusa Sağlığına İlişkin Endişeler	-.027	.573
Doğum Sonrası Eşinden Destek Alamama Endişesi	-.115	.016 **
Travay Öncesi Endişeler	-.090	.059
Doğum Sırasında Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler	-.037	.443
Sezaryen Olma Endişesi	-.045	.349

* r: Korelasyon katsayısı, **p < .05

Gebelik öncesi BKİ ile DDSEÖ toplam puan ortalaması arasındaki ilişki incelendiğinde BKİ ile DDSEÖ ölçeği toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p = .102). Gebelik öncesi BKİ ile DDSEÖ alt boyut puan ortalamaları arasındaki korelasyon incelendiğinde, gebelerin BKİ ile DDSEÖ alt boyutlarından "Bebeğe İlişkin Endişeler", "Doğum Eylemine İlişkin Endişeler", "Doğum Sonrası Emzirmeye İlişkin Endişeler", "Doğum Sonrasında Bebek Bakımında Yetersiz Kalma Endişesi", "Doğum Sonrası Sosyal Yaşama İlişkin Endişeler", "Doğum Sonu Bebek ve Loğusa Sağlığına İlişkin Endişeler", "Travay Öncesi Endişeler", "Doğum Sırasında Sağlık Personelinin Davranışına Yönelik Endişeler" ve "Sezaryen Olma Endişesi" ile bir ilişki olmadığı ancak "Doğum sonrası eşinden destek alamama endişesi" alt boyut puan ortalamaları arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı bir ilişki olduğu saptandı (p = .016). Buna göre, gebelik öncesi BKİ arttıkça doğum sonrası eşinden destek alamama endişesi azalmaktadır (Tablo 2).

Tartışma

Gebelerin, doğum öncesi beden kitle indeksinin doğum ve doğum sonrası dönemdeki endişe düzeyini etkileme durumunun belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışma ile ilgili;

Araştırmaya katılan gebelerin gebelik öncesi BKİ ortalamasının $24.07 \pm 4.19 \text{ kg/m}^2$ olarak bulundu. Literatür incelendiğinde gebelik öncesi beden kitle indekslerinin perinatal ve neonatal sonuçlarını inceleyen birçok çalışma mevcuttur (12, 26). Bununla birlikte Türkiye'de TNSA-2018 verilerinde 15 - 49 yaş aralığındaki kadınların %59'unun fazla kilolu veya obez (BKİ > 24.9 kg/m^2) olduğu bildirilmektedir (11). Bu durum çalışmamıza katılan gebelerin BKİ ortalamalarının Türkiye ortalamasının altında kaldığını ve bu nedenle BKİ'nin doğum ve doğum sonrası dönemde endişe kaynağı olmamasına neden olabileceğini düşündürmüştür.

Gebelerin DDSEÖ alt boyutlarından aldıkları en yüksek puanlara bakıldığında; 'Doğum sırasında sağlık personelinin davranışına yönelik endişeler' ve 'Doğum sonrası emzirmeye ilişkin endişeler' alt boyutu puan ortalamalarının yedinin üzerinde ve en yüksek puan ortalamasına sahip olduğu, 'Doğum sonrasında bebek bakımında yetersiz kalma endişesi' ile 'Doğum sonrası eşinden destek alamama endişesi' alt boyutlarının en düşük puana sahip olduğu bulunmuş olup DDSEÖ toplam puan ortalaması 6.70 ± 1.96 olarak saptanmıştır. Standartlaştırılmış puan ortalamaları incelendiğinde gebelerin genel olarak her boyuttan aldıkları puan ortalamalarının yüksek olduğu görülmüştür. Kitapçıoğlu ve arkadaşlarının (2008) yaptığı ölçeğin orijinal çalışmasında; 'Doğumda sağlık personelinin davranışlarına yönelik endişeler' ile 'Gebelik döneminde bebek sağlığına ilişkin endişeler' alt boyut puan ortalaması en yüksek bulunmuş olup sırasıyla 'Doğum eylemine ilişkin endişeler' ve 'Doğum sonrası emzirmeye ilişkin endişeler' gelmektedir. En düşük puan ortalamasına sahip faktörler ise 'Doğum sonrası destek alamama endişesi' ve 'Sezaryen olma endişesi'dir (26). Küçükçaya ve arkadaşlarının (2018) yaptığı çalışmada da DDSEÖ alt boyutlarından alınan en yüksek puan ortalamasının 'Doğum sonrası emzirmeye ilişkin endişeler' alt boyutuna, en düşük puan ortalamasının ise 'Doğum sonrası eşinden destek alamama endişesi' alt boyutuna ait olduğu bulunmuştur (27). Zengin ve arkadaşlarının (2020) yaptıkları çalışmada da doğumda sağlık personelinin davranışlarına yönelik endişeler, 'Doğum sonrası emzirmeye ilişkin endişeler' ve 'Sezaryen olma endişeler' puanları yüksek bulunmuştur (28). Üst ve arkadaşlarının (2015) primipar ve multipar gebelerin doğum ve doğum sonrası endişelerini incelediği çalışmada, en yüksek endişe düzeyi 'Doğum sırasında sağlık personelinin davranışına yönelik endişeler' alt boyutuna, en düşük puan ortalamasının ise 'Doğum sonrası eşinden destek alamama endişesi' alt boyutuna ait olduğu belirtilmiştir (20). Köse ve Pasinlioğlu'nun (2015) gebelere verilen doğum ve doğum sonu eğitimini bu dönemlere ilişkin endişeyi azaltmaya etkisini incelediği çalışmada, eğitim öncesi en yüksek endişe düzeyi 'Doğum eylemine ilişkin' alt boyutuna, en düşük puan ortalamasının ise 'Sezaryen olmaya ilişkin' alt boyutuna ait olduğu belirtilmiştir (29). Blackmore ve arkadaşlarının (2016) gebelikle ilişkili anksiyeteyi inceledikleri çalışmada, ikinci ve üçüncü trimesterdeki gebelerin orta düzeyde endişe yaşadığı ve yaşadığı endişelerden en yüksek endişe düzeyin 'Bebeğe ilişkin endişeler' olduğu ve gebelik haftası azaldıkça endişe düzeyinin de azaldığı saptanmıştır (30). Konu ile ilgili yapılmış çalışma sonuçları ile bu çalışmanın sonuçları genel olarak benzerlik göstermekle birlikte 'Doğum sonrası emzirmeye ilişkin endişeler', 'Travay öncesi endişeler' ve 'Sezaryen olma endişesi' puan ortalamaları bu çalışmada daha yüksek bulunmuştur. 'Doğum sırasında sağlık personelinin davranışına yönelik endişeler' puan ortalamasının diğer çalışmalarda da yüksek bulunmuş olması, sağlık personellerinin yaklaşımında gebeler

açısından bakıldığında olumsuz algılar oluşturmuş olmaları, halk arasında gebelerin doğum deneyimlerinin ve sağlık çalışanlarının doğum esnasında davranışlarının dilden dile dolanması nedeniyle önyargı oluşturmuş olması son derecede üzücüdür.

Çalışma sonuçlarında; gebelerin gebelik öncesi BKİ ile DDSEÖ alt boyutlarından biri olan 'Doğum sonrası eşinden destek alamama endişesi' puan ortalamaları arasında negatif yönde çok zayıf düzeyde bir ilişki bulundu ($p < .05$). Buna göre, gebelik öncesi BKİ arttıkça doğum sonrası eşinden destek alamama endişesi azalmaktadır. Obez ve fazla kilolu olanların eşinden destek alamama ile ilgili endişelerinin düzeyi normal kilolu olanlara göre daha az olduğu görülmektedir. Yapılan bir çalışmada gebeliğin ilk trimesterindeki maternal BKİ'ne göre normal kilolu veya fazla kilolu olan kadınların antenatal depresyonlarının ve bebeğin doğum ağırlığının düşük olduğu gösterilmiştir (31). Cheng ve arkadaşlarının (2016) 1764 kadının dahil edildiği, gebelik öncesi eş desteğinin gebelikteki sonuçlarına etkisini inceledikleri çalışmalarında; düşük eş desteği bildiren gebe kadınlar arasında yüksek düzeyde antenatal kaygı, depresyon ve sigara kullanımı olduğu, eşlerinden gelen destek seviyesi arttıkça gebelikte kadınların daha az kilo aldıklarını bildirilmişlerdir (32). Yapılan çalışmalarda; doğum öncesi eş desteği düşük kadınların, eş desteği aldıklarını bildiren yaşlıtlarına göre daha kötü ruh sağlığı ve sağlık davranışları olduğunu göstermektedir (32, 33). Gebelik döneminde eş desteği alan kadınların ilk trimesterde doğum öncesi bakım alma oranının arttığı ve sigara kullanırsa azalttığı yönünde kanıtlar mevcuttur (34). Doğum öncesi eş desteği bildiren kadınların gebelik süresince daha az kaygılarının olduğu ve doğum sonrasında da kaygı ve depresif belirtilerini de azalttığı bilinmektedir (23, 35). Doğum belgesinde babalık bilgisinin bulunmadığı görülen, doğum öncesi babanın olmaması; daha yüksek neonatal ölüm oranları, çok veya düşük doğum ağırlığı, erken doğum ve gestasyon haftasına göre küçük bebek doğma riskini arttığı bildirilmiştir (36, 37). Başka bir çalışmada Afrikalı ve Amerikalı kadınlar arasında doğum öncesi eş desteği ile erken doğum, düşük doğum ağırlığı veya anne sağlığı davranışları arasında bir ilişki bulunamamıştır (38). Yapılan çalışmalarda da görüldüğü gibi eş desteği, gebelik ve sonrasında son derece önemlidir ve baba adaylarının, gebelik döneminde eşlerinin BKİ'leri üzerindeki etkilerini inceleyen daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşündürmüştür.

Obezite, kronik bir hastalıktır. Obez bireyler birtakım ihtiyaçlarını tek başına karşılamakta zorlanabilirler veya karşılayamayabilirler (39). Kronik hasta bireylerin özbakım ve diğer gereksinimlerinde desteğe ihtiyaç duyma oranları yüksektir (40, 41). Yapılan bu çalışmada gebelerin, gebelik öncesi BKİ değerleri hesaplanarak sınıflamalar yapılmıştır. Bu nedenle obez ya da fazla kilolu gebelerin, gebelik öncesinde de obezitenin eşlik ettiği bir yaşam şekli sürmeleri nedeniyle eşler bu duruma alışkıntır. Bu durum, gebelik ve gebelik sonrası süreçte de obez ve fazla kilolu gebelerin daha az endişe duymalarına neden olabilir. Eş desteğinin etkilenmesi yalnızca gebenin BKİ'nin yüksek olması olmayabilir. Bu durumu etkileyebilecek farklı değişkenlerle de ilgili olabilir. Eş desteğini etkileyebilecek faktörleri, nicel bir çalışmada ortaya koymak oldukça zordur. Bu konunun nedeni ancak nitel bir çalışma tasarımı ile ortaya çıkartılabilir. Obez anne adaylarında, eş desteği ile ilgili daha detaylı çalışmalara ihtiyaç vardır. Obez gebeliklerin sağlıklı bir şekilde sürdürülmesinde psikososyal desteğin yeri kaçınılmazdır (42).

Doğum, bir kadının anneliğe geçiş deneyimidir. Kadınların çoğunlukla daha önce gözlemleyemedikleri bir ortamda bulunmaları, mahremiyetlerini korumaya çalışmaları, bilmedikleri veya önceki deneyimlerinde olumsuzluklar yaşadıkları bir doğum eylemi ile baş etmeye çalışmaları gebelerde endişe ve korkuya neden olabilmektedir. Özellikle doğum eylemi esnasında anne adaylarının yanında bulunan hemşire, ebe gibi sağlık profesyonellerinin bu hassas dönemde gebelerin kaygı ve endişelerini göz önünde bulundurarak yaklaşımda bulunmaları son derece önemlidir.

Kısıtlılık

Araştırmaya katılan gebelerin, gebelik öncesi kilo ve boy ölçümlerinin araştırmacılar tarafından yapılmamış olması, gebelerin verdiği yanıtlar doğrultusunda beden kitle indeksinin hesaplanmış olması ile çalışmanın, sadece tek merkezli bir eğitim araştırma hastanesinde yürütülmesi araştırma sonuçlarının genellebilirliği açısından sınırlılık olarak kabul edilebilir.

Sonuçların Uygulamada Kullanımı

Hemşireler ve ebeler anne adaylarının doğum izlemleri sırasında korkularını ve endişelerini saptamada ve gebelerin ihtiyaçlarına yönelik danışmanlık hizmeti vermede önemli bir noktadadırlar. Gebelik öncesi BKİ'nin yüksek olması da gebelerde endişe kaynaklarından biridir. Prenatal kilo alımında gebelik öncesi BKİ'nin temel alınması son derece önemlidir. Bu nedenle kadınların gebelik öncesi mevcut kiloları göz önünde bulundurularak yaklaşımda bulunulmalıdır. Sağlık çalışanlarının özellikle birinci basamak gebe takiplerinde gebelik öncesindeki BKİ'lerini dikkate alarak tüm gebelik takiplerini IOM'nun önerileri doğrultusunda sürdürmeleri, kaşektik veya obez gebeliklerin yönetimi konusunda eğitilerek; gebelerin ya da adayların gebelik planlanma sürecinde, hatta evlilik öncesi danışmanlık hizmetlerinde, gebelik ve doğum sonu dönemde kaşektik/obez gebeliklerin komplikasyonları, zorlukları, gebelik ve postpartum dönemlere ilişkin konularda eğitilmesi ve desteklenmesi, motive edilmesi, sosyal destek sağlanması son derece önemlidir. Gebelik öncesinden başlayarak, gebelikte sağlıklı yaşam tarzları teşvik edilmelidir. Postpartum dönemde özellikle emzirmenin teşviki sağlanmalı, emzirme danışmanlıklarının hem anne hem de baba adaylarına verilmesi önerilmektedir. Çalışma sonucu, zayıf, normal veya fazla kilolu kategorisindeki gebelerin eş desteği görememe endişesinin obezlere göre daha fazla yaşadığını düşündürmektedir. Bu aşamada eş desteği; gebelik sonuçlarını iyileştirmeye yönelik müdahalelerde önemli ve potansiyel olarak değiştirilebilir bir hedef olarak kullanılabilir.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı beyanı şöyledir: Fikir/Kavram: HZ, NÇ; tasarım: HZ, NÇ, ÖT; denetleme/danışmanlık: HZ, NÇ; veri toplama ve işleme: ÖT, HZ; analiz ve yorum: SYÇ; kaynak taraması: HZ, ÖT, SYÇ; makalenin yazımı: HZ, ÖT, SYÇ; eleştirel düşünme: HZ, NÇ, ÖT, SYÇ; araştırmanın bütçesi: HZ, ÖT, SYÇ. Araştırma ile ilgili herhangi bir projeden ya da firmadan destek alınmamıştır. Araştırma bütçesi, araştırmacılar tarafından karşılanmıştır. Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Ayrıca sorumlu olduğumuz araştırmada herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi yoktur. Araştırmanın yapılabilmesi için Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (10.04.2019 tarihli ve 150 sayılı karar).

Kaynaklar

1. World Health Organization. Obesity and overweight [Online]. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> 15 Mayıs 2020
2. Heslehurst N, Rankin J, Wilkinson J, Summerbell CD. A nationally representative study of maternal obesity in England, UK: Trends in incidence and demographic inequalities in 619, 323 births, 1989-2007. *Int J Obes (Lond)* 2010;34:420-428.
3. Kanagalingam MG, Frouhi NG, Greer IA, Sattar N. Changing in booking body mass over a decade: Retrospective analysis from a Glasgow Maternity Hospital. *BJOG* 2005;112:1431-1433.
4. World Health Organization. Nutrition, Physical Activity and Obesity Turkey. [online]. 2013:1-4. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/243332/Turkey-WHO-Country-Profile.pdf?ua=1 15 Mayıs 2020
5. Watkins ML, Rasmussen SA, Honein MA, Botto LD, Moore CA. Maternal obesity and risk for birth defects. *Pediatrics* 2003;111:1152-8.
6. Weiss JL, Malone FD, Emig D, Ball HR, Nyberg DA, Comstock CH and et al. Obstetrics complications and cesarean delivery rate - a population-based screening study. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:1091-1097.
7. Oken E, Taveras EM, Kleinman KP, Rich-Edwards JW, Gillman MW. Gestational weight gain and child adiposity at age three years. *Am J Obstet Gynecol* 2007;196(4):322. e1-e8.
8. Rasmussen KM, Yaktine AL. Summary. In Rasmussen KM, Yaktine AL, Weight Gain During Pregnancy: Re-Examining The Guidelines. Institute of Medicine of the National Academies. Washington, DC, National Academy Press; 2009: 1-12.
9. Soltani H, Fraser RB. A longitudinal study of maternal anthropometric changes in normal weight, overweight and obese women during pregnancy and postpartum. *Br J Nutr* 2000;84:95-101.
10. World Health Organization. Obesity and overweight. [Online]. 2020. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> 27 Ekim 2020
11. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). [online]. 2018: 139. URL: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf 27 Ekim 2020.
12. Akgun N, Keskin HL, Ustuner I, Pekcan G, Avsar AF. Factors affecting pregnancy weight gain and relationships with maternal/fetal outcomes in Turkey. *Saudi Med J* 2017;38(5):503-508.
13. Yanikkerem E, Mutlu S. Maternal obezitenin sonuçları ve önleme stratejileri. *TAF Prev Med Bull* 2012;11(3):353-364.
14. Furness PJ, McSevny K, Arden MA, Garland C, Dearden AM, Soltani H. Maternal obesity support services: A qualitative study of the perspectives of women and midwives. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2011;8,11:69.
15. Ejder Apay S, Pasinlioğlu T. Obezite ve gebelik. *TAF Prev Med Bull* 2009;8(4):345350.
16. Cinar N, Dede C. Why breast feeding is the best feeding? *Health Scope* 2013;2(1):63-64.
17. Arendes K, Qiu Q, Gruslin A. Obesity in pregnancy: Pre-conceptional to postpartum consequences. *J Obstet Gynaecol Can* 2008;30(6):477-488.
18. Derya YA, Taşhan ST. Kadınlarda zayıflık prevalansı ve emzirme arasındaki ilişki. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2015:17-25.
19. Taşkın L. Gebeliğin Psikososyal Ve Kültürel Boyutları. İçinde Taşkın L, Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 11. Basım. Ankara Sistem Ofset Matbaacılık; 2012:215-220.
20. Üst ZD, Pasinlioğlu T. Primipar ve multipar gebelerde doğum ve doğum sonu döneme ilişkin endişelerin belirlenmesi. *Journal of Health Sciences and Professions-HSP* 2015;2(3):306-17.
21. Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010;27:51-8.
22. Ternsröm E, Hildingsson I, Haines H, Rubertsson C. Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women- findings from a community sample in Sweden. *Midwifery* 2015;31:445-50.
23. Cetişli NE, Zirek ZD, Abali FB. Childbirth and postpartum period fear in pregnant women and the affecting factors. *Aquichan* 2016;16(1):32-42.
24. Körükcü Ö, Deliktaş A, Aydın R, Kabukcuoglu K. Gebelikte psikososyal sağlık durumu ile doğum korkusu arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Clin Exp Health Sci* 2017;7:152-8.
25. Alpar R. Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Geçerlik-Güvenirlilik-SPSS'de Çözümleme Adımları İle Birlikte. 3. Baskı. Ankara Detay Yayıncılık; 2014:529.
26. Kitapçıoğlu G, Yanikkerem E, Sevil Ü, Yüksel D. Gebelerde doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeler; bir ölçek geliştirme ve validasyon çalışması. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2008;9(1):47-54.
27. Küçükkaya B, Dindar İ, Erçel Ö, Yılmaz E. Gebelik dönemlerine göre gebelerin doğum ve postpartum döneme ilişkin endişeleri. *JAREN* 2018;4(1):28-36.
28. Zengin H, Bafalı IO, Caka SY, Tiryaki O, Cinar N. Childbirth and postpartum period fear and the related factors in pregnancy. *J Coll Physicians Surg Pak* 2020;30(2):144-148.
29. Köse S, Pasinlioğlu T. Gebelere verilen doğum ve doğum sonu eğitimin bu dönemlere ilişkin endişeyi azaltmaya etkisi. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Anne Çocuk Sağlığı Dergisi* 2015;2:49-63.
30. Blackmore ER, Gustafsson H, Gilchrist M, Wyman C, G O'Connor T. Pregnancy-related anxiety: Evidence of distinct clinical significance from a prospective longitudinal study. *J Affect Disord* 2016;197:251-8.
31. Petursdottir Maack H, Skalkidou A, Sjöholm A, Eurenus-Orre K, Mulic-Lutvica A, Wikström A.K, Sundström Poromaa I. Maternal body mass index moderates antenatal depression effects on infant birthweight. *Scientific Reports* 2019;9(1):6213.
32. Cheng ER, Rifas-Shiman SL, Perkins ME, JW Rich-Edwards, Gilman MW, Wright R and et al. The influence of antenatal partner support on pregnancy outcomes womens health. *J Womens Health* 2016;25(7):672-679.

33. Stapleton LR, Schetter CD, Westling E, Rini C, Glynn LM, Hobel CJ and et al. Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress J Fam Psychol 2012;26:453–463.
34. Martin L, McNamara M, Milot A, Halle T, Hair EC. The effects of father involvement during pregnancy on receipt of prenatal care and maternal smoking. Matern Child Health J 2007;11:595–602
35. Dunkel Schetter C. Psychological science on pregnancy: Stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. Annu Rev Psychol 2011;62:531–558
36. Alio AP, Kornosky JL, Mbah AK, Marty PJ, Salihu HM. The impact of paternal involvement on fetto-infant morbidity among whites, blacks and hispanics. Matern Child Health J 2010;14:735–741.
37. Alio AP, Mbah AK, Kornosky JL, Wathington D, Marty PJ, Salihu HM. Assessing the impact of paternal involvement on racial/ethnic disparities in infant mortality rates. J Community Health 2011;36:63–68.
38. Straughen JK, Caldwell CH, Young AA, Misra DP. Partner support in a cohort of African American families and its influence on pregnancy outcomes and prenatal health behaviors. BMC Pregnancy Childbirth 2013;13:187.
39. Jastreboff AM, Kotz CM, Kahan S, Kelly AS, Heymsfield SB. Obesity as a disease: the obesity society 2018 position statement. Obesity (Silver Spring) 2019;27(1):7-9.
40. Ausili D, Masotto M, Dall'Ora C, Salvini L, Di Mauro S. A literature review on self-care of chronic illness: definition, assessment and related outcomes. Prof Inferm. 2014;67(3):180-189.
41. Bogaerts AF, Devlieger R, Nuyts E, Witters I, Gyselaers W, Guelinckx I, Van den Bergh BR. Anxiety and depressed mood in obese pregnant women: a prospective controlled cohort study. Obes Facts. 2013;6(2):152-64.
42. Queensland Clinical Guideline: Obesity in pregnancy. [Online]. 2015; 1-30. https://www.health.qld.gov.au/data/assets/pdf_file/0019/142309/g-obesity.pdf 28 Ekim 2020

Kronik Hastalığı Olan Çocukların Bakımında Okul Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları

Gizem ÇAKIR*, Naime ALTAY**

Öz

Kronik hastalık, prevalansı yıllar geçtikçe artan, tıbbi bakım gerektiren, çocukları fiziksel, psikososyal ve akademik olarak etkileyen bir durumdur. Kronik hastalığı olan çocukların günlük gereksinimleri sağlıklı akranlarından farklılık gösterebilmektedir. Kronik hastalığı olan okul dönemindeki çocukların okulda ilaç kullanma, ölçüm yapma, beslenme, hareket etme, solunum ve boşaltım ile ilgili fiziksel gereksinimleri bulunmaktadır. Kronik hastalığı olan çocukların psikososyal ve davranışsal değişiklik gösterdiği ve psikososyal olarak desteklenmesi gerektiği belirtilmiştir. Çocukların motivasyonunun artması için desteklenmeye gereksinimleri bulunmaktadır. Okulda kronik hastalık yönetiminin sağlanabilmesinde okul hemşiresine olan gereksinim kaçınılmazdır. Bu derlemede kronik hastalığı olan çocukların okuldaki gereksinimlerinin karşılanması ve bakımında okul hemşiresinin görev ve sorumlulukları, bakım, eğitim, sağlık politikaları ve yönetsel yönleri ele alınmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, kronik hastalık, bakım, okul hemşiresi.

Abstract

Duties and Responsibilities of School Nurses in Care of Children with Chronic Disease

Chronic disease is a condition which prevalence has increased over the years, requiring medical care, affecting children physically, psychosocially and academically. Daily needs of children with chronic diseases may differ from their healthy peers. They may need medication and blood glucose, nutrition and excretion monitoring at school. Associations between chronic diseases and emotional, behavioural, social and overall vulnerabilities were reported. The children should be supported psychosocially. Children need support to increase their motivation. The needs for a school nurse is inevitable in ensuring chronic disease management at school. In this review, the duties and responsibilities of the school nurse, care education, health policies and managerial aspects and care of the needs of children with chronic diseases are discussed.

Key Words: Child, chronic disease, care, school nurse.

Geliş tarihi: 02.05.2020

Kabul tarihi: 16.11.2020

Çocukluk çağı kronik hastalıkları yaşamı uzun süre etkileyebilmektedir. Bu durum dünyada önemli bir sorun haline gelmiştir. Dünyada kronik hastalığı olan çocukların insidansı %10-15 olarak belirtilmiştir. Çocuklar kronik hastalıkların getirdiği güçlük ve sorumluluklarla başa çıkmak durumundadırlar (1). Kronik hastalığı olan çocukların hastalık ve tedavileri (ilaç kullanma, ölçüm yapma, rehabilitasyon vb.) nedeniyle sağlıklı akranlarına göre gereksinimleri farklılık göstermektedir (2). Çocukların bu gereksinimleri, yaşam tarzı değişikliklerinin, psikososyal durumunun ve okul yaşamlarının olumsuz yönde etkilenmesine neden olabilmektedir (3). Kronik hastalığı olan çocukların okulda yaşadıkları sorunların önlenmesi ve giderilebilmesi için fiziksel, psikososyal ve akademik gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması hakkında farkındalığın oluşması gerekmektedir (4). Okullarda kronik hastalığı olan çocukların bakım yönetimi sağlık profesyonelleri tarafından yapılmalıdır. Okul hemşiresi, kronik hastalığı olan çocukların sağlık bakım gereksinimlerinin karşılanmasında anahtar rolü üstlenmektedir (5). Okul hemşiresi, okul sağlığı programlarının etkin bir şekilde uygulanabilmesi için sağlık ve eğitim sisteminin bütünlük olarak yürütülmesini sağlamaktadır. Okul hemşireliği uygulamaları çocukların ve ebeveynlerin yaşam kalitesini iyileştirir (6). Okul hemşireliği uygulamalarının toplum ve ülke ekonomisine olan faydaları bilinmektedir (7). Wang ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, okul hemşireliği hizmetinin çocukların sağlık bakım hizmeti giderlerinin azalmasında etkili olduğu belirlenmiştir (8). Bu derlemenin amacı kronik hastalığı olan çocukların gereksinimlerinin karşılanması ve bakımında okul hemşiresinin görev ve sorumluluklarının incelenmesidir. Derleme, kronik hastalık, kronik hastalığı olan çocukların okuldaki gereksinimleri ve okul hemşiresinin görev ve sorumlulukları olarak üç ana başlık altında ele alınmıştır.

Kronik Hastalık

Kronik hastalık, genetik, fizyolojik, çevresel ve davranışsal faktörlerin kombinasyonu sonucunda meydana gelen, genellikle bir yıl veya daha uzun süren, sürekli tıbbi müdahale gerektiren ve günlük yaşam aktivitelerini sınırlayan durumlar olarak tanımlanmaktadır (9, 10). Kronik hastalığı olan çocuğa özgü, bütüncül bakım vermede zamana bağlı model, kronik hüznün modeli, birleşik model ve aile sistemleri hastalık modeli gibi çeşitli modeller kullanılmaktadır. Bu modeller çocuğun kronik hastalığına ailenin tepkilerini açıklamaktadır. Okul hemşiresi bakımında bu modelleri kullanarak kronik hastalığı olan çocuk ve ailesini kapsamlı bir şekilde değerlendirebilir. Bakım planlamasını bütüncül bir çerçevede ele alabilir (11-13). Kronik hastalığı olan çocukların prevalansı yıllar geçtikçe artmaktadır. CDC'nin ulusal verilerine göre; 2017 yılında çocuklarda görülen astım prevalansı %8.4'tür (14), her 1000 çocukta 6'sında epilepsi olduğu tahmin edilmektedir (15) ve otizm prevalansı 2014 yılında 16.8/1000 (her 59 çocukta birisi)'dir (16). Türkiye Engelliler Araştırması (2002)'nin raporuna göre 0-9 yaş aralığında olan çocukların %2.6'sının ve 10-19 yaş aralığında olan çocukların %2.7'sinin kronik hastalığı olduğu belirtilmiştir. Türkiye'de kronik hastalığı olan 0-19 yaşları arasında 698.406 çocuk bulunduğu ifade edilmiştir (17). Okul çağı çocuklarında en sık görülen kronik hastalıklar arasında astım, kanser, kistik fibrozis, serebral palsi, kronik böbrek yetmezliği, malnutrisyon, diyabet (18), epilepsi, otizm, obezite ve dikkat ve hiperaktivite bozukluğu yer almaktadır (19).

*Arş. Gör. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Ankara/Türkiye. E-posta: gizemcakir@gazi.edu.tr Orcid No: 0000-0002-8308-5817. ** Doç. Dr. Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Ankara/Türkiye. Orcid No: 0000-0003-1524-3390

Kronik Hastalığı Olan Çocukların Okuldaki Gereksinimleri

Kronik hastalığı olan çocukların özel gereksinimleri olabilmektedir (20). Kronik hastalığı olan çocukların gereksinimleri çocuğun fiziksel, bilişsel, duygusal, davranışsal, sosyal, gelişimsel özelliğine, semptomlara ve sıklığına bağlı olarak değişebilmektedir (21). Kronik hastalığı olan okul dönemi çocuklarının gereksinimleri fiziksel, psikososyal ve akademik gereksinimler olmak üzere 3 başlık altında incelenmiştir.

Fiziksel Gereksinimler

Her çocuğun fiziksel gereksinimi gelişim dönemi özelliğine ve hastalığına göre farklılık gösterebilmektedir (1). Kronik hastalığı olan çocukların okuldaki fiziksel gereksinimleri arasında, ilaçların uygulanması, ölçümlerin yapılması, beslenme ve diyetin düzenlenmesi, uygun çevre düzenlemesi ve fiziksel aktivitelerin düzenlenmesi yer almaktadır. Çocukların okul saatlerinde ilaçlarını uygulaması ya da ölçüm yapması gerekebilir. Örneğin, Tip 1 diyabeti olan çocukların okulda kan glikozunu ölçme, insülin ilacını uygulama gibi gereksinimleri vardır (3). Bazı kronik hastalıklarda çocukların beslenme ile ilgili gereksinimleri bulunabilir (22). Kronik hastalıkların çocukların büyümesini olumsuz olarak etkilediği belirtilmektedir (23). Kronik hastalıkların büyüme ve gelişme üzerindeki etkilerini önlemek için çocuğun beslenmesi değerlendirilir ve çocuğa özgü bireysel beslenme planı yapılır (22, 23). Örneğin, kronik böbrek yetmezliği olan çocukların kalorisi yüksek besin alması sağlanırken protein alımı azaltılır (24). Diyabeti olan çocukların aldığı besinlerin karbonhidrat sayımı yapılır ve ara öğünlerini alması sağlanır (25). Serebral palsi tanımlı çocukların disfaji, gastroözefajial reflü ve konstipasyon gibi gastrointestinal sorunları nedeniyle okulda beslenmeyi erteleme durumu, beslenme sırasında aspirasyon riski ve yardımcı gereksinimi olabilmektedir (23). Örneğin disfajisi olan çocukların yüksek kalorili, sıvı besinler alması gerekir. Konstipasyonu olan çocuklara lifli besinler verilir ve günlük sıvı alımının yeterli olması sağlanır. Çocukların diyetine uygun beslenebilmesi için okul kantininde ve yemekhanede bulunan yiyecekler uygun olmalıdır (26).

Kronik hastalığı olan çocukların fiziksel aktivitelere katılımları sağlıklı akranlarına göre düşük düzeydedir. Ebeveynlerin bazıları, çocuklarının daha az aktif olmalarını isteyebilir. Ebeveynlerin yanı sıra öğretmenler de, kronik hastalığı olan çocukların fiziksel aktivite ve oyuna katılımını teşvik etmede isteksiz olabilir (27). Çocuğun oyun oynama ve sportif faaliyetlere katılmasının fiziksel gereksinimleri arasında olduğu unutulmamalıdır. Ayrıca kronik hastalık nedeniyle hareket edebilmede sorunu olan birçok çocuğun tuvalete gidebilme, giyinip soyunma gibi faaliyetleri gerçekleştirebilmelerinde yardıma ve bağımsız gerçekleştirebilmelerinde çevre düzenlemelerine gereksinimleri vardır (21). Bazı kronik hastalıklarda uygun çevre düzenlemesi gerekmektedir. Örneğin, astım yönetiminde ortamın sıcaklığı, odanın/sınıfın havalandırılması, deodorant, oda parfümü gibi ürünlerin kullanımı gibi durumsal faktörlerin kontrolünü sağlamak önemlidir (27).

Psikososyal Gereksinimler

Kronik hastalığın çocukların yaşamında oluşturduğu değişiklikler, ailenin tutumu ve hastalığın merkezi sinir sistemini etkilemesi gibi nedenlerle duygusal, psikososyal ya da davranışsal gereksinimleri artmış ve bazı özel gereksinimleri ortaya çıkmış olabilir (28). Kronik hastalığı olan çocuklarda öfke nöbetleri, özgüven kaybı, sürekli dışlanma düşüncesi ve olumsuz benlik kavramı gibi sorunlar görülebilmektedir. Kronik hastalığı olan çocuklar okulda akran zorbalığına ve damgalanmaya maruz kalabilmektedir (20). Çocuğun okulda bu tür sorunlarla başetmek zorunda olması nedeniyle içe kapanma, sosyal izolasyon ve akran ilişkilerinden kaçınma görülebilmektedir. Çocukların psikososyal olarak desteklenmesi duygusal ve sosyal gelişimlerine katkı sağlayacaktır (29). Bakare ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında, kronik hastalığı olan çocukların sağlıklı akranlarına göre duygularını kontrol etmede güçlük yaşadıkları belirtilmiştir. Kronik hastalığı olan çocukların duygusal değişiklikleri ya da davranış bozukluklarının fark edilmesi ve liyezon hizmetinin geliştirilmesi önemli bir gereksinimdir (30).

Akademik Gereksinimler

Kronik hastalıklarla ilişkili olarak çocuklar fiziksel kısıtlılık, kontroller, psikososyal etkilenme ya da ebeveynlerin hastalığa yönelik algısı nedeniyle devamsızlık yapabilmektedir (31). Kronik hastalığı olan çocukların okul devamsızlığının sağlıklı akranlarına göre daha fazla olduğu belirtilmektedir (29, 32). Devamsızlık süresi hastalığın şiddetine göre farklılık göstermektedir (32). Eloi ve arkadaşlarının (2019) yaptığı çalışmada, inflamatuvar bağırsak hastalığı olan çocuklar arasında okul devamsızlığı ortalama 5 gündür (33). Richardson ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, kronik böbrek yetmezliği olan çocukların %17.3'ünün kronik okul devamsızlığının olduğu ifade edilmiştir (31). Yılmaz ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında, kanser tedavisi gören çocukların sağlıklı akranlarına göre daha fazla okul devamsızlığı yaptığı belirtilmiştir (34). Tsimicalis ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, yeni kanser tanısı almış çocukların ebeveynleri en yaygın yaşanan kaybın okul devam durumunda olduğunu söylemişlerdir (35). Everhart ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında, okul devamsızlığında astımın bir risk faktörü olduğu ifade edilmiştir (27).

Çocukların akademik başarıları ile okula devam durumları arasında bir ilişki olduğu bilinmektedir (31). Okul devamsızlığı nedeniyle çocuklar derslerinde eleştirel bakış açısını geliştiremeyebilirler. Okula geri döndüklerinde uyum süreci ve katılmadığı derslerin/konuların tekrarının olmaması nedeniyle akademik performansında azalma görülebilmektedir (34). Layte ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında, okul devamsızlığı ve akran zorbalığına maruziyet sonucunda çocuklarda duygusal ve davranışsal sorunlar meydana geldiği ve bu durumun okul başarısını düşürdüğü ifade edilmiştir. Çalışma kronik hastalık ve okul başarısızlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir. Çocukların akademik performansındaki azalmanın nedenlerinden birisi de bazı kronik hastalıkların nörobilişsel etkileridir (36). Lande ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında, kronik böbrek yetmezliği olan çocukların akranlarına göre nörobilişsel fonksiyonlarının daha düşük olduğu görülmektedir (37). Crump ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında, otizm, DEHB, epilepsi hastalıkları ve akademik performansın düşük olması arasında önemli bir ilişki saptanmıştır (38). Beyin tümörü olan, kraniyel radyoterapi ve/veya intratekal metotreksat tedavisi alan çocuklarda okuma, anlama, analiz etme gibi eğitim-öğretim faaliyetlerinde yetersizlik ve özel eğitime gereksinimin arttığı

belirtilmektedir (39). Çocukların okul motivasyonları ve okul başarısı için desteklenmeye gereksinimleri bulunmaktadır (3, 31, 32).

Kronik Hastalığı Olan Çocukların Okuldaki Bakımında Okul Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları

Okul hemşireliği uygulamaları bireyselleştirilmiş profesyonel hemşirelik uygulamalarıdır. Bunlar çocuğun fiziksel, psikososyal ve akademik gereksinimlerini karşılamak, akademik başarısını ve yaşam süresini arttırmak, aktif ve potansiyel sağlık sorunlarını saptayıp tedavisi için girişimlerde bulunmak ve güvenli çevrenin oluşturulmasını sağlamak için yapılan uygulamalardır (5). Kronik hastalık yönetiminde okul hemşiresinin görevleri “çocuğun bakımı ve izlemi” (tablo 1), “eğitim ve danışmanlık hizmetleri” ve “sağlık politikaları, yönetsel durum” başlıkları altında aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 1: Çocuğun Bakımı ve İzlemi

Çocuğun bakımı ve izlemi	Okul hemşiresinin görev ve sorumlulukları
Fiziksel değerlendirme	Yaşamsal bulguların takibi Boy-kilo takibi Ağız ve diş sağlığı değerlendirmesi Görme, işitme ve skolyoz taramaları
Tedavi	Sağlık bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi Bireyselleştirilmiş bakım planının geliştirilmesi İlaç kullanımının takibi İlaçların yan etkilerin değerlendirilmesi Kan glikoz ölçümlerinin ve sonuçlarının takibi Aldığı-çıkardığı sıvı izlemi
Acil durum müdahaleleri	Acil eylem planının geliştirilmesi Acil durumlarda gerekli ilaçların hazır bulundurulması Komplikasyon gelişme riski ve sıklığının değerlendirilmesi
Beslenme	Diyeti olan çocuklara beslenme takibi Gerekli durumlarda diyetin düzenlenmesi Diyabeti olan çocuklara karbonhidrat sayımının öğretilmesi Ara ve ana öğünlerin takibi Öğretmenlerin ara öğün konusunda bilgilendirilmesi Okul kantininin denetlenmesi
Fiziksel egzersiz-aktivite planlaması	Çocukların fiziksel aktivitelere katılımının sağlanması Gerekliyse bireyselleştirilmiş fiziksel aktivite planlaması Egzersiz zamanının belirlenmesi
Çevrenin düzenlenmesi	Sınıf ve okulun hijyen koşullarının iyileştirilmesi Alerjenlerin uzaklaştırılması Hareketi kısıtlayan durumların giderilmesi Revirin oluşturulması

Çocuğun Bakımı ve İzlemi

Fiziksel Değerlendirme: Okul hemşiresi, çocuğun boy, kilo ve beden kitle indeksini değerlendirir (40). Ağız ve diş muayenesini, görme, işitme ve skolyoz taramalarını yapar (41). Hastalık nedeniyle yaşamsal bulgularında meydana gelebilecek değişiklikleri izler ve değerlendirir (40). Çocuklarda düzenli büyüme ve gelişmeyi takip eder. Büyüme ve gelişmenin takibi çocuğun yaşına uygun gelişim özelliklerinde meydana gelen değişiklik ya da gerilemenin erken dönemde fark edilmesini sağlar. Hemşire gerekli gördüğünde ileri inceleme ve değerlendirme için yönlendirir (41).

Tedavi ve Acil Durum Müdahalesi: Çocukların okulda alması gereken ilaçları (insülin, bronkodilatör, antihipertansif vb.) kontrol eder. Okul hemşiresi, kullanılan gerekli ilaçların (insülin, glukagon, bronkodilatör, diazepam, midazolam, epinefrin, antibakteriyel pomad, antihistaminik pomad, alerjik göz damlası, ibuprofen) ve zirve akım ölçer (peak flow metre), nebulizatör, oksijen, oksijen maskesi, enjektörler, antiseptik, el dezenfektanı, alkol/povidon iyot, ilaç rehberi gibi malzemelerini revirde bulundurur (41). Kullanılan ilaçların halsizlik, konvülsiyon, baş ağrısı gibi olası yan etkilerini izler. Çocukların okulda kan glikoz düzeylerini ölçmesine yardım eder ve değerlendirir (42). Çocukların aldığı çıkardığı sıvı izlemini yapar (41).

Okul hemşiresi, çocuğun hastalığına ilişkin gelişebilecek komplikasyonları bilir. Çocukların muayene ve değerlendirme sıklığını belirler ve risk analizlerini yapar (43). Çocuklarda görülen komplikasyonların nedenlerini araştırır. Gerekli önlemlerin alınması konusunda ebeveynlere eğitim verir. Çocukların travma riskine yönelik önlemler alır (40). Acil durumlarda gerekli müdahale ve uygulamaları yapar (42). Okulda acil durumlarda kronik hastalık yönetiminin sağlanabilmesi için çocuk ve ebeveynlerle birlikte acil eylem planını geliştirir. Acil eylem planında çocukların rutin tedavisinde kullandığı ilaçlara, acil durum müdahalelerinde hangi ilaçların verileceğine, hastaneye transportunun nasıl yapılacağına ve ebeveynin onamına yer verir (44, 45). Hemşire kronik hastalığı olan çocukların sağlık bakım gereksinimlerini belirler ve vaka yönetimini yapar. Çocukların sağlık durumlarını değerlendirir ve ebeveynleri bilgilendirir. Çocuklara bireyselleştirilmiş bakım planı geliştirir (42). Çocukların sağlık-hastalık yönetiminde okul personeli ve doktoruyla iletişim halinde olur (41).

Beslenmenin Düzenlenmesi ve İzlemi: Hemşire, kronik hastalığına ilişkin özel diyeti olan ya da diyetinin düzenlenmesi gereken çocukların beslenme takibini yapar. Gerekli durumlarda diyetinin yeniden oluşturulmasını sağlar (46). Çocuğun ebeveynleri ve öğretmenlerini bilgilendirir. Bu sayede evde ve okulda diyetine uyumu sağlar (44). Örneğin; diyabeti olan çocuğa beslenmesinde karbonhidrat sayımını öğretir. Çocuğun kan glikoz düzeyini takip eder. Ara öğünlerini almasını sağlar ve ebeveynleri bilgilendirir (42). Sodyum kısıtlaması olan, yüksek kalorili ya da yüksek proteinli besin alması gereken çocukların diyetini düzenler (44). Okul yemekhanesindeki yemeklerin besin değerini denetler ve düzenler. Okulda öğün atlanmasını önler. Besin alerjisi olan çocuğun okulda tanınması hayati önem taşır. Okul yemekhanesinde ve kantinde çalışanlara yönelik eğitimler verir. Besin alerjisi olan çocuğun yiyeceklerini özel olarak hazırlar (46).

Bireysel Fiziksel Egzersiz-Aktivite Planlaması: Okul hemşiresi kronik hastalığı olan çocukların ders dışı etkinliklere katılması için ebeveyn, öğretmen ve çocuğu teşvik eder. Kronik hastalığı olan çocukların öğretmenleri ya da ebeveynleri tarafından sıklıkla yapılan fiziksel egzersiz ve aktivitelerin gereksiz kısıtlanmasını önler. Çocuğun kronik hastalığı doğrultusunda fiziksel egzersiz planlamasını yapar. Örneğin; astımı olan çocuk için ısınma süresi uzun tutulmalıdır. Egzersiz sırasında dinlenme periyotları olmalıdır. Serebral palside ritmik hareketler ve eklemlere açılacak egzersizler yaptırılmalıdır. Romatoid artritte yüzme ve bisiklet etkili ve yapılabilir egzersizlerdendir (47, 48). Okul hemşireleri, çocuklar, ebeveynler ve öğretmenlerin fiziksel aktiviteyle ilgili algıladıkları yanlışları önlemek/düzeltilmek ve çocuk temelli egzersizin güvenli ve uygun olduğunu açıklamak için yönetim planı hazırlamalıdır. Ayrıca ebeveyn ve öğretmenlerle birlikte fiziksel egzersiz sırasında gelişebilecek olağan dışı durumlarla ilgili acil eylem planı hazırlamalıdır (44).

Çevrenin Düzenlenmesi: Okul hemşiresi, okulun çevresel düzenlenmesinde okul, sınıf ve tuvaletlerin fiziksel yapısı, havalandırma ve hijyenik koşullarını değerlendirir ve gereken önlemleri alır. Ortamda sıvı sızıntısı, küflenme gibi sorunların tespiti ve onarımı, yoğun kokuların (boya, vernik, duman gibi) ve alerjenlerin (ev tozu akarı, küf mantarı, hamamböceği, hayvan) giderilmesini sağlar (41). Okulda bakım, onarım ve temizlik gibi durumlarda kullanılan kimyasallardan çocukların uzak tutulmasını ve uygun havalandırmayı organize eder (42, 45). Fiziksel yetersizliği olan çocukların hareketini engelleyen çevre koşullarının (giriş-çıkışlarda tekerlekli sandalyeye uygun rampa, tuvaletlerin fiziksel olarak uygunluğu, sınıfta sırasına rahat bir şekilde yerleşebilmesi için uygun yere oturtulması, sıranın yüksekliği, sıraların arasında uygun mesafelerin olması gibi) düzenlenmesini sağlar (49). Astımı olan çocukların fiziksel aktivite yapacağı ortamın koşullarına (nemli, soğuk olmayan vb.) uygun ortam düzenlemesini yapar (47). Çocukların sağlık/hastalık gereksinimlerinin güvenli bir şekilde karşılanabilmesi için uygun bir ortam hazırlar (1).

Eğitim ve Danışmanlık Hizmetleri

Okul hemşiresi, öğrencilerin, ebeveynlerin, öğretmenlerin ve okul personelinin eğitim gereksinimlerini belirler. Eğitim vereceği birey ya da grubun gereksinimine yönelik eğitimleri düzenler. Eğitim konuları gereksinimlere göre çeşitlendirilebilir (44, 50). Okul hemşiresinin eğitim ve danışmanlık hizmetleri fiziksel bakımda eğitim ve danışmanlık, psikososyal bakımda eğitim ve danışmanlık, akademik konularda eğitim ve danışmanlık olarak üç bölümde ele alınmıştır.

Fiziksel Bakımda Eğitim ve Danışmanlık: Ebeveynlere ve çocuklara yeterli ve dengeli beslenme, diyet uyumu, yiyecek alerjisi, kalori miktarı, besin türü vb. (48), fiziksel egzersiz, tedaviye uyum, hastalık semptomlarını yönetme (51), kronik hastalıkla yaşam eğitimleri verilebilmektedir (50). Öğretmenlere verilebilecek eğitimler arasında beslenme, diyet uyumu ve yiyecek alerjisi (48), fiziksel güç gerektiren derslere ya da aktivitelere katılma, dinlenme gereksinimi, bulaşıcı hastalıklara karşı önlemleri bilme, semptomları tanıma ve acil durumlara karar verebilme yer alabilmektedir (50). Diğer çocuk ve ebeveynlere acil durumda yapılması gerekenler konusunda eğitim verilebilmektedir (52).

Psikososyal Bakımda Eğitim ve Danışmanlık: Kronik hastalık, çocuğun ve ebeveynin psikolojik ve sosyal uyum sorunları yaşamasına neden olabilir. Çocuğun ve ailesinin uyumunu arttırmada en etkili yöntem baş etme becerilerinin geliştirilmesidir (53). Ebeveynlere ve çocuklara psikososyal destek (4) ve başa çıkma eğitimleri verilebilmektedir (40). Ayrıca sağlıklı çocuklara ve ebeveynlerine akran ilişkileri ve akran zorbalığı konularında eğitimler düzenlenebilmektedir (52). Kronik hastalığı olan çocukların zaman zaman motivasyonları düşebilir, benlik saygısı azalabilir ve bu durum akademik performansında azalma ve okul devamsızlığında artış ile sonuçlanabilmektedir. Çocuklarla motivasyon artırıcı çalışmalar yapmak ve öğretmenleri bu yönde desteklemek etkili olabilmektedir (54). Yapılan çalışmalarda benzer hastalığı olan kişilerle birlikte olmanın çocuk ve ebeveynde görülen psikososyal sorunları azalttığı ifade edilmektedir (55). Okul hemşiresi, çocuklara ve ebeveynlere, benzer hastalığı olan çocukların yer aldığı sosyal gruplar, dernekler ve sivil toplum kuruluşları konusunda danışmanlık verebilir.

Akademik Konularda Eğitim ve Danışmanlık: Komplikasyonlar, kontroller ya da hastaneye yatma nedeniyle yapılan okul devamsızlığının azaltılması okul hemşireliği uygulamaları ile mümkündür. Okul hemşiresi, çocuğun düzenli takibini ve risk değerlendirmelerini yapmalı ve ebeveyn ile iş birliği içerisinde olmalıdır. Ayrıca bireysel baş etme becerisinin geliştirilmesi, motivasyonu artırma çalışmaları ile kronik hastalık yönetimi kontrol altında olabilmektedir. Bu sayede çocuğun acil durum yaşama sıklığında azalma sağlanırken hastalığın prognozundaki kötüleşmeler önenebilecektir (56). Çocukların okul devamsızlığı nedeniyle olumsuz etkilenen akademik performansını iyileştirmek için öğretmenlere çocukların akademik performansı ile kronik hastalık arasındaki ilişki ve çocuğun okula uyum süreci konularında eğitim verilebilmektedir. Okul hemşiresi, devamsızlığın ardından okula dönen çocuğa uyum ve başarısını arttıracak yöntemleri çocuğa özel olarak öğretmen ve ebeveynlerle birlikte planlanmalıdır. Bu süreçte hemşire, değerlendirmeleri ve yöntemlerin etkinliğini objektif olarak yapabilmelidir (52). Okul hemşireliği sadece hemşirelik uygulamalarından değil aynı zamanda çocuk, aile ve okul personelinin eğitiminden ve sağlık/hastalık ile ilgili müfredattan sorumludur. Okul hemşiresi, çocukların öğrenmeye hazır oluşunu sağlamaktadır (56).

Sağlık Politikaları ve Yönetel Durum

Amerikan Ulusal Okul Hemşireleri Birliği'nin tanımına göre okul hemşiresi; çocukların iyi oluşları, akademik başarısı ve yaşam boyu gelişimi için çocukların var olan ve potansiyel sağlık sorunlarına müdahale eden, vaka yönetimini yapan, sağlık ve güvenliklerini korumak için teşvik eden, özdenetim, uyum, özveri ve öğrenme, çocuk ve ailenin kapasitesini geliştirmek için diğerleriyle iş birliği yapan sağlık profesyoneli (57). Okul hemşiresinin kronik hastalığı olan çocuk ve adölesanların sağlığını geliştirmek ve eğitimdeki başarısını güçlendirmek için gerçekleştirdiği rolleri bulunmaktadır. Bu roller:

- Kronik sağlık sorunlarının yönetimini kapsayan bakım hizmeti verir.
- Çocukların sağlık bakım gereksinimlerinin tespit edilmesi ve karşılanmasında planlamayı gerçekleştirir.
- Çocukların sağlık durum tespiti için tarama programlarını geliştirerek çocukların olası sağlık sorunlarını erken dönemde tespit eder.
- Çocukların ihtiyaçları doğrultusunda çocuklara bireysel ya da grup eğitimleri organize eder. Ayrıca sağlık eğitimi müfredatını geliştirme takımında görev alır.
- Okul hemşiresi, sağlık bakım uzmanı olarak okul sağlığı politikalarının geliştirilmesine liderlik eder (42, 50, 57).

Okul hemşiresi, sağlığın geliştirilmesi ve korunması, kronik hastalıkların yönetimi, okul sağlığı programların koordinasyonu, kriz yönetimi, acil tıbbi durum yönetimi, ruh sağlığı koruma ve müdahale, akut hastalık yönetimi ve bulaşıcı hastalıklardan koruma ve yönetiminde okul sağlığı politikalarının düzenlenmesi ve geliştirilmesinde danışman, organizatör ve sağlayıcı olarak görev almaktadır (42). Ülkemizde Hemşirelik Yönetmeliği'nde okul hemşirelerinin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır (58). Ancak çok az okul hemşiresi istihdam edilmektedir. Okul hemşiresi, sağlık sistemi ile eğitim arasında önemli bir köprüdür. Ülkemizde okul hemşiresinin popülasyonuna ilişkin yeterli bilgi bulunmamaktadır. Amerika'da devlet okullarının %18.1'i okul hemşiresi desteği almamaktadır. Kamu ve özel okullarda tam ya da yarı zamanlı 132 300 okul hemşiresi istihdam etmektedir. Okul hemşireliği, çocuk ve adölesanlara sağlık bakım hizmetini evrensel olarak erişilebilir kılan bir meslektir. Bu nedenle okullarda hemşire istihdamının gerekli olduğu kaçınılmaz bir gerçektir (59).

Sonuç

Çalışmamızda kronik hastalığı olan çocukların okuldaki fiziksel, psikososyal ve akademik gereksinimleri ile okul hemşiresinin görev sorumlulukları incelenmiştir. Çocukların okuldaki gereksinimlerinin karşılanmaması, onları pek çok yönden olumsuz bir şekilde etkileyebilmektedir. Bu nedenle çocukların iyi oluşları için okuldaki gereksinimleri sağlık profesyoneli tarafından karşılanmalıdır. Okul sağlığı hemşiresi, çocukların sağlığının geliştirilmesi ve hastalıkların yönetiminde etkili bir uzman olarak ülke ekonomisine sağladığı katkı ile toplum refahını arttıracaktır. Dünya örneklerinde olduğu gibi ülkemizde de okul sağlığı hemşirelerinin istihdamının gerekli olduğu düşünülmektedir.

Bilgilendirme

Bu derlemeye yazarların katkı oranı beyanı şu şekildedir: Fikir/kavram NA, GÇ; tasarım GÇ, NA; denetleme/danışmanlık NA; literatür tarama GÇ; analiz/yorumlama NA, GÇ; makalenin yazımı GÇ, NA; eleştirel düşünme GÇ, NA; son kontrollerin yapılması NA, GÇ. Derleme yazımı ile ilgili herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır. Bu derleme araştırma ve bilimsel yayın etiğine uyularak yazılmıştır. Araştırmacılar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. O'Connor M, Rosema S, Quach J, Kvalsvig A, Goldfeld, S. Parent and teacher perceptions of emerging special health care needs. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2016;52(10):950-956.
2. Perrin JM, Gnanasekaran S, Delahaye J. Psychological aspects of chronic health conditions. *Pediatrics in Review* 2012;33(3):1-8.
3. Pansier B, Schulz PJ. School-based diabetes interventions and their outcomes: A systematic literature review. *Journal of Public Health Research* 2015;4(467):65-71.
4. American Academy of Pediatrics Council on School Health. Role of the school nurse in providing school health services. *Pediatrics* 2016;137(6):1-8.
5. National Association of School Nursing. Definition of school nursing. 2017; URL: <http://www.websitation.org/query?url=http%3A%2F%2Fwww.nasn.org%2Fabout-nasn%2Fabout&date=2018-10-04>.
6. Morse BL, Anderson L, Combe LG, Delack S, Ondeck L. U.S. school nursing job analysis. *The Journal of School Nursing* 2020:1-12.
7. Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A, Alarcón-Alarcón G, Infante-Torres N, Donate-Manzanares M, Gomez-Salgado J. The need for school nursing in Spain: A mixed methods study. *International Journal of Environmental and Public Health* 2018;15(11):2367.
8. Wang, LY, Vernon-Smiley, M, Gapinski, MA, Desisto M. Cost-benefit study of school nursing services. *The Journal of the American Medical Association Pediatrics* 2014;168(7):642-648. doi:10.1001/jamapediatrics.2013.5441.
9. World Health Organization. Noncommunicable diseases. 2018; URL: <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
10. Centers for Disease Control and Prevention. About chronic disease. 2019; URL: <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm>.
11. Rolland JS. Chronic illness and life cycle: A conceptual framework. *Family Process* 1987;26:203-221
12. Copley MF, Bodensteiner JB. Chronic sorrow in families of disabled children. *Journal of Child Neurology* 1987;2(1):67-70

13. Olshansky S. Chronic sorrow a response to having a mentally defective child. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services* 1962;43(4):190-193.
14. Centers for Disease Control and Prevention. Most recent national asthma data. 2019; URL: https://www.cdc.gov/asthma/most_recent_national_asthma_data.htm.
15. Centers for Diseases Control and Prevention National Center for Health Statistics. Health, United States, 2016: With chartbook on long-term trends in health. Hyattsville, MD. 2017.
16. Centers for Disease Control and Prevention. New data on autism spectrum disorder in 4-year-old children. 2019; URL: <https://www.cdc.gov/ncbddd/autism/features/asd-data-four-year-old-children.html>.
17. Devlet İstatistik Enstitüsü. Türkiye özürülüler araştırması-2002 (2. Baskı), Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Matbaası.2009.
18. Compas BE, Jaser S, Dunn MJ, Rodriguez EM. Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review* 2012;27(8):455–480.
19. Bell MF, Bayliss DM, Glauert R, Harrison A, Ohan JL. Chronic illness and developmental vulnerability at school entry. *Pediatrics* 2016;137(5):1-9.
20. Quach LL, John RM. Psychosocial of impact growing up with food allergies. *The Journal of Nurse Practitioners* 2018;14(6):477-483.
21. Compas BE, Jaser S, Dunn MJ, Rodriguez EM. Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review* 2012;27(8):455–480.
22. Sevilla MA. Nutritional considerations in pediatric chronic disease. *Pediatrics in Review* 2017;38(8):343-352.
23. Trivic I, Hojsak I. Evaluation and treatment of malnutrition and associated gastrointestinal complications in children with cerebral palsy. *Pediatric Gastroenterology, Hepatology & Nutrition* 2019;22(2):122-131.
24. Richardson KL, Weiss NS, Halbach S. Chronic school absenteeism of children with chronic kidney disease. *The Journal of Pediatrics* 2018;199:267-271.
25. Constance AC. Nutrition issues for youth with diabetes. *National Association of School Nurses* 2014;29(5):230-231.
26. Bioletti L, Capuano MT, Vietti F, Cesari L, Emma L, Leggio K, et al. Celiac disease and school food service in Piedmont Region: Evaluation of gluten-free meal. *Annali di Igiene, Medicina Preventiva e di Comunità* 2016;28(2):145-157.
27. Everhart RS, Miller S, Leibach GG, Dahl AL, Oinis-Mitchell D. Caregiver asthma in urban families: Implications for school absenteeism. *The Journal of School Nursing* 2018;34(2):108-113.
28. Balkan S, Yılmaz S, Özbaran B, Erermiş S, Gökben S, Tekgül H. ve ark. Çocukluk çağı epilepsilerinde çocuk yaşam kalitesi: Hastalık eğitiminin rolü. *The Journal of Pediatric Research* 2015;2(3):144-151.
29. Jansen PW, Verlinden M, Dommissie-van Berkel A, Mieloo CL, Raat H, Hofman A, et al. Teacher and peer reports of overweight and bullying among young primary school children. *Pediatrics* 2014;134(3):473-480.
30. Bakare MO, Omigbodun OO, Kuteyi OB, Meremikwu MM, Agomoh AO. Psychological complications of childhood chronic physical illness in Nigerian children and their mothers: The implication for developing pediatric liaison services. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2008;2(34):1-9.
31. Richardson KL, Weiss NS, Halbach S. Chronic school absenteeism of children with chronic kidney disease. *The Journal of Pediatrics* 2018;199:267-271.
32. Hoffmann I, Diefenbach C, Graf C, König J, Schmidt MF, Schnick-Vollmer K et al. Chronic health conditions and school performance in first graders: A prospective cohort study. *PLOS ONE* 2018;13(3): 1-15.
33. Eloi C, Foulon G, Bridoux-Henno L, Breton E, Pelatan C, Chaillou E et al. Inflammatory bowel diseases and school absenteeism. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 2019;68(4):541-546.
34. Yılmaz MC, Yıldırım-Sarı H, Cetingül N, Kantar M, Erermiş S, Aksoylar S. Determination of school-related problems in children treated for cancer. *The Journal of School Nursing* 2014;30(5):376-384.
35. Tsimicalis A, Genest L, Stevens B, Ungar WJ, Barr R. The impact of a childhood cancer diagnosis on the children and siblings' school attendance, performance, and activities: A qualitative descriptive study. *The Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2018;35(2):118-131.
36. Layte R, McCrory C. Paediatric chronic illness and educational failure: The role of emotional and behavioural problems. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology* 2013;48(8):1307-1316.
37. Lande MB, Gerson AC, Hooper SR, Cox C, Matheson M, Mendley RS, et al. Casual blood pressure and neurocognitive function in children with chronic kidney disease: A report of the children with chronic kidney disease cohort study. *Clinical Journal of the American Society Nephrology* 2011;6(8):1831–1837.
38. Crump C, Rivera D, London R, Landau M, Erlendson B, Rodriguez E. Chronic health conditions and school performance among children and youth. *Annals of Epidemiology* 2013;23(4):179-184.
39. Gurney JG, Krull KR, Kadan-Lottick N, Nicholson HS, Nathan PC, Zebrack B, et al. Social outcomes in the childhood cancer survivor cohort. *Journal of Clinical Oncology* 2009;27(14):2390-2395.
40. Törüner EK, Büyükgöçenç L. Çocuk sağlığı: Temel hemşirelik yaklaşımları. 1. Basım. Ankara: Nobel Tıp; 2017: 122, 732.
41. Unikel LH, Evans D, Bornstein L, Surrence K, Mellins RB. Asthma knowledge and asthma management behavior in urban elementary school teachers. *Journal of Asthma* 2010;47(2):185–191.
42. Leroy ZC, Wallin R, Lee S. The role of school health services in addressing the needs of students with chronic health conditions: A systematic review. *Journal of School Nursing* 2017;33(1):64–72.
43. Centers for Disease Control and Prevention. Seizure first aid. 2019; URL: <https://www.cdc.gov/epilepsy/about/first-aid.htm>. Kasım 25, 2019.
44. Staudt, AM, Alamgir H, Long DL, Inscore SC, Wood PR. Developing and implementing a citywide asthma action plan: A community collaborative partnership. *Southern Medical Journal* 2015;108(12):710-714.

45. National Asthma Council Australia. Asthma action plans. 2017;URL:<https://www.nationalasthma.org.au/health-professionals/asthma-action-plans/>. Eylül 22,2018.
46. Yabancı N. Okul sağlığı ve beslenme programları. Türk Silahlı Kuvvetler Koruyucu Hekimlik Bülteni 2011;10(3):361-368.
47. Sağlık Bakanlığı. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Çocuk ve ergen için kronik hastalıklarda fiziksel aktivite rehberi. Yayın No: 1089. 1. Baskı. Ankara; 2018.
48. Yüzer S, Polat, S. Çocuklar ve spor. Türk Silahlı Kuvvetler Koruyucu Hekimlik Bülteni 2014;3(3):241-244.
49. Mülâyim A. İç mekân düzenlemesinde engellilere yönelik çözüm önerileri. Kırklareli University Journal of Engineering and Science 2017;3:68-94.
50. Bektaş M, Aydın B. Okul hemşiresinin rol ve işlevleri. Türkiye Klinikleri Pediatric Nursing-Special Topics 2018;4(1):52-64.
51. Toyran M, Kocabaş C. Okul ve allerjik hastalığı olan çocuk. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi 2014;8(4):223-228.
52. McClanahan R, Weismuller PC. School nurses and care coordination for children with complex needs: An integrative review. Journal of School Nursing 2015;31(1):34-43.
53. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psikososyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013;1(1):57-72.
54. Mattson G, Kuo DZ, Committee on psychosocial aspects of child and family health, council on children with disabilities. Psychosocial factors in children and youth with special health care needs and their families. Pediatrics 2010;143(1):1-16.
55. Altundağ S. Tip 1 diyabetli çocukların hastalığa uyumunda eğitimin ve sosyal desteğin etkisi. Pamukkale Tıp Dergisi 2018;11(2):137-144.
56. Best NC, Oppewal S, Travers D. Exploring school nurse interventions and health and education outcomes: An integrative review. Journal of School Nursing 2018;34(1):14-27.
57. American Academy of Pediatrics, Council on School Health. Role of the school nurse in providing school health services. Pediatrics 2008;121(5):1052-1056.
58. Sağlık Bakanlığı. Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. Okul sağlığı hemşiresi: Görev, yetki ve sorumlulukları, Hemşirelik yönetmeliği (19 Nisan 2011) T.C. Resmi Gazete, 27910; 2011.
59. Willgerodt MA, Brock DM, Maughan ED. Public school nursing practice in the United States. Journal of School Nursing 2018;34(3):232-244.

Proton Pompa İnhibitörlerinin Kırık Oluşumuna Etkisi ve Bakıma Yansıması*

Seda AKUTAY** Özlem CEYHAN***

Öz

Proton pompa inhibitörleri (PPI) gastrointestinal sistem hastalıklarında ve nonsteroidal antiinflatuar ilaçların gastrointestinal sistem üzerindeki yan etkilerini önlemek amacıyla kullanılan ilaçlardır. Ülkemizde yapılan çalışmalar yıllar içinde proton pompa inhibitörlerinin kullanımındaki artışı gözler önüne sermiştir. Tüm ilaçlarda olduğu gibi proton pompa inhibitörlerinin de kullanımıyla bazı istenmeyen etkiler gelişebilmektedir. Artmış kemik kırığı riski proton pompa inhibitörlerinin uzun dönem kullanımları ile ortaya çıkan yan etkiler arasında yer almaktadır. Proton pompa inhibitörlerinin kemik kırığına yol açma nedenleri ile ilgili pek çok teori ileri sürülmektedir. Son yıllarda yapılan meta-analiz ve sistematik derlemelerden ortaya çıkan sonuçlar kırığa zemin hazırladığını destekler nitelikte olup bir yıldan uzun süreli proton pompa inhibitörü kullananlarda kalça kırığı, vertebra kırığı, bilek ve ön kol kırığının proton pompa inhibitörü kullananlara göre birkaç kat daha fazla olduğu yönündedir. Özellikle yaşlı ve kadınlarda kırık riskinin daha fazla olduğu bildirilmektedir. Bu derleme PPI kullanımının oluşturduğu riskler açısından dikkat çekmesi ve bakımı planlamada yol gösterici olması ile yazılmıştır.

Anahtar Kelimeler: İlaçla İlişkili Yan Etki, Kırıklar, Proton Pompa İnhibitörleri

Abstract

The Effect of Proton Pump Inhibitors on Fracture Formation and Reflection on Care

Proton pump inhibitors (PPI) are used in gastrointestinal system diseases and nonsteroidal anti-inflammatory drugs to prevent side effects of gastrointestinal system. Studies in our country have shown the increase in the use of proton pump inhibitors over the years. As it exists in all drugs, the use of proton pump inhibitors may cause some undesirable effects. These side effects can be considered in two groups as short and long term side effects. Increased risk of bone fracture is one of the side effects associated with the long-term use of proton pump inhibitors. A myriad of theories have been proposed regarding the causes of proton pump inhibitors leading to bone fracture. The results obtained from the meta-analysis and systematic reviews conducted in recent years support that they predispose to the fracture and suggest that hip fractures, vertebral fractures, wrist and forearm fractures are several times higher in those who use proton pump inhibitors for more than one year than those who do not use proton pump inhibitors. It is reported that the risk of fracture is higher especially in elderly and women. This review was written to draw attention to the risks posed by the use of PPI and to guide the planning of care.

Key Words: Drug related side effect, fractures, proton pump inhibitors

Geliş tarihi: 02.06.2020

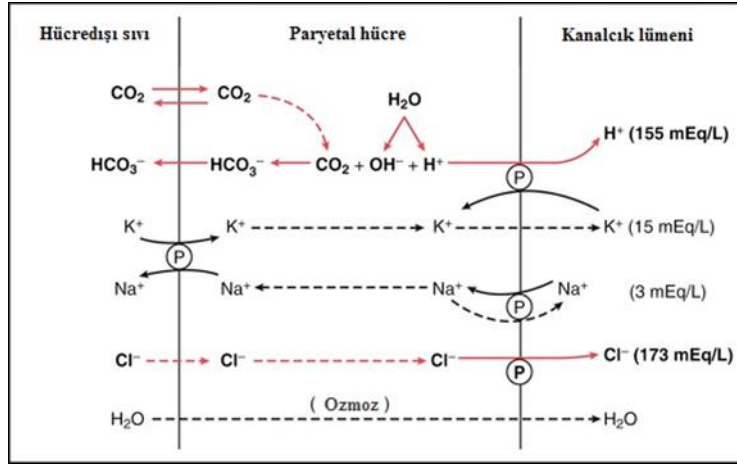
Kabul tarihi: 08.12.2020

John Eddins'in 1905 yılında gastrini keşfi; mide asit salgısını düzenleyen mekanizmaları ortaya çıkaracak çalışmaların yapılmasına, peptik ülser patogenezinin araştırılmasına ve tedavi yollarının aranmasına öncülük etmiştir (1,2). Histamin-2 reseptör antagonistlerinin 1972 yılında, proton pompa inhibitörlerinin (PPI) ise 1989 yılında keşfiyle peptik ülser tedavisi hız kazanmıştır (1,3). PPI, gastrointestinal sistem hastalıklarını, üst gastrointestinal kanamalarını, antibiyotik ve nonsteroidal antiinflatuar ilaçların gastrointestinal sistem üzerindeki yan etkilerini önlemek amacıyla kullanılan ilaçlardır (4). Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de yıllar içinde kullanımı giderek artmakta ve tedavi maliyeti ülke ekonomisine katlanarak yansımaktadır. Yapılan bir çalışmada Türkiye'de 2011 yılında toplam uygulanan bir aylık PPI tedavi sayısı 35 milyon adet ve ortalama bir aylık tedavi maliyeti ise 484 milyon TL olarak bulunmuştur (5). PPI'ler dünyada antibiyotik ve statinlerden sonra en çok kullanılan üçüncü ilaç grubudur (3). Bu derleme PPI kullanımının oluşturduğu riskler açısından dikkat çekmesi ve bakımı planlamada hemşirelere yol gösterici olması amacı ile yazılmıştır.

Midenin Salgı İşlevi ve Proton Pompa İnhibitörleri

Mide, tüm yüzeyini kaplayan mukus salgılayan hücrelere ek olarak gövde ve fundusunda yer alan paryetal hücreler ve antrumda bulunan pilor hücrelerinden oluşmaktadır. Paryetal hücrelerden pH'ı yaklaşık 0,8 olan oldukça asidik hidroklorik asit salgılanır. Paryetal hücrelerden asit salgısının oluşması için temel uyarıcılar histamin ve gastrindir. Histamin, midedeki paryetal hücrelerin yakınlarında bulunan enterokromafin hücrelerinden salgılanır. Enterokromafin hücrelerinden histamin salgısının uyarılması ise gastrin hormonuna bağlıdır. Gastrin, protein sindirimde görevli olan, pılorda bulunan G hücrelerinden salgılanan bir hormondur. Yiyecekler mideye geldiğinde salgılanır ve histaminle birlikte hızlı bir şekilde hidroklorik asit salgısını uyarır. Mide asit salgısı aşırı artınca da gastrin salgısı negatif feedback mekanizması ile inhibe olur. Mide asit salgısının oluşmasında görevli bir diğer faktör paryetal hücrelerdeki proton pompaları olarak bilinen hidrojen-potasyum pompası (H^+-K^+ ATPaz) dır. Paryetal hücre sitoplazmasındaki su, H^+ ve OH^- iyonlarına ayırır. Daha sonra H^+-K^+ ATPaz pompası ile paryetal hücrenin salgı kanalındaki potasyum iyonu ile yer değiştirerek hücre dışına pompalanır. Hücre içine kan yoluyla gelen CO_2 , karbonik anhidraz enzimiyle HCO_3^- oluşturur. Oluşan HCO_3^- hücre dışındaki Cl^- iyonu ile yer değiştirerek hücre dışına taşınır. Hücre içine giren Cl^- iyonu klor kanalları yoluyla kanala taşınır ve kanalda bulunan H^+ ile birlikte kuvvetli hidroklorik asiti oluşturur (3,6) (Şekil 1).

* Bu derleme, 1-3 Kasım 2019 tarihleri arasında Gaziantep'te yapılan 1.Uluslararası Hemşirelik Bakımı ve Araştırma Kongresi'nde poster bildirisi olarak sunulmuştur.**Sorumlu yazar, Araştırma Görevlisi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kayseri Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2843-8392> E posta: sedaakutay@erciyes.edu.tr Tel: 0352 2076666- 28572 *** Doçent Doktor, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Kayseri Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1869-8713>



Şekil 1. Hidroklorik Asit Salgısı Ana Mekanizması (7)

PPİ'ler oral yoldan alındıklarında ince bağırsakta açılacak şekilde üretilmiş olup, buradan emilerek karaciğere taşınır. Karaciğerde metabolize edilir ve sistemik dolaşımına pariyetal hücre kanal lümenine geçer, konsantre hale gelir ve H⁺ iyonu ile aktif forma geçer. Aktifleşen PPİ'ler H⁺-K⁺ ATPaz pompasına geri dönüşümsüz olarak bağlanarak pompayı inhibe eder. Böylece mide asit sekresyonunu %99 oranında inhibe etmiş olur (4,7).

Proton Pompa İnhibitörlerinin Yan Etkileri

Proton pompa inhibitörleri, peptik ülser, gastroözefageal reflü, dispepsi, gastrointestinal sistem kanamaları ve bu hastalıkların tedavisinde etkili olan ayrıca nonsteroidal antiinflamatuar, antitrombotik, antibiyotik ve kortikosteroid gibi ilaçların mide üzerinde oluşturduğu olumsuz etkileri ortadan kaldırmak amacıyla sıklıkla kullanılan ilaçlardır (8). Özellikle hastaneye yatan yaşlı hastalarda PPİ'lerin tedavi edici ya da stres ülseri için profilaktik amaçlı reçete edildiği fakat hastaneden taburcu edilmeden önce tedaviye son verilmediği bu yüzden uzun süreli aşırı kullanımlar olduğu bilinmektedir (9). PPİ'ler, asite bağlı üst gastrointestinal hastalıklarda etkili ve iyi tolere edilebilen ilaçlar olmalarına rağmen, kısa süreli kullanımları %1-3 oranında baş ağrısı, karın ağrısı, diyare, konstipasyon, baş dönmesi, bulantı gibi hafif yan etkilere neden olabilmektedir (10,11). PPİ'lerin uzun süreli kullanımları ise mide asit sekresyonunun inhibisyonuna bağlı hipoklorhidri ve hipergastrinemiye bağlı enterik enfeksiyonlar, toplum kökenli pnömoni, nöroendokrin hiperplazi/gastrik nöroendokrin tümör, vitamin ve mineral absorpsiyon ve metabolizmasında bozulma ve kemik kırığı riskini beraberinde getirmektedir (3,7,10,12).

Proton Pompa İnhibitörleri ve Kırık Oluşumu

Artmış kemik kırığı riski PPİ'lerin uzun dönem kullanımları ile ortaya çıkan yan etkiler arasında yer almaktadır. Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi'nin 2011 yılında yayınladığı uyarıda kısa süreli ve düşük dozlarda PPİ kullanımının kırık oluşumu açısından risk oluşturmadığı ancak yüksek doz ve uzun süre kullanımının el bileği, kalça ve omurgada kırık oluşum riskini artıracığı sonucuna varılmıştır (13). On sekiz gözlemsel çalışmanın incelendiği bir meta-analizde, bir yıldan uzun süreli PPİ kullanımının vücudun herhangi bir bölgesinde kırık riskini %33 artırdığı, kalça kırığı riskini %26 ve omurga kırığı riskini %58 artırdığı ortaya konulmuştur (14). Nassar ve Richter tarafından 2018 yılında yayınlanan bir meta-analizde uzun süreli PPİ kullanımının özellikle kalça ve vertebra kırıklarını artırdığı saptanmış, bunu önlemek için sürekli PPİ kullanan hastalarda günlük kalsiyum ve D vitamini alımının sağlanması gerektiği belirtilmiştir (15). PPİ'lerin kırık oluşturma riskleri çocuk, genç, yaşlı, menopoz sonrası kadınlar gibi pek çok grupta araştırılmıştır (16–19). Yetişkinlerin aksine çocuklarda kırık riskinin doza bağlı olmadığı, çocuklarda en sık el ve el bileği kırıkları, genç yetişkinlerde ise el ve ayak kırıklarına rastlandığı tespit edilmiştir (16). Menopoz sonrası kadınlarla yapılan çalışmalarda bir yıldan uzun süre PPİ alan kadınlarda kırık riskinde artış olduğu ve bu kişilerde B12 vitamini anlamalı derecede düşük olduğu görülmüştür (17,20–22). Yaşlılarda PPİ'lerin kırık oluşturma risklerinin araştırıldığı bir çalışmada ise düşmelerle bağlantılı olarak torasik ve pelvik kemiklerde kırık oluşturduğu bildirilmiştir (23).

Proton pompa inhibitörlerinin kemik kırığına yol açma nedenleri ile ilgili pek çok teori ileri sürülmektedir. Bu teoriler proton pompa inhibitörlerinin gastrik asit salgısını inhibe ederek bağırsaklardan kalsiyum emilimini azalttığı, B12 vitamini, folik asit, riboflavin absorpsiyonunu inhibe edip homosistein düzeyini azalttığı, osteoklastlarda bulunan proton pompalarını da inhibe ederek kırığa zemin hazırladığı şeklindedir (3,10,24–26). Osteoklastlarla ilgili teorinin aksini savunarak PPİ kullanımının kırık riskini artırmayacağı, aksine kemik rezorpsiyonunu azaltarak kemik dansitesini artıracığı ve osteoporozu teorik olarak önleyeceği ifade edilmektedir (4). Konuyla ilgili meta-analiz ve sistematik derlemelerden ortaya çıkan sonuçlar kırık riskini artıracığı yönündeki teorileri destekler nitelikte olup bir yıldan uzun süreli PPİ kullananlarda kalça kırığı, vertebra kırığı, bilek ve ön kol kırığının PPİ kullanmayanlara göre daha fazla olduğu yönündedir (14,15,27–30). Çeşitli hayvan modellerinden ve kronik atrofik gastritli hastalardan elde edilen bulgular, mide hipoasiditesinin kemik metabolizmasını olumsuz etkilediğini öne sürse de, bunun aksine randomize bir çalışmadan elde edilen son veriler PPİ'lerin kırık riskini artırmadığını öne sürmektedir (31). Epidemiyolojik çalışmalarda gözlenen doza bağlı olarak PPİ kullanımına bağlı artmış kemik kırığı riski, komorbiditenin artması ve düşme riski ile ilişkili faktörlerle açıklanabilmektedir (32).

Proton pompa inhibitörlerinin kırık oluşturma nedenleri temelde iki ana faktöre bağlanmaktadır. Bunlar hipergastrinemi ve hipoklorhidridir (19). PPİ'lerin pariyetal hücrelerdeki proton pompalarına geri dönüşümsüz olarak bağlanması sonucu hidrojen iyon konsantrasyonu azalır ve midenin pH'ı bazikleşmeye başlar. G hücreleri, azalan hidrojen iyon konsantrasyonunu artırmak için pariyetal hücreleri uyarmak amacıyla gastrin salgılar. Hipergastrinemi, enterokromafin hücrelerinde hiperplaziye yol açarak

histamin salgısında da artışa neden olur. Normal koşullarda %7 olan hücre içi histamin miktarı gastrinin uyarılmasıyla %24'e kadar yükselir (33). Histamin kemik metabolizmasında etkili bir nörotransmitter olup osteoklast sayısının artmasına neden olduğu düşünülmektedir (34). Fakat yüksek histamin konsantrasyonunun kemikler üzerine etkisini gösteren yeterli sayıda çalışma yoktur (19).

Hipergastrineminin aynı zamanda paratiroid hormonunda (PTH) artışla da ilişkili olduğu belirlenmiştir. Beş hafta PPİ tedavisi alan tavuklarda paratiroid bezinde hiperplazi ve hipertrofi geliştiği ve PTH artışıyla bağlantılı olarak kemik yoğunluğunda azalma bildirilmiştir (30,35). İnsanlarda yapılan çalışmalarda PPİ kullanımı ile PTH seviyesinde artma ve buna bağlı serum kalsiyum düzeylerinde düşme olduğu belirlenmiştir (36). Kadın hastalarla yapılan bir çalışmada 14 gün PPİ tedavisi alınımın kalsiyum karbonat emilimini ortalama %41 oranında azalttığı bulunmuştur (37). Bozulmuş kalsiyum emilimi, osteoklastik kemik rezorpsiyonunu kompanse etmek amacıyla sekonder hiperparatiroidizm de neden olmaktadır (38).

Kalsiyum tuzlarının ince bağırsaktan emilimi pH'a bağlıdır. Gastrointestinal kanaldaki asidik ortam kalsiyum tuzlarından iyonize hale gelen kalsiyumun salınımını kolaylaştırmaktadır (8). Böylece PPİ'lere bağlı asit miktarındaki azalma kalsiyum salınımını da etkilemektedir. Fareler üzerinde yapılan deneysel bir çalışmada midedeki paryetal hücrelerinin östrojen sekresyonunda güçlü bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Östrojenin etkisiyle ghrelin yapımı uyarılır ve ghrelin osteoblastları uyararak kemik oluşumunu arttırmaktadır (39). Vestergaard ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada (n=373.62) PPİ kullanımının kırık riskinde küçük bir artmaya yol açtığı, H₂-reseptör antagonisti kullanımının ise kırık riskinin azalması ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (40,41). Targownik ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmadan elde edilen sonuçlarda ise altı yıldan kısa süreli PPİ kullanımının kırık riskinde bir artışa yol açmadığı, yedi yıl veya daha uzun süreli PPİ kullanımının osteoporotik kırık riski ile ilişkili olduğu bulunmuştur (42). Bunların aksini ispatlayan ve başka bir risk faktörü olmayan hastalarda, PPİ kullanımı ile kırık riski arasında ilişki olmadığını savunan araştırmalar da vardır (43,44).

Proton Pompa İnhibitörü Kullanımı ve Hemşirelik Bakımı

Toplumda çok yaygın olarak kullanılan PPİ türündeki ilaçların sadece gereken durumlarda ve yeterli sürelerde kullanılmaları önemlidir. Özellikle osteoporozla yakın olan hastalarda uzun süreli PPİ kullanımı olursa; Ca, Mg ve D vitamini seviyelerine dikkat edilmeli ve gerekiyorsa bu mineral ve vitaminler takviye edilmeli ve bu konuda hasta bilgilendirilmelidir. Ayrıca bu kişilerde aralıklı PPİ tedavisi bir seçenek olarak düşünülmelidir.

Hastalara bütüncül bakım veren hemşirelerin sadece mevcut hastalık hakkında değil hastanın hastalıkları nedeniyle kullandığı tedavi planında yer alan ilaçların yan etkileri konusunda da farkındalıkları yüksek olmalıdır. PPİ'ler hastaneye yatan hastaların tedavi planlarında sıklıkla yer alan ve hemşirelerin çok sık karşılaştıkları bir ilaç grubudur. Bu ilaçların pek çok yan etkileri bulunmakla birlikte özellikle ek başka risk faktörleri de olan hastalarda kırık oluşumuna zemin hazırladığı bilinmeli ve bakımda buna yönelik planlanmalar yapılmalıdır (23).

Uzun süreli PPİ kullanımı olan hastaların bakımında özellikle düşme riski dikkatle değerlendirilmeli, kırık oluşum riski ve diğer yan etkileri de göz önüne alınarak bu kişilere travma riski açısından gereken hemşirelik bakımı sağlanmalıdır. Ayrıca hasta ve ailesine düşme ve kırık oluşumu riski açısından ve kemik mineral yoğunluğu ve D vitamini ölçümlerini düzenli aralıklarla yaptırılmalarının önemi konusunda eğitimler verilmelidir (38). Bu konuda ülkemizde bakım sorumluluğu, klinikte ve ev ziyaretleri ile alanda aktif hizmet veren ortopedi, geriatri ve evde bakım hemşirelerine düşmektedir. Hemşireler özellikle bir yıldan uzun süreli PPİ kullanımı olan, kronik hastalığa sahip, yaşlı ve kadın hastaların bakımları esnasında beslenme, aktivite, iletişim, görme ve bilişsel durum açısından bireyleri değerlendirmeli, bakım vermeli ve takip edilmelerini sağlamalıdır (45). Evde ve kurumda bakım esnasında, yaşanılan ortam ve çevresel faktörlerden kaynaklanan kırık risklerinin değerlendirilmesi ve önlenmesine yönelik girişimlerin planlanması, özellikle yalnız yaşayan yaşlı hastaların bakımlarının bu yönden daha dikkatli planlanması gerekmektedir. Ayrıca toplumu bu konularda bilgilendirme aktivitelerinin yapılması da hemşirelerin sorumlulukları arasında olmalıdır. Yurt dışında fraktür liyezon hizmetleri bulunmaktadır. Fraktür liyezon hizmetleri temelde riskli hastalarda kırık oluşumunu en aza indirmeyi amaçlamaktadır. Fraktür liyezon hizmetleri, 1990'lı yılların sonunda gündeme gelmiştir ve son yıllarda önemi giderek artmaktadır (46). Ülkemizde henüz fraktür liyezon hemşireliğiyle ilgili bir oluşum bulunmamakla birlikte, önemi gittikçe artan bu hizmetin travma ve ilaç kullanımına bağlı olarak gelişen kırıkları önlemeye yönelik faaliyetlerin başlatılmasında yararlı olacağı düşünülmektedir.

Sonuç olarak, hastalık ve tedavilere sekonder olarak gelişen kırıkların morbidite ve mortaliteyi olumsuz etkilemesi ve kırık riski yüksek olan hastaların çeşitli nedenlerle tedavi başarılarının düşük olması ve kırık oluşumu durumunda tedavi ve bakım maliyetinin yüksek oluşu nedeniyle bir risk faktörü olan PPİ'lerin uzun süreli kullanımlarının gerekliliği sorgulanmalı, uzun süre kullanan hastalar kırık açısından değerlendirilmeli ve takipleri yapılmalıdır. Bunun için ilaç uygulamasından bakımdan sorumlu olan hemşirelerin hasta öykülerinde bu ilaç kullanımını sorgulamaları ve kullananlarda gerekli bakım ve izlemleri yapmaları önemlidir. Bu konuya hemşirelerin dikkatini çekmek için eğitimlerin verilmesi ve PPİ kullanımı olan hastalara verilen hemşirelik bakımı ile kırık oluşumu arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların yapılması önerilebilir.

Çıkar çatışması: Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur. Ayrıca sorumlu olduğumuz araştırmada herhangi bir firma ile çıkar ilişkisi de bulunmamaktadır. Yazarların tümü çalışmanın tamamına katkı sağlamış ve son halini onaylamıştır.

Bilgilendirme

Araştırmacılar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır. Yazarların tümü çalışmanın tamamına katkı sağlamış ve son halini onaylamıştır.

Kaynaklar

1. Alam G. Proton pump inhibitors: present and future a review. Int J Pharm Res Dev 2012;4:119-131. Available at: http://ijprd.com/April_12_Issue.html. Accessed Dec 18, 2019
2. Modlin IM, Sachs G, Wright N, Kidd M. Edkins and a century of acid suppression. Digestion 2005;72:129-145. <https://doi.org/10.1159/000088368>

3. Uygun A. Uzun süre proton pompa inhibitörleri (PPI) kullanılacaksa, hangi PPI tercih edilmelidir? Nelere dikkat edilmelidir? *Güncel Gastroenteroloji* 2012;17:46-58. Erişim adresi: <http://guncel.tgv.org.tr/journal/46/pdf/100126.pdf>. Erişim tarihi 18 Aralık 2019
4. Özden A. Proton pompa inhibitörleri ve kullanım güvenirliliği. *Güncel Gastroenteroloji* 2013;17:179-201. Erişim adresi: <http://guncel.tgv.org.tr/journal/46/pdf/100126.pdf>. Erişim tarihi 18 Aralık 2019
5. Bilgener E. Türkiye’de 2006-2011 yıllarında proton pompası inhibitörleri tüketiminin bütçeye etkisi. *Ankara Ecz Fak Derg* 2018;42:23-31. https://doi.org/10.1501/Eczfak_0000000604
6. Hall JE. Sindirim kanalının salgı işlevleri. In: Çağlayan Yeğen B. editor. *Guyton ve Hall Tıbbi Fizyoloji*, 12th ed. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri 2013:777-779.
7. Özdemir A, Okuroğlu N. Uzun süreli proton pompa inhibitörü kullanımı ve komplikasyonları. *Boğaziçi Tıp Derg* 2015;2:35-42.
8. Scarpignato C, Gatta L, Zullo A, Blandizzi C, for the SIF-AIGO-FIMMG Group. Effective and safe proton pump inhibitor therapy in acid-related diseases-a position paper addressing benefits and potential harms of acid suppression. *BMC Medicine* 2016;14:179. <http://dx.doi.org/10.1186/s12916-016-0718-z>
9. Ksiadzyna D, Szlag A, Paradowski L. Overuse of proton pump inhibitors. *Pol Arch Med Wewn* 2015;125:289-298. <http://dx.doi.org/10.20452/pamw.2790>
10. Çelikkbilek M, Doğan S, Akyol L, Yücesoy M. Proton pompa inhibitörlerinin yan etkileri. *Bozok Tıp Derg* 2013;1:49-52.
11. Sivri B. Proton pompa inhibitörleri: optimum proton pompa inhibitörü kullanımı nasıl olmalıdır ? *İç Hast Derg* 2013;20:107-111.
12. Kayhan Koçak FÖ, Sahutoğlu S, Gökdemir B, Saraç ZF, Şahin S, Akçiçek SF. Uzun süreli proton pompa inhibitörü kullanımına sekonder gastrik nöroendokrin hiperplazi. *Ege Tıp Derg* 2018;57:244-246. <https://doi.org/10.19161/etd.416055>
13. FDA Drug Safety Communication: possible increased risk of fractures of the hip, wrist, and spine with the use of proton pump inhibitors FDA. Available at: <https://www.fda.gov/drugs/postmarket-drug-safety-information-patients-and-providers/fda-drug-safety-communication-possible-increased-risk-fractures-hip-wrist-and-spine-use-proton-pump> 2017. Accessed Dec 14, 2019
14. Zhou B, Huang Y, Li H, Sun W, Liu J. Proton-pump inhibitors and risk of fractures: an update meta-analysis. *Osteoporos Int*. 2016;27(1):339–47. <https://doi.org/10.1007/s00198-015-3365-x>
15. Nassar Y, Richter S. Proton-pump Inhibitor Use and Fracture Risk: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. *J Bone Metab*. 2018;25(3):141–51. <https://doi.org/10.11005/jbm.2018.25.3.141>
16. Freedberg DE, Haynes K, Denburg MR, et al. Use of proton pump inhibitors is associated with fractures in young adults: a population-based study. *Osteoporos Int* 2015;26:2501-2507. <https://doi.org/10.1007/s00198-015-3168-0>
17. Lewis JR, Barre D, Zhu K, et al. Long-term proton pump inhibitor therapy and falls and fractures in elderly women: a prospective cohort study. *J Bone Miner Res* 2014;29:2489-2497. <https://doi.org/10.1002/jbmr.2279>
18. Reyes C, Formiga F, Coderch M, et al. Use of proton pump inhibitors and risk of fragility hip fracture in a Mediterranean region. *Bone* 2013;52:557-561. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2012.09.028>
19. Thong BKS, Ima Nirwana S, Chin KY. Proton pump inhibitors and fracture risk: a review of current evidence and mechanisms involved. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:1571. <https://doi.org/10.3390/ijerph16091571>
20. Moberg LME, Nilsson PM, Samsioe G, Borgfeldt C. Use of Proton Pump Inhibitors (PPI) and history of earlier fracture are independent risk factors for fracture in postmenopausal women the WHILA study. *Maturitas* 2014;78:310-315. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.05.019>
21. van der Hoorn MMC, Tett SE, de Vries OJ, Dobson AJ, Peeters GMEEG. The effect of dose and type of proton pump inhibitor use on risk of fractures and osteoporosis treatment in older Australian women: a prospective cohort study. *Bone* 2015;81:675-682. <https://doi.org/10.1016/j.bone.2015.08.024>
22. Kim JJ, Jang EJ, Park J, Soon H, Id S. Association between proton pump inhibitor use and risk of fracture : A population-based case-control study. *PLoS One*.2020;15(7):1–13. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0235163>
23. Wang L, Li M, Cao Y, et al. Proton pump inhibitors and the risk for fracture at specific sites: data mining of the FDA adverse event reporting system. *Sci Rep* 2017;7:1-9. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-05552-1>
24. Fusaro M, D’Arrigo G, Pitino A, et al. Increased risk of bone fractures in hemodialysis patients treated with proton pump inhibitors in real world: results from the Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study (DOPPS). *J Bone Miner Res* 2019;34:2238-2245. <https://doi.org/10.1002/jbmr.3842>
25. Farina C, Gagliardi S. Selective Inhibition of Osteoclast Vacuolar H⁺-ATPase. *Curr Pharm Des*. 2002;8: 2033–48.
26. Sahara T, Itoh K, Debari K, Sasaki T. Specific Biological Functions of Vacuolar-Type H⁺-ATPase and Lysosomal Cysteine Proteinase, Cathepsin K, in Osteoclasts. *Anat Rec*. 2003;161:152–61. <https://doi.org/10.1002/ar.a.10020>
27. Khalili H, Huang ES, Jacobson BC, Camargo CA, Feskanich D, Chan AT. Use of proton pump inhibitors and risk of hip fracture in relation to dietary and lifestyle factors: a prospective cohort study. *BMJ* 2012;344:e372. <https://doi.org/10.1136/bmj.e372>
28. Ngamruengphong S, Leontiadis GI, Radhi S, Dentino A, Nugent K. Proton pump inhibitors and risk of fracture: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Am J Gastroenterol* 2011;106:1209-1218. <http://doi.org/10.1038/ajg.2011.113>
29. Yang SD, Chen Q, Wei HK, Zhang F, Yang DL, Shen Y, et al. Bone fracture and the interaction between bisphosphonates and proton pump inhibitors: A meta-analysis. *Int J Clin Exp Med*. 2015;8(4):4899–910.
30. Kwok CS, Yeong JKY, Loke YK. Meta-analysis: Risk of fractures with acid-suppressing medication. *Bone*. 2011;48(4):768–76. <http://doi.org/10.1016/j.bone.2010.12.015>

31. Moayyedi P, Eikelboom JW, Bosch J, Connolly SJ, Dyal L, Shestakovska O, et al. Safety of Proton Pump Inhibitors Based on a Large, Multi-Year, Randomized Trial of Patients Receiving Rivaroxaban or Aspirin. *Gastroenterology*. 2019;157:682–91. <http://doi.org/10.1053/j.gastro.2019.05.056>
32. Fossmark R, Martinsen TC, Waldum HL. Adverse Effects of Proton Pump Inhibitors — Evidence and Plausibility. *International Journal of Molecular Sciences*. 2019;20(5203). <http://doi.org/10.3390/ijms20205203>
33. Yokota T, Matsui H, Matsuura B, Maeyama K, Onji M. Direct effects of proton pump inhibitors on histamine release from rat enterochromaffin-like cells. *Eur J Pharmacol* 2003;481:233-240. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2003.09.011>
34. Biosse-Duplan M, Baroukh B, Dy M, De Vernejoul MC, Saffar JL. Histamine promotes osteoclastogenesis through the differential expression of histamine receptors on osteoclasts and osteoblasts. *Am J Pathol* 2009;174:1426-1434. <https://doi.org/10.2353/ajpath.2009.080871>
35. Gagnemo-Persson R, Samuelsson A, Håkanson R, Persson P. Chicken parathyroid hormone gene expression in response to gastrin, omeprazole, ergocalciferol, and restricted food intake. *Calcif Tissue Int* 1997;61:210-215. <https://doi.org/10.1007/s002239900325>
36. Hinson AM, Wilkerson BM, Rothman-Fitts I, Riggs AT, Stack BC, Bodenner DL. Hyperparathyroidism associated with long-term proton pump inhibitors independent of concurrent bisphosphonate therapy in elderly adults. *J Am Geriatr Soc* 2015;63:2070-2073. <https://doi.org/10.1111/jgs.13661>
37. O'Connell MB, Madden DM, Murray AM, Heaney RP, Kerzner LJ. Effects of proton pump inhibitors on calcium carbonate absorption in women: a randomized crossover trial. *Am J Med* 2005;118:778-781. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.02.007>
38. Yang YX, Lewis JD, Epstein S, Metz DC. Long-term proton pump inhibitor therapy and risk of hip fracture. *JAMA* 2006;296:2947-2953. <https://doi.org/10.1001/jama.296.24.2947>
39. Sakata I, Tanaka T, Yamazaki M, Tanizaki T, Zheng Z, Sakai T. Gastric estrogen directly induces ghrelin expression and production in the rat stomach. *J Endocrinol* 2006;190:749-757. <https://doi.org/10.1677/joe.1.06808>
40. Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Proton pump inhibitors, histamine H2 receptor antagonists, and other antacid medications and the risk of fracture. 2006;79:76-83. <https://doi.org/10.1007/s00223-006-0021-7>
41. Fedida B, Schermann H, Ankory R, et al. Fracture risk of young adults receiving proton-pump inhibitors and H2-receptor antagonists. *Int J Clin Pract* 2019;73:e13339. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13339>
42. Targownik LE, Lix LM, Leung S, Leslie WD. Proton-Pump inhibitor use is not associated with osteoporosis or accelerated bone mineral density loss. *Gastroenterology* 2010;138:896-904. <http://doi.org/10.1053/j.gastro.2009.11.014>
43. Hoff M, Skovlund E, Skurtveit S. et al. Proton pump inhibitors and fracture risk. The HUNT study, Norway. *Osteoporos Int* 2020;31:109-118. <https://doi.org/10.1007/s00198-019-05206-0>
44. Targownik LE, Goertzen AL, Luo Y, Leslie WD. Long-term proton pump inhibitor use is not associated with changes in bone strength and structure. *Am J Gastroenterol* 2017;112:95-10. <https://doi.org/10.1038/ajg.2016.481>
45. Yüksel S, Ülker S. Kalça Kırıklı Hastalarda Bakımın Değerlendirilmesi : Prospektif Bir Çalışma. *JAREN*. 2018;4(2):65–74. <https://doi.org/10.5222/jaren.2018.065>
46. Demir SG, Kalkan ND, Taştan S. Ortopedi ve Travmatoloji hemşirelerinin değişen ve gelişen rolü: fraktür liyezon hemşireliği. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilim Derg* 2018;3:53-62.

Kişisel Sağlık Verilerinin Korunmasında İdarenin Hukuki Sorumluluğu

Veli DURMUŞ*

Öz

Sağlık kuruluşları, kişisel sağlık verilerinin yoğun olarak işlendiği ve muhafaza edildiği yerlerdir. Her muayene ve tedavi esnasında bu veriler yeniden toplanmakta ve işlenmektedir. Bir kişinin ruhsal ve fiziksel sağlığına ilişkin her türlü bilgi kişisel sağlık verisi kapsamında değerlendirilebilir. Bu nedenle, her hastanın muayene ve tedavi sürecinde idare ile paylaşmak zorunda olduğu veriler bulunmaktadır. Bu veriler bireyin sağlık ve cinsel durumuna ait olabileceği gibi sosyo-demografik nitelikte de olabilir. Dijital teknolojinin gelişmesiyle birlikte, kişisel sağlık verilerinin elde edilmesi ve işlenmesi de kolaylaşmıştır. Ancak bu durum aynı zamanda kişisel sağlık verilerinin rahatlıkla ihlal edilmesine yol açmıştır. Hassas veri niteliğinde olan bu bilgilerin korunması Anayasada ve uluslararası düzeyde çeşitli sözleşmelerde temel hak olarak düzenlenmiştir. Bilişim teknolojisinin gelişmesiyle birlikte, kişisel veri güvenliğinin sağlanması ve idare tarafından kapsamlı koruma önlemlerinin alınması gerekmektedir. Aksi takdirde idarenin veya veri sorumlularının kişisel sağlık verilerinin korunmasında hukuki sorumluluğu doğacaktır. Bu derleme makalenin amacı, sağlık kurum ve kuruluşlarında kişisel sağlık verilerinin korunması ve mahremiyetin sağlanmasının önemini ortaya koyarak Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi ve Danıştay kararları ışığında idarenin hukuki sorumluluğunu açıklamaktır. Ayrıca, idari sağlık faaliyetlerinin yürütülmesi sırasında kişisel sağlık verilerinin korunmasına yönelik öneriler sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kişisel Sağlık Verisi, Kişisel Verilerin İşlenmesi, Gizlilik, İdare, Sağlık Hizmetleri.

Abstract

Legal Responsibility of Administration for the Protection of Personal Health Data

Health institutions are places where personal health data is intensively processed and maintained. These data are collected and processed during each examination and treatment. All kinds of information regarding the mental and physical health of a person may be considered within the field of personal health data. Hence, there are some data that every patient has to share with the administration in the process of examination and treatment. This data may be related to the health and sexuality of the individual and socio-demographic. It has become easier to obtain and process the personal health data. The protection of information is regulated as a fundamental right in various agreements at international level. With the development of information technology, it is necessary to provide personal data security and to take comprehensive protection measures by the administration. This review article aims to explain the legal responsibility of the administration in the light of the decisions of the European Court of Human Rights and the Supreme Administrative Court by presenting the importance of ensuring privacy and the protection of personal health data in health care providers. In addition, suggestions for the protection of personal health data were presented during the conduct of administrative health activities.

Keywords: Personal Health Data, Personal Data Processing, Privacy, Administration, Health Services.

Geliş tarihi: 02.06.2020

Kabul tarihi: 14.12.2020

Her bireyin toplumda yer edinmesini sağlayan kendine özgü bir takım kişisel verileri bulunmaktadır. Bu veriler aslında bireylerin toplumsal düzeyde tanınmasına, işlem görmesine, belirlenebilir olmasına imkan tanımaktadır. Dünya üzerinde her bireye ait kişisel verilerin olduğu düşünüldüğünde, nüfus artışının doğal sonucu olarak verilerin de giderek artması ve çeşitlenmesi kaçınılmazdır. Kişiye ait verilerin toplanması, elde edilmesi ve paylaşılması eskilere dayanmaktadır. Bundan önceki yüzyıllarda bilgi yetersizliği, bilgiye erişimde yaşanan güçlükler ve verilerin depolanması bir sorun iken (1), günümüzde ise bilgi karmaşası yüzünden nitelikli veriye erişimde zorluklar yaşanmaktadır (2). Ayrıca internet ve bulut teknolojisi aracılığıyla küresel düzeyde bağlantıların gelişimi sayesinde, veri işleme, muhafaza etme ve transferini gerçekleştirme çok daha hızlı ve yaygın hale gelmiştir (3,4). Bu sayede etkileşim alanı genişleyen kişisel verilerin güvenliği ve korunması bir hak olarak ulusal ve uluslararası hukuki metinlerde yerini almıştır. Bu kapsamda, 108 sayılı Avrupa Konseyi Sözleşmesi, Avrupa Birliği Veri Koruma Direktifi gibi uluslararası belgeler ile birlikte Birleşmiş Milletler, Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü-BMEKİÖ (OECD) gibi uluslararası nitelikteki kuruluşların kişisel verilerin korunmasına yönelik düzenlemeleri bulunmaktadır. Son olarak, Avrupa Parlamentosu tarafından 27 Nisan 2016 tarihinde kabul edilen ve 2018 yılında ise bütün üye ülkeler için bağlayıcı hale gelen 679 sayılı Avrupa Birliği Genel Veri Koruma Tüzüğü-ABGVKT (*General Data Protection Regulation, GDPR*) yürürlüğe girmiştir. Türkiye’de ise 1982 tarihli Türkiye Cumhuriyeti Anayasası başta olmak üzere, 24 Mart 2016 tarihli 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu (KVKK) ile birlikte çeşitli yönetmelik ve genelgeler bulunmaktadır. Bu düzenlemelerle temel olarak, mahremiyetin sağlanması, kişisel verilerin kanunlara tabi olarak elde edilmesi ve işlenmesi, bunlara ilişkin denetim ve kontrol mekanizmalarının oluşturulması amaçlanmıştır (5,6). Böylece kişisel veri kavramının hukuki bir çerçeve içerisinde ele alınması sağlanmıştır. ABGVKT ve KVKK tarafından kişisel veri kavramı, kısaca gerçek kişiyle ilişkili olan her türlü bilgi şeklinde tanımlanmış olmasına rağmen, bu tanım ile birlikte aslında çok geniş bir bilgi yelpazesi oluşmuştur. Kişiye ait hangi tür bilgilerin kişisel veri olarak değerlendirileceği, her ülkenin iç hukukunda yapılacak düzenlemelerle ve verilecek hukuki kararlarla şekil alacaktır (7). Anayasa Mahkemesi’nin 2017 tarihli bir kararına göre; kişisel veri kavramı “kişinin sadece kimliğini ortaya koyan ad, soyad, doğum tarihi ve doğum yeri gibi bilgilerinden değil aynı zamanda telefon numarası, pasaport numarası, motorlu taşıt plakası, sosyal güvenlik numarası, öz geçmiş, görüntü ve ses kayıtları, resim, parmak izleri genetik bilgiler ile sağlık bilgileri, e-posta adresi, İnternet Protokol (IP) adresi, alışkanlıklar, hobiler, grup üyelikleri, aile bilgileri gibi kişiyi belirlenebilir kılan bütün verilerden oluşmaktadır” (8).

Kişisel verilerin, özel hayatın gizliliğine ve bireylerin mahremiyetine ilişkin olması bakımından elde edilmesi, işlenmesi ve korunması önemlidir. Çünkü kişiye ait her bir bilgi o bireyin özel hayatına özgüdür.

* Dr., Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Maltepe, İstanbul/Türkiye. Orcid No: 0000-0001-6124-6109. e-posta: velidurmus@gmail.com

Bu nedenle, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (AİHS), Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi gibi uluslararası nitelikteki düzenlemeler insan haklarından özel hayatın gizliliğini kabul ederek mahremiyetin sağlanması amacıyla kişisel verilerin korunması hususuna önem vermektedirler. Anayasa’da ise bu kavram özel hayatın gizliliği (madde 20) kenar başlığı altında 2010 yılında yapılan bir değişiklikle hem bu verilerin korunmasını, düzeltilmesini ve silinmesini talep etme hakkı olarak tanımlanmış hem de bunun özel hayatın bir gereği olduğu hüküm altına alınmıştır. Bu kapsamda, bireyin kişiliğini serbestçe geliştirebilmesi ve insan onurunun korunması hakkının özel bir biçimi olan kişisel verilerin korunması hakkı, toplanması ve işlenmesi esnasında kişinin hak ve özgürlüklerini koruma altına almayı amaçlar. Bu hakkın korunması için, 6698 sayılı Kanun gereği Kişisel Verileri Koruma Kurumu oluşturulmuştur. Kurumlaşmadaki temel amaç, “Anayasa’da öngörülen kişi temel hak ve hürriyetlerini en üst düzeyde koruma ve gelişmesine katkı sağlama ile birlikte toplumsal bir farkındalık oluşturmak, kişisel verilerin korunması ilke ve esaslarını içselleştirerek bu ilkelerin ne şekilde hayata geçirileceği noktasında tüm sektörlerle yol göstermektir” (madde 1).

Birçok yasal düzenlemelerde kişisel verilerin gizliliğine vurgu yapılmakla beraber, 2014 yılında Anayasa Mahkemesi tarafından verilmiş bir kararda bunun nedeni ayrıntılı olarak açıklanmıştır (9). Buna göre,

“Kişisel verilerin korunması hakkı, kişinin insan onurunun korunmasının ve kişiliğini serbestçe geliştirebilmesi hakkının özel bir biçimi olarak, bireyin hak ve özgürlüklerini kişisel verilerin işlenmesi sırasında korumayı amaçlamaktadır. Bilişim teknolojilerindeki gelişmeler sonucunda, geleneksel yöntemlerle mümkün olmayan çok sayıda verinin toplanabilmesi; daha önce birbirinden ilişkisiz şekilde tutulan pek çok verinin merkezi olarak bir araya getirilebilmesi; verilerin, veri eşleştirme ve veri madenciliği gibi ileri teknolojik imkânlarla analize tabi tutulmak suretiyle, veriden yeni veriler üretme kapasitesinin artması; verilere erişim ve veri transferinin kolaylaşması; kişisel verilerin ticari işletmeler için kıymetli bir varlık niteliği kazanması neticesinde, özel sektör unsurlarınca yaratılan risklerin daha yaygın ve önemli boyutlara ulaşması ve terör ve suç örgütlerinin kişisel verileri ele geçirme yönündeki faaliyetlerinin artması gibi etkenler, günümüzde kişisel verilerin en üst seviyede korunmasını zorunlu kılmaktadır.”

Kişisel verilerin korunmasına ilişkin yapılacak olan her türlü usulün ancak kanunla düzenlenebileceği Anayasa’nın 20. maddesinde açıkça belirtilmiştir. Böylece anayasal güvence altına alınarak, kişisel verilerin korunması hakkı idarenin keyfi müdahalelerine karşı koruma altına alınmıştır. Koruyucu, rehabilite edici, tedavi ve teşhis hizmetlerinin Türkiye genelinde istenilen seviyeye ulaştırılması amacıyla, kamu ve özel nitelikteki sağlık kurum ve kuruluşları arasında iş birliği ile koordinasyon görevi idare tarafından yerine getirilmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından, 21 Haziran 2019 tarihli ve 30808 numaralı Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik esaslarınca, kişisel verilerin korunması ve veri mahremiyetinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yetki bakımından idare olarak Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmektedir (10). Anayasa’nın 20. maddesinde yer alan özel hayatın gizliliği ile 5. maddesinde yer alan devletin temel amaç ve görevleri ile birlikte değerlendirildiğinde, kişisel sağlık verilerinin korunması konusunda idarenin pozitif yükümlülükleri olduğu anlaşılmaktadır. Dünya genelinde ele alınması gereken en önemli konulardan birisi olarak görülen kişisel sağlık verilerinin, teknolojiye uyum ile birlikte dijitalleşmesi sonucu veri mahremiyeti ve bilgi güvenliğinin idare tarafından sağlanması önemlidir (11,12). Bu çalışmada böylesi önemli bir konunun kanuni çerçeve içerisinde idare tarafından ele alınan kişisel sağlık verilerinin önemi vurgulanmaktadır. Bu nedenle öncelikle verilerin toplanması, işlenmesi, denetimi, paylaşılması ve korunması bağlamında ulusal ve uluslararası hukuki düzenlemeler aracılığıyla yasal çerçeve açıklanmış ve ardından idarenin kişisel sağlık verilerini koruma yükümlülüğü kapsamında Danıştay ve Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi (AİHM) kararları incelenmiştir. Son olarak, sağlık idarelerinde bu konuda hassasiyet gerektiren noktalar vurgulanmıştır.

Sağlık Hizmetlerinde Kişisel Veri Kavramı

Sağlık hizmetleri, kişilerin öncelikle sağlıklarını koruyucu, tedavi ve rehabilite edici tıbbi hizmetler sağlayarak sağlıklı ve uzun yaşamlarını sağlamak ile birlikte genel sağlık düzeyini toplumsal olarak yükseltmek amacıyla yapılan çalışmalardır (13,14). Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun (1961 tarihli ve 224 sayılı)’a göre ise sağlık hizmetleri, “insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması; yani rehabilitasyonu için yapılan tıbbi faaliyetlerdir” (madde 2). Uluslararası bir kavram olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) bu kavramı daha geniş yorumlayarak, önleyici ve geliştirici sağlık hizmetlerinden teşhis, rehabilitasyon, palyatif bakım, hastane bakımı, bireysel ve toplumsal düzeyde bakım hizmetlerine kadar hasta merkezli güvenli, ulaşılabilir ve yüksek kaliteli hizmetler olarak tanımlamıştır (15). İnsan ve toplum için böylesi bir öneme sahip sağlık hizmetleri, aslında hassas bilgi niteliğinde olan kişisel sağlık verilerinin en çok muhafaza edildiği alandır (16).

Kişisel veri kısaca kişiyi diğerlerinden ayırt eden, özünde kimliğini ortaya koyan, ona ait ekonomik, sosyal, mesleki ve sağlık dahil bütün bilgiler olarak tanımlanabilir. Dolayısıyla, kişiyi tanımlayan ve şahsa münhasır olan doğum tarihi, medeni durum, hastalık bilgisi, telefon rehberi, parmak izi ve hatta sosyal paylaşım sitelerinde paylaştığı fotoğraf, yazı, ses ve her türlü görsel kayıtlar bu kapsamda değerlendirilir (17). Kişisel veri kavramı yanında hukuki nitelik olarak farklılığı belirtmek üzere, ABGVKT’de hassas veri veya 6698 sayılı Kanunda özel nitelikli veri kavramları kullanılmaktadır. Özel nitelikli veya hassas veriler, kişisel veri kapsamında elde edilmesi, işlenmesi ve korunması için daha dikkatli olunması gereken, aynı zamanda daha çok koruma uygulaması gerektiren bir veri grubu olarak tanımlanabilir (18). Her ne kadar birbirinden farklı iki kavram gibi kullanılsa da, tanımlamalarda anlam ve amaç benzerliğinin olduğu görülmektedir. KVKK (madde 6) ve Kişisel Verileri Koruma Kurumu tarafından verilen bir kararda (19), özel nitelikli veri kavramı kullanılmasına rağmen, bu çalışmada en yaygın kullanım şekline sahip olan hassas veri kavramı tercih edilmiştir (20–22).

Özel yaşamın gizliliğinin ihlal edilmesi sonucu, bireylerin ayrımcılığa uğramasına veya mağdur olmasına neden olabilen hassas veriler, doğrudan veya dolaylı yollarla bireylerin ten rengini, etnik kökenini, felsefi ve dini inançlarını, politik görüşlerini, sendika üyeliğini, mahkûmiyetlerini, sağlık ve cinsel yaşamını ortaya çıkaran veriler olarak tanımlanabilir (22).

Hassas veri niteliğinde olan kişisel sağlık verisi, Sağlık Bakanlığı tarafından “kimliği belirli ya da belirlenebilir gerçek kişinin fiziksel ve ruhsal sağlığına ilişkin her türlü bilgi ile kişiye sunulan sağlık hizmetleriyle ilgili bilgileri” olarak tanımlanmıştır (10). KVKK’da yer alan tanımına bakıldığında daha geniş kapsamlı ifade edildiği görülmektedir (madde 3). Diğer bir deyişle, kişisel verilerin unsurları, nelerin kişisel veri olarak kabul edilebileceği gibidir. Dolayısıyla, bir kimsenin sağlık durumuna ilişkin tıbbi taniya yönelik tetkik ve konsültasyonlar, semptom (belirti) ve fiziki muayene bulguları, kişinin her türlü sağlık istatistikleri bu kapsamda yer alabileceği gibi sağlık amaçlı kullanılan her türlü biyometrik (dirimölçümsel) veriler de (kişiye ait avuç içi ve parmak izi, yürüyüş biçimi, yüz, retina, imza, iris, ses, kulak, el damarı, DNA yapısı veya vücut kokusu vb.) kişisel sağlık verisi olarak değerlendirilebilir.

Birçok Avrupa ülkesinde olduğu gibi, Türkiye’de de kişisel verilerin korunmasında çeşitli yasal düzenlemeler yapılmış olup, hassas veriler arasından da sağlık verilerinin korunmasına büyük bir önem verilmiştir (18,22). Buna göre, 6698 sayılı Kanun hassas verilerin işleme şartlarını sıralarken “sağlık ve cinsel hayat dışındaki kişisel veriler, kanunlarda öngörülen hâllerde ilgili kişinin açık rızası aranmaksızın” işlenebileceğini açıkça belirtmiştir (madde 5). Kanun, sağlık verilerinin işlenmesi için ise ilgilinin açık rıza şartını aramıştır (madde 6). Ancak kanun koyucu bu şartın sağlık ve cinsel hayata ilişkin kişisel verilerin işlenmesine yönelik bazı istisna durumlar sıralamıştır. Buna göre, “kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik uygulamaları, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi gibi amaçlar nedeniyle yetkili kişi, kurum ve kuruluşlar tarafından ilgilinin açık rızası aranmaksızın kişisel sağlık verileri işlenebilir”. Ayrıca kişisel sağlık verilerinin işlenmesi sırasında yürürlüğe giren yasal düzenlemelerin yanı sıra Kişisel Verileri Koruma Kurulu tarafından belirlenen yeterli derecede koruyucu önlemlerin alınması gerektiği, Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmeliğin 18.maddesinde açıkça ifade edilmiştir.

Ulusal ve Uluslararası Düzenlemelerde Kişisel Sağlık Verilerinin Korunması

Kişisel veriler arasında önemli bir yere sahip olan sağlık verilerinin korunması temel hak ve özgürlüklerin korunması kapsamında değerlendirildiğinden, ulusal ve uluslararası düzeyde pek çok yasal düzenlemelerde ele alınmıştır. Tarihsel süreç ve teknolojinin gelişimi karşısında bilgi işlem teknolojilerinin yaygınlaşması ve veri transferinin giderek artması, hukuki, iktisadi ve sosyal bakımdan ülkelerarası önem gerektiren bir durum haline gelmiştir (23). Bu nedenle, ülkelerin veri korumaya yönelik hukuki ve idari altyapılarını düzenleyici bir takım veri koruma usul ve esasları oluşturulmuştur. Bu başlık altında öncelikle kişisel sağlık verilerini de kapsayan kişisel verilerin korunması ile ilgili ulusal düzeyde yapılan yasal düzenlemeler norm hiyerarşisine göre incelenmiştir. Daha sonra Türkiye içinde önemli olan Avrupa Birliği’nin çıkarmış olduğu uluslararası hukuki düzenlemeler üzerinde durulmuştur.

Türkiye, kişisel verilerin korunmasına yönelik ilk uluslararası belge olan 1981 tarihli “108 sayılı Kişisel Verilerin Otomatik İşleme Tabi Tutulması Karşısında Bireylerin Korunmasına Dair Sözleşme”yi imzalayan ülkelerden birisi olmasına rağmen, buna yönelik iç hukukta gerekli düzenleme yapılmadığından onaylanmamıştır (24). Buna rağmen, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda kişisel verilerin korunması konusu ilk olarak 2010 yılında yapılan değişiklikle “özel hayatın gizliliği ve korunması” kenar başlığını taşıyan 20. maddesinde işlenmiştir. Bu madde ile kişisel verilerin (sağlık ile ilgili verilerde dahil) korunmasına yönelik usul ve esaslar kanunla düzenlenerek, anayasal bir hak olarak güvence altına alınmıştır. Anayasada yer alan bu normatif temele bağlı olarak altı yıl sonra 2016 tarihli “6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu” yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Kişisel verilerin korunması konusu birçok faaliyet alanı ile birlikte kamu kuruluşlarını ve özel kurumları ilgilendirmesi nedeniyle bir çerçeve kanun olarak hazırlanmıştır. Böylesi bir kanunun oluşturulmasındaki temel amaç, yaşanan çok sayıda yasal sıkıntıların önüne geçmektir. 6698 sayılı Kanun gerekçesinde belirtildiği üzere, “2005 tarihli ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK)’nın 135 – 140. maddelerinde kişisel verilerin hukuka aykırı olarak elde edilmesi, kaydedilmesi veya ifşa edilmesi fiillerinin suç olarak düzenlendiği ve yaptırıma bağlandığı, ancak kişisel verilerin işlenmesine yönelik özel bir kanun bulunmaması sebebiyle, bu fiillerin ne zaman hukuka aykırı ne zaman hukuka uygun olduğunun belirlenmesinde tereddütler yaşandığı” vurgulanmıştır (6). Danıştay’ın 2017 tarihinde vermiş olduğu bir kararın gerekçesinde ise “kişisel verilerin korunmasına yönelik bir kanuni düzenleme olmamasının uluslararası ilişkiler açısından da sorunlar yarattığı, EUROPOL (Avrupa Polis Bürosu-European Police Office), EUROJUST (Avrupa Birliği Ceza Adaleti İşbirliği Ajansı-European Union Agency for Criminal Justice Cooperation) gibi Avrupa kurumları ile ilişkileri sekteye uğrattığı, sağlık kuruluşlarınca tutulan kişisel verilerin güvenliğinin sağlanmasında yeterli yasal önlem olmamasının Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi tarafından özel hayatın gizliliğine müdahale olarak kabul edildiği ve bu nedenle ihlal kararları verildiği” belirtilmektedir (25). Sonuç olarak, 108 sayılı Sözleşmenin iç hukuka uyarlanması 2016 tarihli 6698 sayılı Kanun aracılığıyla olmuştur (26).

Sağlık hizmetleri alanında 6698 sayılı Kanun uymuna yönelik Sağlık Bakanlığı tarafından bazı yasal düzenlemeler yapılmıştır. Uluslararası sağlık turizmi ve turistlerin sağlığı kapsamında yürütülecek sağlık hizmetlerine ilişkin usul ve esasları belirlemek üzere “Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik”, 13.07.2017 tarih ve 30123 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Söz konusu Yönetmeliğin kişisel verilerin korunması ve aktarılması hükmünü düzenleyen 5. maddesinin altıncı fıkrası gereği 06.07.2017 tarihinde yürütmesi durdurulan “Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik”e atıfta bulunması, gerekse 6698 sayılı Kanun 22. maddesi 1.fıkrasının (h) bendi uyarınca “Kişisel Verileri Koruma Kurulu’nun görüşü alınmadan hazırlandığı ve yürürlüğe konulduğu gerekçesiyle yürütmesinin durdurulmasına” karar verilmiştir (27). Bu Yönetmelikte meydana gelen yasal boşluğu düzenlemek amacıyla, söz konusu Yönetmeliğin ilgili 5. ve 6. maddeleri, 6698 sayılı Kanun ile normatif uyum sağlayarak yeniden düzenlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından “sağlık kuruluşlarından toplanan sağlık verilerine vatandaşların ve sağlık profesyonellerinin internet ve mobil cihazlar üzerinden erişebilmelerine fırsat tanınmasının yanı sıra bilimsel ve istatistiksel değerlendirmeler için önemli bir kaynak işlevi sağlamak” amacıyla 05.02.2015 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından 2015/5 numaralı “e-Nabız

Projesi” konulu Genelge yayımlanarak uygulamaya konulmuştur. Söz konusu Genelge ile “fert ve toplum sağlığının korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için kişisel sağlık kayıtlarının gizlilik, güvenlik, bütünlük ve mahremiyetinin korunarak kişilerin kendileri tarafından kendi dijital sağlık kayıtlarına erişebilmesine imkân sağlayacak olan e-Nabız adı verilen Sağlık.Net Online Sistemi” kurulmuştur. Ancak Sağlık Bakanlığı’nın bu Genelgesi uygulamaya girdiği tarihte kanun seviyesinde kişisel verilerin işlenmesine yönelik bir yasal düzenleme olmaması nedeniyle, 2017 tarihinde Danıştay 15. Dairesi tarafından verilen bir kararla iptal edilmiştir (28). Bunun üzerine, Sağlık Bakanlığı tarafından 2016/6 sayılı yeni bir Genelge yayımlanarak uygulamaya konulmuştur (29). Buna göre, “kamu sağlığının korunması amacıyla kişisel sağlık verilerinin gizlilik, güvenlik, bütünlük ve mahremiyeti korunarak Sağlık.Net Online Sistemi ve bu sisteme bağlı olarak çalışarak ilgili kişilerin kendilerinin veya yetki verdikleri üçüncü kişilerin sağlık verilerine erişimini sağlayan Kişisel Sağlık Kaydı Sisteminin (e-Nabız) geliştirildiği” bildirilmiştir. Söz konusu Genelge, 6698 sayılı Kanun’a atıfta bulunarak, Danıştay tarafından iptal edilen önceki Genelge’de mevcut normatif eksikliklerin giderildiği bir içerik kazanmıştır.

Yapılan diğer bir düzenleme ise Sağlık Bakanlığı tarafından 21 Haziran 2019 tarihli ve 30808 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik” olmuştur. Bu düzenleme ile 6698 sayılı Kanun aracılığıyla belirlenen hükümlerin Sağlık Bakanlığına bağlı merkez ve taşra teşkilatı birimlerine bağlı sağlık sunucularının uyması gereken usul ve esasların belirlenmesi amaçlanmıştır. 2016 tarihli eski Yönetmeliğin yürürlükten kaldırılmasına temel teşkil eden Kişisel Verileri Koruma Kurulu’nun görüşü alınmaması ve Kurul tarafından bu alana ilişkin yeterli önlemlerin belirlenmemiş olması gibi sorunlar, 2019 tarihli yeni Yönetmelik ile giderilerek 6698 sayılı Kanun normatif olarak desteklenmiştir (30).

Yirminci yüzyılın ortalarından itibaren, kişisel verilerin korunmasına yönelik uluslararası düzeyde gelişmeler yaşanmaya başlamıştır. Özellikle, Avrupa Birliği (AB) çatısı altında sürdürülen çalışmalar, üye devletlerin iç hukukuna doğrudan etki edebilecek yasal düzenlemelerin oluşmasına zemin hazırlamış ve ayrıca AIHM’nin kişisel verilerin korunmasına ilişkin verdiği hukuki kararlar bu çalışmaların şekillenmesine katkı sağlamıştır (18,22,31). Türkiye’nin iç hukuk sistemine yansımaları ise bazı sözleşmeler ile gerçekleşmiştir. Kişisel verilerin korunması konusu, özel hayata ve aile hayatına saygı hakkı kapsamında bazı uluslararası anlaşmalarda yer bulmasına rağmen bundan farklı olarak, temel hak şeklinde düzenlendiği de olmuştur.

Kişisel verilerin AB üye ülkeler arasında ticari amaçlarla kullanımın yaygınlaşması neticesinde üye ülkeler arasında birlik sağlamak için Avrupa Komisyonu tarafından 24 Ekim 1995 tarihli ve “95/46/EC Sayılı Kişisel Verilerin İşlenmesi Ve Bu Tür Verilerin Serbest Dolaşımına Dair Bireylerin Korunmasına İlişkin Direktif” (95/46/EC sayılı Veri Koruma Direktifi) yayımlanmıştır. Bu Direktif ile “kişisel verilerin korunmasına ilişkin üye ülkelerin ulusal mevzuatları uyumlaştırılarak verilerin tüm AB ülkelerinde aynı düzeyde ve benzer ilkeler çerçevesinde korunması ve bu yolla verilerin söz konusu ülkelerde herhangi bir güvenlik riski bulunmaksızın serbest dolaşımını sağlanması” amaçlanmıştır (madde 2). Artan ekonomik faaliyetler içerisinde, teknolojinin gelişmesiyle birlikte veri kullanımının artması ve rolünün hızla değişmesi söz konusu Direktifin güncellenmesi ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Bu kapsamda, ABGVKT 14 Nisan 2016 tarihinde Avrupa Parlamentosu tarafından onaylanmıştır. Buna göre, 6698 sayılı Kanun’un Türkiye’de yürürlüğe girişi tarihi, aslında AB Veri Koruma Reformu kapsamında hazırlanan ABGVKT metninin Avrupa Parlamentosu’nda kabulünden kısa bir süre önce olmuştur. Bu nedenle, 6698 sayılı Kanunun oluşturulma sürecinde esas alınan uluslararası düzenlemenin, güncel olan 2016 tarihli ABGVKT değil, 95/46/EC sayılı Veri Koruma Direktifi’nin olduğu anlaşılmaktadır (26,32).

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesine bakıldığında ise kişisel sağlık verilerinin korunmasına ve işlenmesine yönelik açık bir düzenleme bulunmamaktadır. Bu konuda AIHM kararları incelendiğinde, kişisel sağlığın korunması ve veri ihlalleri konularının Sözleşmenin “Özel ve Aile Hayatına Saygı Hakkı” kenar başlıklı 8. maddesi kapsamında değerlendirdiği görülmektedir. Mahkeme, kişisel sağlık verilerinin işlenmesi, toplanması ve saklanması işlemlerinin nasıl ve hangi amaç ile yapılacağına açık bir düzenleme ile belirtilmesi gerektiğinin yanı sıra kamu yararı ve ulusal güvenliğin temel amaç olma şartını aramıştır. Mahkeme’ye göre, buna yönelik yapılacak uygulamalarda amacın sadece kamu menfaati için olduğu açıklaması yeterli olmayıp, aynı zamanda bu işlem ile amacın nasıl birleştirildiğinin anlaşılır olması gerekmektedir (17).

Sonuç olarak değerlendirildiğinde, Türkiye’de idare tarafından düzenlenmek ve kontrol edilmek istenen kişisel sağlık verileri hakkında yeterli idari ve hukuki düzenlemelerin olmayışı nedeniyle, ayrıca yapısal bazı değişikliklerin öngörülmesi şartıyla çeşitli iptaller ve yürütmenin durdurulması kararları verilmiştir. Bu kapsamda, Türkiye’nin kişisel sağlık verileri de dahil olmak üzere, veri koruma konusu ile ilgili yasal düzenlemeleri 6698 sayılı Kanun ile kapsamlı olarak ele almaya başlamasının Avrupa Birliği üye ülkeleri ile karşılaştırıldığında daha geç olduğu söylenebilir (22).

Kişisel Sağlık Verilerine Yönelik Yargı Kararlarında İdarenin Yeri

Bilgi toplumuna geçiş sürecinde gerekli olan temel hakların ve özgürlüklerin zarar görmemesi için idare tarafından uygulamaya konulan düzenlemeler yoluyla, kişisel verilerin korunması beraberinde idarenin yüklenmiş olduğu hukuki sorumluluğu da gündeme getirmiştir. İdare tarafından yapılan düzenlemeler yüksek mahkemeler tarafından yasal denetime tabi olduğundan, bu başlık altında öncelikle Danıştay ve Anayasa Mahkemesi tarafından kişisel sağlık verilerinin korunması konusunda idarenin hukuki sorumluluğuna yönelik verilen kararlar incelenecektir. Ayrıca Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi tarafından verilen kararlar Türkiye Cumhuriyeti’nin iç hukukunda bağlayıcı niteliği olduğundan, “Özel ve Aile Hayatına Saygı Hakkı” kenar başlıklı 8. maddesi kapsamında verilen kararlar sağlıkta kişisel veri bağlamında açıklanacaktır.

Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik (2019 tarihli) ile hassas veri niteliğindeki kişisel sağlık bilgilerinin korunmasına ve veri mahremiyetinin sağlanmasına yönelik düzenleme yapma yetkisi idare olarak Sağlık Bakanlığına tanınmıştır. Ayrıca, Danıştay’ın vermiş olduğu 2015 tarihli bir kararında, sağlıkla ilgili verilerin korunmasında idarenin bilgi güvenliği ve mahremiyeti yükümlülüğü altında olduğu açıkça belirtilmiştir (33). Söz konusu yükümlülüklerin nasıl yerine getirilmesi gerektiği ve kimleri kapsadığı 2019 tarihli Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik ile belirlenmiştir. Buna göre, mahremiyet ve koruma yükümlülüğünü ihlal eden kişilerin kamu sağlık kuruluşunda bulunması ile özel sağlık kuruluşunda bulunması (özel hukuk gerçek veya tüzel kişisi) durumuna göre yapılacak olan hukuki işlemler ve yaptırımlar farklılık

göstermektedir. İdarede görev yapan kamu görevlilerine yönelik Kişisel Verileri Koruma Kurulu'nun yapacağı bildirim üzerine disiplin işlemlerinin yapılabileceği, şayet 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu 135-140. maddeler kapsamında, "kişisel verilerin hukuka aykırı olarak elde edilmesi, kaydedilmesi veya ifşa edilmesine yönelik suç oluşması durumunda bu fiili yapan gerçek kişilere" yönelik adli işlemlerin yapılacağı belirtilmiştir. Diğer yandan, ihlallerin özel hukuk kapsamında gerçek ve tüzel kişileri tarafından yapılması durumunda ayrıca kabahat bağlamında değerlendirildiği ve bazı idari para cezalarıyla yaptırım altına alındığı 6698 sayılı Kanun ile hüküm altına alınmıştır (madde 18). Dolayısıyla, kanun koyucu, idarenin sorumluluğuna doğrudan işaret etmek yerine idarede yer alan veri sorumlusu kamu görevlilerine yönelik yaptırımlar öngörmektedir.

Sağlık hizmeti sunmak amacıyla, aynı faaliyet çatısı altında yer alan birimlerin ya da gerçek veya tüzel kişilerin hastalarına ait olan tıbbi, sosyal, ekonomik ve demografik bilgileri kamusal ya da özel amaçlı nedenlerle birbirlerine aktarması kişisel sağlık verilerinin paylaşılması olarak tanımlanabilir. BMEKİÖ tarafından AB üye ülkeler arasında kişisel sağlık verilerinin tanı, tedavi, araştırma, hastalık önleme ve korunma ile birlikte ileri bilimsel araştırmalar için genom verilerinin paylaşılmasının önemli olduğu açıklanmıştır (34).

Türkiye'de ise bu verilerin paylaşılmasına yönelik Danıştay ve Anayasa Mahkemesi tarafından verilen farklı kararlar mevcuttur. Bu kararlardan birisi de, sağlık hizmet sunucularının idare ile yapmış olduğu hizmet sözleşmesi nedeniyle, sağlık hizmeti sunduğu tüm kişilere ait kişisel sağlık verilerinin idareye gönderilmesini öngören 5510 sayılı Kanununun 78. maddesinin iptali için Danıştay'ın 2014 yılında Anayasa Mahkemesi'ne yapmış olduğu itiraz sonucunda vermiş olduğu gerekçeli karardır. Buna göre, "İdarenin, genel sağlık sigortasının işleyişi ile ilgili verilere ihtiyacı bulunduğu, söz konusu verilere sahip olunmadan, sağlık hizmetinden faydalanacak kişilerin tespiti; sağlık hizmeti sunucularına verdikleri hizmet karşılığında ödeme yapılması; denetim ve kontrol görevinin yerine getirilmesi ve sosyal güvenlik politikalarının geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılmasının mümkün olmayacağı" vurgulanmıştır. Ayrıca, yüksek mahkeme idarenin yapmış olduğu bu uygulamayla kamu yararı amacıyla özel hayatın gizliliği hakkının sınırlandırıldığı vurgusuna rağmen, 78. maddesinin birinci fıkrasının iptalinin reddine karar vermiştir (35). Bu sayede bütün sağlık hizmeti sunucularının (özel ya da kamu kaynaklı) elde ettikleri kişisel sağlık verilerinin idare ile paylaşılmamasına yönelik hukuki engel ortadan kalkmıştır. Bu karar ile idarede toplanan sağlık verilerinin işlenmesi ve korunması alanında idarenin hukuki sorumluluğu doğmuştur.

Danıştay'ın 2017 tarihli, kişisel sağlık verilerinin idare ile paylaşılması konusunda vermiş olduğu diğer bir kararda ise, eczacıların yapmış oldukları ilaç satışlarında hastalara ait reçete kayıt defterlerinin elektronik ortamda tutularak kişisel sağlık verilerinin kaydedildiği, bu verilerin mahremiyetini sağlamak için idare tarafından tespit edilen ölçütlere uygun bir şekilde merkezi sağlık veri sistemine aktarılması gerektiği iddia edilmesine rağmen, 6698 sayılı Kanun ile kurulan Kişisel Verileri Koruma Kurumu görüşünün alınması gerektiği belirtilmiştir (36).

Anayasa'nın 20.maddesi özel hayatın ve aile hayatının gizliliğine vurgu yaparak "herkesin kendisiyle ilgili kişisel verilerin korunmasını, düzeltilmesini veya silinmesini talep etme ve amaçları doğrultusunda kullanılıp kullanılmadığını öğrenme hakkını" da güvence altına almıştır. Bu kapsamda, Anayasa Mahkemesi vermiş olduğu çeşitli kararlarda kişisel veri kavramının sınırlarını oldukça geniş tutmuş olup, kişinin adı soyadı, vatandaşlık numarası, aile bilgileri, motorlu taşıt plakası, sosyal güvenlik numarası, sağlık bilgileri gibi bireyi dolaylı yoldan veya doğrudan belirlenebilir kılan tüm verileri bu kavram altında değerlendirmiştir (37). Bununla ilgili Anayasa Mahkemesi'nin bir kararına göre, hatalı cerrahi göğüs operasyonu yapan doktora karşı açılan davada, mağdur olan hastanın dosyaya delil olarak sunduğu göğüs bölgesi fotoğraflarının mahrem nitelikte olması nedeniyle, bu fotoğraflara yönelik gizlilik kararının ilk derece mahkeme tarafından verilmemesinin hak ihlali yarattığı sonucuna varılmıştır (38).

Bir eğitim ve araştırma hastane idaresi tarafından çalışanlarının mesai takibi amacıyla parmak izi tarama sistemi kullanılarak özel hayatın gizliliği ilkesinin ihlal edilmesine yönelik Danıştay İdari Dava Daireleri Genel Kurulu'nun vermiş olduğu bir karara göre (39); söz konusu uygulama ile "özel hayatın gizliliği ilkesi kapsamında bulunması karşısında uygulamanın sınırlarını, usul ve esaslarını gösteren bir yasal dayanağının bulunmaması, toplanan verilerin ileride başka bir şekilde kullanılmayacağına dair bir güvencenin mevcut olmaması göz önüne alındığında, temel haklar ve anayasal ilkeler ile birlikte uluslararası sözleşme kuralları ile bağdaşmayan dava konusu işlemde hukuka uyarlık bulunmadığı sonucuna varılmıştır." Bu karar neticesinde, Danıştay, çalışanlarının parmak izi alınması gibi temel hak ve hürriyetler açısından önem taşıyan biyometrik (dirimölçümsel) verilerin işlenmesi ve korunmasını konusunda hassasiyetle durarak, idarenin personel yönetimine yönelik böylesi bir işlem gerçekleştiremeyeceğine karar vermiştir.

AİHS kapsamında, kişisel sağlık verilerine ilişkin olarak özel bir düzenleme bulunmamasına rağmen, AİHM içtihatları ile kişisel sağlık verilerinin, özel yaşama ve aile hayatına saygı hakkı başlıklı 8. maddesine göre incelendiği görülmektedir. AİHM tarafından verilen bazı kararlarda, kişisel verilerin korunması hakkı kapsamında değerlendirilen alanlarda (kişisel sağlık verilerine yetkisiz erişim, bu verilerin gereğinden daha fazla süre veritabanlarında muhafaza edilmesi gibi) özel hayatın gizliliği hakkına yönelik esaslara göre değerlendirme yapılmıştır (40). AİHS madde 46 açısından, AİHM kararları Türkiye hukuk sistemini bağlayıcı olduğundan, üye devletlere yönelik kişisel sağlık verilerinin korunması konusunda verilen kararlar idare hukuku kapsamında ele alınacaktır.

I. v. Finlandiya adlı karara konu olan olayda, HIV (*Human Immune Virus*) taşıyan hastanın kişisel sağlık verilerine hasta ile ilgisi olmayan diğer hastane çalışanlarının da erişimine açık tutulmasında hastane idaresinin hukuki sorumluluğuna değinilmiştir. Bu kapsamda, ülke mevzuatında kişisel verilerin açıklanması nedeniyle oluşabilecek olağan maddi ve manevi zararların tazmin edilmesine ilişkin olarak AİHS madde 8 kapsamında idare tarafından yeterli güvence sağlanmadığı ve devletin kişisel verilerin korunmasındaki pozitif yükümlülüğü sağlayamaması nedeniyle, AİHS madde 8'in ihlal edildiğine hükmedilmiştir. Tıbbi kişisel verilerin önemine vurgu yapan bu kararda, yalnızca koruyucu yasal düzenlemelerin yapılması yeterli bulunmamış, kişisel sağlık verilerinin korunmasında idare tarafından alınması gereken ilave güvenlik tedbirlerinin de önemine değinilmiştir (24).

AİHM tarafından verilen, 27.08.1997 tarihli bir başka karar ise “kürtaj hakkında bilgi içeren tıbbi kayıtların bir klinik tarafından sosyal güvenlik kurumuna iletilmesi” ile ilgilidir. Buna göre, *M.S. v. İsveç* adlı ve 20837/92 başvuru numaralı kararda, mahkeme, hasta hakkındaki kişisel sağlık verilerinin klinik tarafından sosyal güvenlik kurumu ile paylaşılmasının ülkedeki kamu düzeninin korunması yönündeki meşru amaç ile orantılı olduğunu değerlendirerek Sözleşmenin 8. maddesinin ihlal edilmediği sonucuna varmıştır (41). Mahkeme bu karara göre, kişisel sağlık verilerinin başka bir kamu kurumu ile paylaşılmasında öncelikli olarak kamu menfaatini aramış ve bunun için şartların oluşup oluşmadığına bakmıştır. Sonuç olarak, tıbbi verilerin idare ile paylaşılmasının demokratik bir toplumda izlenen amaçlarla orantılı olduğu kararı verilmiştir.

AİHM'nin önüne gelen davalardan bir diğeri ise kişisel sağlık verilerinin, bireyin açık rızası alınmadan idare tarafından kullanılması konusundadır. Buna göre, *L.H. v. Letonya* adlı davada (42), Letonya'da bir kamu idaresi tarafından tıbbi verilerin toplanması sırasında bu verilere yönelik amaç, konu ve süre yönünden hiçbir şekilde bir sınırlama yapılmamış olması nedeniyle, Sözleşme'nin 8.maddesinin ihlal edildiğine karar verilmiştir. Ayrıca bu karar ile birlikte mahkeme, bireylerin sahip olduğu özel hayata saygı hakkı konusunda tıbbi verilerin korunmasının önemi hatırlatılmıştır.

Genel olarak, AİHM tarafından bu kararlar incelendiğinde; hassas veri niteliğinde olan kişisel sağlık verilerinin, AİHS madde 8 kapsamında koruma altına alındığı görülmektedir. Mahkeme, gündemine gelen olaylarda, kanunla yapılacak açık bir düzenleme ile hassas verilerin nasıl, hangi amaçla ve verilerin toplanacağı yöntemin belirtilmesi gerektiği üzerinde önemle durmuştur. Bunun yanında, yapılan uygulamalarda açık bir şekilde kamu güvenliği ve kamu yararının temel amaç olma şartını da aramıştır (17). Bu nedenle, idare tarafından yapılacak uygulamalarda, sadece kamu yararı ilkesi ile hareket etmek Mahkeme tarafından yeterli görülmemekte, aynı zamanda yapılan işlem ile amacın nasıl gerçekleştirildiğinin açıkça izah edilmesi gerekmektedir.

İdarenin Kişisel Sağlık Verilerinden Kaynaklanan Hukuki Sorumluluğu

İdarenin kamu hukukundan kaynaklanan sorumluluğunun yerine getirilmemesi sonucu hizmet kusuru ortaya çıkmaktadır. Kusur, kamu hizmetlerindeki faaliyetinden ya da kuruluşundan ortaya çıkan ve öznel nitelikli olmayan eksiklik veya bozukluk olarak tanımlanabilir. Hizmet kusuru ise idarenin yerine getirdiği kamu hizmetlerinin işleyişinde bulunan ve ilgili kamu görevlisinin denetim ve gözetim görevini yerine getirememesindeki anonim ve nesnel nitelikteki kusuru olarak tanımlanmaktadır (43). Diğer bir anlatımla, kamu hizmeti kötü ya da eksik işletilmekte veya bu işleyişin olması gereken hizmet gerekleriyle ilişkilendirilemeyecek bir özellik taşıması durumunda idarenin sorumluluğunu doğuran bir hizmet kusurunun var olduğu anlaşılır (44). Söz konusu bu hizmet kusurunun idarenin sunduğu sağlık hizmetinde yer alması ise sağlık hizmetlerinde hizmet kusurunu ifade etmektedir.

Genel olarak, hizmet kusuru, mevcut bir kamu hizmetinin işleyişinde meydana gelen bozukluk ve aksaklıkları ifade eder (17). Hizmet kusuru, ifayı yerine getiren kamu personelinin tutum ve davranışına atfedilemeyen objektif kusurdur (44). Ancak, bir kusur sağlık hizmeti sunumunda görevli kamu çalışanın göreviyle alakası olmayan ve görevinden bağımsız olarak görev faaliyeti esnasında gerçekleşmesiyle oluşan ve kişisel sorumluluğuna neden olan kusura ise salt kişisel kusur denir. Bu durumda, ilgili sağlık çalışanı haksız fiil nedeniyle sorumlu olur ve özel hukuk kurallarına göre adli mahkemelerde yargılanabilir (43).

İdarenin hizmet kusuruna dayanan sorumluluğu asli bir sorumluluktur (21). Ayrıca idare, kamu personelinin kusuru nedeniyle hizmet kusurunun meydana geldiğini iddia ederek hukuki sorumluluktan kurtulamaz. Ancak kamu çalışanın bulunduğu görev ve yetkilerin sağladığı imkânlardan yararlanarak gerçekleştirdiği suç niteliğindeki eylemler ise görev kusuru olarak kabul edilmektedir. Hizmet ve kişisel kusurun birbirine çok yakın olmasından dolayı, kamu çalışanın eylemleri nedeniyle idare asli sorumlu sayılmaktadır. İdare bunu çalışana rücu edebilecektir. İdarenin kusuru sonucu oluşan maddi ya da manevi zararın varlığı halinde ise idarenin tazmin borcu meydana gelmektedir. Bunun için idari yargıya özgü bir dava türü olan tam yargı davası aracılığıyla idarenin hukuki sorumluluğunun bulunup bulunmadığı tespit edilir. Tam yargı davası aracılığıyla idarenin ihlal ettiği ya da yerine getirmede olduğu bir hakkı yerine getirmesi veya bunun sonucunda bireyin uğradığı zararın giderilmesi amaçlanmaktadır (44).

Sağlık hizmetleri, tıbbi ve teknik bilgiyi gerektiren ve doğası gereği faaliyetlerinde hayati risk taşıyan hizmetler arasındadır. Bu nedenle, idari bir faaliyet sonucu bireyin zarara uğraması durumunda, zararın ortaya çıkmasında idarenin hizmet kusurunun varlığı ancak konusunda uzman olan kişi ya da kuruluşların incelemeleri sonucunda ortaya konabilir. Bu kapsamda, idarenin sağlık hizmetleri sunumunda sorumluluğunda olan başlıca zararlar, bedensel bütünlüğün bozulması sonucu bedensel zararları, ölüme bağlı meydana gelen maddi zararları, mala ilişkin zararları (vücuda protez takılması gibi), bireyin sahip olduğu kişilik değerinde ve şahıs varlığında meydana gelen her türlü manevi zararları kapsamaktadır (44). Dolayısıyla, idare tarafından hassas veri niteliğindeki kişisel sağlık verilerinin hukuka aykırı bir biçimde işlenmesi, depolanması ve aktarılması nedeniyle tam yargı davası ile birey, uğradığı maddi zararlar ile birlikte ağır kişilik hakkı ihlali durumunda manevi zararları da idareden tazminat yoluyla isteyebilmektedir.

İdarenin yerine getirmesi gerekli olan en önemli görevlerden birisi de kişisel verilerin korunması ve güvenli bir şekilde transferinin gerçekleştirilmesidir. Anayasa Mahkemesi 2008 tarihinde vermiş olduğu bir kararda bilgi toplama, saklama, işleme ve değiştirme tekelinin idareye ait olduğunu vurgulamıştır (45). Benzer bir şekilde hassas verilerin güvenli bir şekilde muhafaza edilmesinin önemine yönelik Danıştay tarafından verilen bir karara göre, “hassas veriler ile bireyin temel hak ve özgürlükleri arasında yakın bir ilişki bulunması nedeniyle de bu nitelikteki verilerin bireyin diğer kişisel verilerinden daha etkin ve özel koruma altına alınması gerekmektedir”(46). İdare, sosyal devlet olmanın gereklerini yerine getirebilmek, halkın huzur ve refahını sağlayabilmek amacıyla vatandaşlarının doğumundan ölümlerine kadar verilerini toplamakta ve arşivlemektedir. Dolayısıyla, idare hukukunda idarenin kişisel sağlık verilerinden kaynaklanan ve yerine getirilmediği takdirde hizmet kusuru niteliğinde olan sorumlulukları bulunmaktadır. Ayrıca kişisel sağlık verilerinin korunması hakkına ilişkin idare tarafından yasal bir dayanak olmaksızın yapılacak düzenleme veya bu hakkın sınırlandırılması hukuka aykırı olacaktır (21).

Sağlık hizmetlerinden yararlanan bireylerin kişisel sağlık verileri ile ilgili kayıtlarının eksik tutulması, hatalı tutulması ya da yapılan tedavilerin kayıt altına alınmaması, Danıştay tarafından hizmetin kusurlu işletilmesi için yeterli görülmektedir. Danıştay'ın vermiş olduğu bir kararda, hastaya ait röntgen grafilerinin hastanın dosyasında muhafaza edilmediği için mahkemeye ibraz edilememesi sonucu idarenin hizmet kusuru olduğu ifade edilmiş, tıbbi verileri kaybolan hastanın yaşadığı bu belirsizlik nedeniyle üzüntü duyduğunu, bu nedenle uğranılan manevi zararın tazmin edilmesi gerektiğine hükmedilmiştir (47). Danıştay tarafından verilen başka bir kararda ise hasta ile ilgili tutulan kişisel sağlık verilerinin, hasta için yapılan tedavileri ve tedavi sonrası oluşabilecek zararlı sonucun sebeplerini anlamasına imkân sağlayacak olan tıbbi kayıtların eksik, hatalı ya da hiç tutulmaması nedeniyle hasta hiçbir zaman rahatsızlığının nedenini öğrenemeyeceği, bu nedenle sağlık verilerinin eksik tutulmasının hastanın doğruyu öğrenme hakkına engel olunacağı vurgulanmıştır (17).

Diğer yandan, dünya genelinde birçok ülkeye yayılan COVID-19 gibi bulaşıcı hastalıklardan korunmak ve yayılımını önlemek amacıyla idare tarafından bazı sosyal ve idari tedbirler alınmaktadır. Bu gibi salgın hastalıklarda toplum sağlığının korunması için, bulaşıcı hastalığı taşıyan veya taşıma riski bulunan kişiler ile temas kuranların tespit edilmesi amacıyla idare tarafından yetkili kurum ve kuruluşlarca ilgili kişilerin iletişim bilgileri, daha öncesinde bulunduğu mekan ve şehirler, son zamanlarda temas edilen kişiler gibi hassas veri niteliğinde olan bilgilere ihtiyaç duyulabilmektedir. İnsan Hakları Biyotıp Sözleşmesi (maddeler 5-10), Anayasa (m.20) ve 6698 sayılı Kanun (maddeler 5-9) esaslarınca kişisel verilerin güvenliği gözetilmiş olup, söz konusu bu tür veriler özel nitelikte veri olmasından dolayı, yetkili kurum ve kuruluşlarca paylaşılmasında temel prensip kişinin rızası ile verilmesidir. Şayet, hastalığın yasal düzenlemelerle belirlenmiş ihbarı zorunlu bir hastalık sınıfında olması durumunda, 1593 kanun numaralı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (maddeler 29-56) gereği yetkili kişiler tarafından bildirim zorunludur. Salgın durumlarında, idare tarafından, rıza ile elde edilen kişisel sağlık verilerinin, 6698 sayılı Kanun (madde 28) kapsamında kamu sağlığı bakımından işlenmesi mümkündür. Ancak bu verilerin, ilgili olmayan üçüncü kişilerce paylaşılması ya da ele geçirilmesi durumunda, ilgili veri sahipleri bakımından zararlar ortaya çıkabileceği dikkate alındığında, idare kişisel sağlık verilerinin güvenliği için yeterli seviyede her türlü teknik ve idari tedbirlerin alınmasından sorumlu olabilecektir. Ayrıca 6698 sayılı Kanun (madde 7) gereği, idarenin elde ettiği hassas verilerin işlenmesini mümkün kılan şartların sona ermesi durumunda bu verilerin anonimleştirilmesi veya silinmesi gerekmektedir.

İdare Hukuku Çerçevesinde Kişisel Verileri Koruma Kurumu

Kişisel verilerin korunmasına ilişkin usul ve esasları belirlemeye yönelik çerçeve bir düzenleme, "6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" başlığı ile 07.04.2016 tarihli ve 29677 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Söz konusu Kanun ile belirlenen görev ve usulleri yerine getirmek için mali ve idari özerkliği bulunan, kamu tüzel kişiliğine haiz olan "Kişisel Verileri Koruma Kurumu" kurulmuştur. Kurumun başlıca görevleri arasında "ulusal ve uluslararası alanda uygulama ve mevzuattaki gelişmeleri takip ederek araştırma ve inceleme faaliyetlerinde bulunma ile birlikte ulusal-uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapma ve ihtiyaç duyulan hususlarda önerilerde bulunması" yer almaktadır (madde 20-22).

Söz konusu Kurum, kişisel verilerin korunması ve ihlallerin önlenmesine yönelik tebliğ, yönetmelik gibi işlemlerle düzenleyici yetkisini kullanırken; 6698 sayılı Kanunda öngörülen idari yaptırımları ve tedbirleri uygulamaktadır. Kurulun 2018 tarihinde vermiş olduğu bir kararda, ilgili idare tarafından, başta sağlık hizmetleri olmak üzere diğer hizmetlerin sağlandığı "kamu ve özel sektör kurumlarının banko/gişe/masa gibi hizmet alanlarında yetkisiz kişilerin yer almasını önlemek ve hizmet alım sırasında bireylerin birbirlerine ait kişisel verileri görmesini, duymasını veya elde etmesini engelleyecek idari ve teknik önlemlerin alınması gerektiği" bildirilmiştir (48). Bu karar ile sadece gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişilerine değil aynı zamanda kamu hizmeti sağlayan idareye de önleyici ve koruyucu tedbirlerin sağlanmasına yönelik yükümlülük vermiştir. Karara göre; kamu veya özel sağlık kuruluşlarında hastane idaresi tarafından hastaların birbirlerinin adı ve soyadı, kimlik numarası gibi kişisel sağlık verilerini açıkça görmesini ve elde etmesini önlemek, aynı zamanda muayene ve tedavi faaliyeti sırasında sağlık profesyonelleri tarafından hastaların kişisel veri niteliğindeki bilgilerinin diğer üçüncü şahısların elde etmesinin önüne geçmek için idari ve teknik tedbirlerin alınmasının hukuki açıdan çok önemli olduğu anlaşılmaktadır. Özellikle, hastanelerde elektronik hasta çağrı sistemlerinde hastaların anonimleştirilmemiş ad soyad veya kimlik numarası gibi bilgilerin diğer hastalar tarafından rahatlıkla elde edilebilecek şekilde yer alması ya da kişiye ait tıbbi sonucun (röntgen, laboratuvar vb.) üçüncü şahıslar tarafından rahatlıkla görülmesi sonucu buradaki bilgilerin elde edilebilmesi gibi olası ihlallerde idarenin yanında ilgili veri sorumlularının da hukuki sorumlulukları 6698 sayılı Kanun çerçevesinde gündeme gelecektir.

Kurul tarafından verilen düzenleyici kararların ihlali halinde yapılacak olan işlem, ihlali gerçekleştiren kişi ya da kuruma göre farklılık göstermektedir. Buna göre, ihlalin özel hukuk tüzel kişileri ile veri sorumlusu olan gerçek kişiler tarafından gerçekleştirilmesi idari para cezasını gerektirirken, bu ihlallerin her türlü kamu kurumlarında veya bu nitelikteki meslek kuruluşları çatısı altında görev yapanlar hakkında ise disiplin hükümlerine göre işlem yapılacağı, 6698 sayılı Kanunun 18. maddesinde açıkça yer almıştır. Ayrıca, idarenin kişisel sağlık verileri de dahil hassas verilerin işlenmesine ilişkin aykırılık gerçekleştirmesi halinde, mağdur olan ilgili kişi, idarenin gerçekleştirdiği bu tür eylem ve işlemleri nedeniyle idareye karşı tam yargı davası açabilecektir.

Kişisel veriler temel hak ve özgürlüklerin korunması kapsamında değerlendirildiğinden, ulusal ve uluslararası düzenlemelerde önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle kişisel sağlık verilerinin kim tarafından nasıl işlenmesi gerektiği, ne kadar süre ve neden gizli tutulması gerektiği, yetkisiz paylaşım konusunda idarenin alması gereken tedbirler çeşitli yüksek mahkeme kararlarında açıkça belirtilmiştir.

Hemşirelik Hizmetleri Bakımından Kişisel Sağlık Verileri

Hemşirelik hizmetleri bünyesinde barındırdığı profesyonel bilgi gücü, yetişmiş personel sayısı ve bunların üstlendiği sorumluluklar bağlamında hastane ve sağlık kuruluşlarının yönetiminde önemli bir yere sahiptir. Koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin her aşamasında hastalarla iletişim ve etkileşim halinde olan hemşireler, hasta mahremiyeti ve kişisel

sağlık verilerinin korunması konularında da cezai ve hukuki yönden sorumlu olabilirler. Bu sorumluluklar hasta ve yakınlarına ait tıbbi kayıtların 6698 sayılı Kanunda öngörülen amaçlar dışında elde edilmesi, işlenmesi ve 3. şahıslarla paylaşılması gibi eylemlerden kaynaklanmaktadır. KVKK veri ihlallerinde sorumluluğun gerçek veya tüzel kişide olabileceğini açıkça belirtmiştir (Madde 17-18). TCK 137.maddesi ise bu sorumluluğun kamu görevlisi tarafından görevinin verdiği yetki kötüye kullanmak ve belli bir mesleğin icrasının sağladığı kolaylıktan yararlanmak suretiyle meydana gelmesini nitelikli hallerden sayarak cezai yaptırımın artırılmasını öngörmüştür. Bu nedenle, hemşirelik hizmetlerinin yerine getirilmesi için idare bünyesinde görev yapan veyahut özel sağlık hizmeti sunan kurumlarda bulunan hemşirelerin hasta ve yakınlarına ait kişisel sağlık verilerini hukuka aykırı ele geçirme ve paylaşma konularında, gerek mesleki statülerinden gerekse buldukları idari pozisyonlarından (klinik başhemşireliği, hemşirelik hizmetleri müdürü vb.) kaynaklı sorumluluğu doğabilecektir.

Sonuç

Teknolojinin gelişmesiyle birlikte kişisel verilerin hızla işlenmesi ve elde edilmesi beraberinde özel hayat ve mahremiyet kapsamında bazı hukuki sorumlulukların doğmasına da neden olmaktadır. Özellikle hassas veri niteliğinde olan kişisel sağlık verilerinin en çok işlendiği yer sağlık hizmetleridir. Söz konusu verilerin gerektiği gibi tutulmaması, hukuka aykırı işlenmesi ya da izinsiz üçüncü kişiler ile paylaşılması sadece özel sağlık kurumları açısından özel hukuk kapsamında değil aynı zamanda kamu sağlık kurumları açısından kamu hukuku kapsamında idarenin sorumluluğunu doğuracak niteliktedir. Bu durum, idarenin bireylerin kişisel sağlık verilerini koruma yükümlülüğünden kaynaklanmaktadır.

İdare tarafından kişisel sağlık verilerinin işlenmesi sırasında, kanuna aykırılık sonucu idarenin hizmet kusuru doğabilir. Bu nedenle, bireyler maddi veya manevi zarara uğrayabilir. Anayasa ve 6698 sayılı Kanun tarafından güvence altına alınan kişisel sağlık verilerinin ihlali nedeniyle idareye karşı açılan davalar, her somut olayın gereklerine göre farklı olarak idari yargı tarafından değerlendirilecektir. Buna yönelik, Danıştay ve Anayasa Mahkemesi tarafından verilmiş kişisel verilerin gizliliğinin korunmasına yönelik kararların, uluslararası hukuki düzenlemelerde yer aldığı gibi temel hak ve özgürlükleri koruyucu bir eksen etrafında verildiği görülmektedir.

Dünya genelinde elektronik veri kayıt ve depolama imkânlarının giderek daha da kolaylaşması karşısında, sağlık hizmeti sunan idarelerin bu duruma kayıtsız kalması mümkün değildir. Bu nedenle, oluşabilecek her türlü veri ihlallerine karşı sağlık profesyonellerine yönelik veri güvenliği hakkında eğitimler verilmelidir. Hastane idaresi tarafından yasal mevzuatlar çerçevesinde veri sorumlusu kişiler belirlenmeli ve bu kişilere yönelik ayrıca hizmet içi eğitimler yapılmalıdır.

Herkesin rahatlıkla görüp, duyabileceği poliklinik ve muayene gibi hizmetlerde hastalara ait bilgilerin korunmasına, gerekirse anonimleştirilmesine idare tarafından dikkat edilmelidir. Örneğin, çeşitli kamu hastanelerinde elektronik hasta çağrı levhalarında hastaların adı soyadı veya kimlik numarası bilgileri ile değil, alacakları sıra numarası ile muayene/televizyon hizmeti almaları mümkün olabilir.

Hastane veri kayıt sistemlerinde yer alan hastalara ait bilgilerin özel olarak korunması gereken veri niteliğinde olmasından dolayı, ilgili sağlık çalışanının hastanın ilgili verilerine yetki dahilinde erişimi sağlanmalıdır. Bu sayede üçüncü şahıs niteliğinde olan diğer sağlık profesyonelleri tarafından kişisel sağlık verilerinin keyfi biçimde işlenmesi önüne geçilebilir.

İdare aracılığıyla sağlık hizmeti sunulan kurum ve kuruluşlarda, sadece 6698 sayılı Kanun kapsamında kurulan Kişisel Veri Koruma Kurulu tarafından alınan kararların, ulusal ve uluslararası düzenlemelerde ortaya çıkan veri güvenliğine yönelik güncel gelişmelerin takip ve uyumunu sağlamak amacıyla değil, aynı zamanda sağlık idaresi içinde yer alan birimlerin veri toplama, işleme ve saklama süreçlerinin yakından denetimini sağlamak amacıyla veri güvenliği kontrol birimleri kurulmalıdır.

Bilgilendirme

Bu derleme çalışması sırasında kamu, ticari veya kar amacı gütmeyen sektörlerdeki fon kuruluşlarından herhangi bir özel hibe alınmamıştır.

Bu derlemede yer alan bütün başlıklar ve bunların araştırılması ile birlikte yazılması sürecinde başkaca bir kişi veya yazarın katkısı olmamıştır.

Bu çalışma Helsinki Bildirgesi'ne uygun bir biçimde, yayın etiği esaslarına uyularak hazırlanmıştır.

Yazar tarafından herhangi bir teşekkür belirtilmemiştir.

Yazar tarafından herhangi bir çıkar çatışmasının olmadığı bildirilmiştir.

Kaynaklar

1. Brown JS, Duguid P. Enformasyonun Sosyal Yaşamı. Çeviri: Bingöl Ç. Türk Henkel Dergisi Yayınları; 2001.
2. Ojha AC, Pani SK. Data science and big data analytics. In: Satpathy S, Mohanty SN, Big Data Analytics And Computing For Digital Forensic Investigations. CRC Press Publishing, 2020: 40-150.
3. Cui Y, Kara S, Chan KC. Manufacturing big data ecosystem: A systematic literature review. Robot Comput Integr Manuf. 2020;62 (1), 101861.
4. He J, Baxter SL, Xu J, Xu J, Zhou X, Zhang K. The practical implementation of artificial intelligence technologies in medicine. Nat Med. 2019;25(1):30-6.
5. Regulation (EU) 2016/679 of the european parliament and of the council. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:32016R0679&from=EN>. Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2020.
6. Madde ve gerekçesi ile kişisel verilerin korunması kanunu. Ankara: KVKK Yayınları; 2019. <https://www.kvkk.gov.tr/Icerik/5388/Madde-ve-Gerekcesi-ile-Kisisel-Verilerin-Korunmasi-Kanunu-Bilgi-Notu-ve-Kisisel-Verilerin-Korunmasina-Iliskin-Terimler-Sozlugu>. Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2020.
7. Truong NB, Sun K, Lee GM, Guo Y. GDPR-Compliant personal data management: a blockchain-based solution. IEEE Transactions on Information Forensics and Security. 2020;15(October):1746-61.
8. Anayasa Mahkemesi'nin 2014/1970 başvuru numaralı, 22.11.2017 tarihli kararı.

- <http://www.kararlaryeni.anayasa.gov.tr/Content/pdfkarar/2014-1970.pdf>. Erişim Tarihi. 20 Mayıs 2020.
9. Anayasa Mahkemesi'nin 9/4/2014 tarihli ve E: 2013/122, K: 2014/74 sayılı kararı <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/07/20140726-15.pdf>. Erişim Tarihi. 20 Mayıs 2020.
 10. Kişisel sağlık verileri hakkında yönetmelik. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/06/20190621-3.htm>. Erişim Tarihi. 20 Mayıs 2020.
 11. Bietz MJ, Bloss CS, Calvert S, Godino JG, Gregory J, Claffey MP, et al. Opportunities and challenges in the use of personal health data for health research. *J Am Med Inform Assoc.* 2016; 23 (e1), 42-48.
 12. Karampela M, Ouhbi S, Isomursu M. Personal health data: a systematic mapping study. *Int J Med Inform.* 2018; 118:86-98.
 13. Öztekin Z. Sağlık kavramı ve sağlık hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi.* 2001; Sağlık özel sayısı (39):295.
 14. Öztekin Z. Halk Sağlığı Bakışıyla Sağlık Hizmetleri: Kavramlar-İlkeler-Politikalar. 1.Basım. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Tıp Fakültesi. 2019: 22-50.
 15. World Health Organization (WHO). Health services https://www.who.int/topics/health_services/en/. Erişim Tarihi: 21 Mayıs 2020
 16. Dülger MV. Kişisel sağlık verilerine ilişkin ceza ve idare hukuku normları. Kişisel sağlık verileri II.Ulusal Kongresi (3-4 Haziran 2017). Türk Tabipler Birliği Yayınları. 2017: 8-52. https://www.ttb.org.tr/kutuphane/ksv_2017.pdf. Erişim Tarihi: 18 Mayıs 2020
 17. Altundış M. Tıbbi kişisel verilerin tutulması ve korunması yükümlülüğü ve idarenin bu yükümlülüğünü yerine getirmemesinden doğan sorumluluğu. *Türkiye Adalet Akademisi Dergisi.* 2016;7(28):313-51.
 18. Carey P. Data protection: a practical guide to UK and EU law. Fifth edition. Oxford University Press. 2018: 3-10.
 19. "Özel nitelikli kişisel verilerin işlenmesinde veri sorumlularınca alınması gereken yeterli önlemler" ile ilgili Kişisel Verileri Koruma Kurulu'nun 31/01/2018 tarihli ve 2018/10 sayılı kararı <https://www.kvkk.gov.tr/Icerik/4110/2018-10>. Erişim Tarihi: 26 Mayıs 2020.
 20. Kaya C. Avrupa birliği veri koruma direktifi ekseninde hassas (kişisel) veriler ve işlenmesi. *İstanbul Üniversitesi Hukuk Fakültesi Mecmuası.* 2011;69(1-2):317-34.
 21. Akgül A. Avrupa insan hakları mahkemesi kararlarında kişisel verilerin korunması hakkı. *Terazi Hukuk Dergisi.* 2014;9(92):72-81.
 22. Bart Custers, Alan M.Sears FD. EU Personal Data Protection In Policy And Practice. First edition. Netherlands: Asser Press, Springer. 2019: 1-192.
 23. Winter JS, Davidson E. Big data governance of personal health information and challenges to contextual integrity. *Inf Soc.* 2019: 35(1):1-10.
 24. Atak S. Avrupa konseyinin kişisel veriler açısından sağladığı temel güvenceler. *Türkiye Barolar Birliği Dergisi.* 2010;87:90-120.
 25. Danıştay 15.Dairesi'nin E.2016/10488 YD. T.6.7.2017 sayılı kararı. Lexpera İçtihat Bankası. <https://www.lexpera.com.tr/ictihat/danistay/15-d-e-2016-10488-k-yd-t-6-7-2017>. Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2020.
 26. Henkoğlu T. Veri koruma kanununun getirdikleri. *Journal of Current Research on Social Sciences.* 2017;7(2):241-50.
 27. Danıştay 15.Dairesi'nin 17.01.2018 tarih ve E.2017/2258 sayılı kararı. http://www.ttb.org.tr/userfiles/files/D_15_YD_HK_karar.pdf. Erişim Tarihi: 22 Mayıs 2020.
 28. Danıştay 15.Dairesi'nin E.2015/3035 ve K.2017/6611 sayılı kararı. <https://www.lexpera.com.tr/ictihat/danistay/15-d-e-2015-3035-k-2017-6611-t-14-11-2017>. Erişim Tarihi: 20 Mayıs 2020.
 29. Sağlık Bakanlığı'nın 2016/6 numaralı ve 26 Nisan 2016 tarihli Genelgesi <https://kisiselveri.saglik.gov.tr/TR,56190/20166-sayili-genelge.html>. Erişim Tarihi: 23 Mayıs 2020.
 30. Danıştay 15.Dairesi'nin 06.07.2017 tarih ve E.2016/10500 sayılı ve 26.06.2018 tarih ve E.2018/844 sayılı kararları. <http://www.ttb.org.tr/userfiles/files/ksv-yd.pdf>. Erişim Tarihi: 19 Mayıs 2020.
 31. Özdemir H. Elektronik Haberleşme Alanında Kişisel Verilerin Özel Hukuk Hükümlerine Göre Korunması. Seçkin Yayınevi. 2009: 22-80.
 32. Akıncı AN. Avrupa birliği genel veri koruma tüzüğü'nün getirdiği yenilikler ve türk hukuku bakımından değerlendirilmesi. Ankara; 2017. <http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/AvrupaBirliğiGenelVeriKorumaTüzüğü'nünGetirdiğiYeniliklerveTürkHukukuBakımından-Değerlendirilmesi.pdf>. Erişim Tarihi: 02 Haziran 2020.
 33. Danıştay 15.Dairesi'nin 06/07/2015 tarih ve E:2015/3602 sayılı kararı <http://www.ttb.org.tr/userfiles/files/evde-saglik-danistay-karar-son.pdf>. Erişim Tarihi: 01 Haziran 2020.
 34. OECD. Health in the 21st century: putting data to work for stronger health systems. OECD Publishing, Paris.; 2019. 1-261 p. (OECD Health Policy Studies). Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-in-the-21st-century_e3b23f8e-en. Erişim Tarihi: 30 Mayıs 2020.
 35. Anayasa Mahkemesi'nin 25.12.2014 tarihli, E.2014/74, K.2014/201 sayılı kararı. <http://kararlaryeni.anayasa.gov.tr/Karar/Content/0e1371e0-2293-43f9-9201-711f645e48b7?excludeGerekce=False&wordsOnly=False>. Erişim Tarihi: 28 Mayıs 2020.
 36. Danıştay 15.Dairesi'nin E.2016/10488, YD.T.6.7.2017 sayılı kararı <https://www.lexpera.com.tr/ictihat/danistay/15-d-e-2016-10488-k-yd-t-6-7-2017>. Erişim Tarihi: 18 Mayıs 2020.
 37. Anayasa Mahkemesi'nin 28.09.2017 tarihli, E.2016/125, K.2017/143 sayılı kararı. <http://kararlaryeni.anayasa.gov.tr/Karar/Content/0556eb9f-017d-4dc4-9060-0e95c999ccd0?excludeGerekce=False&wordsOnly=False>. Erişim Tarihi: 27 Mayıs 2020.

38. Anayasa Mahkemesi'nin 25.10.2017 tarihli, 2014/14189 sayılı kararı. <http://www.kararlaryeni.anayasa.gov.tr/Content/pdfkarar/2014-14189.pdf>. Erişim Tarihi: 30 Mayıs 2020.
39. Danıştay İdari Dava Daireleri Genel Kurulu'nun 9.12.2015 tarihli ve E.2014/2242, K.2015/4991 sayılı kararı. Danıştay Dergisi. https://www.danistay.gov.tr/upload/yayinlar/20_05_2019_042220.pdf. Erişim Tarihi: 18 Mayıs 2020.
40. Küzeci E. Kişisel Verilerin Korunması. 4.Baskı. İstanbul: On iki levha yayınları. 2020: 35-100.
41. M.S. v. Sweden, Başvuru No: 20837/92 (1997) <http://hudoc.echr.coe.int/app/conversion/pdf/?library=ECHR&id=001-45889&filename=001-45889.pdf&TID=thkbhnlzk>. Erişim Tarihi: 30 Mayıs 2020.
42. L.H. v. Latvia Başvuru No:52019/07 (2014). <http://hudoc.echr.coe.int/fre?i=001-142673>. Erişim Tarihi: 26 Mayıs 2020.
43. Avcı M. Sağlık hizmetlerinde idarenin mali sorumluluğu. Ankara Barosu Dergisi. 2012;1:105-40.
44. Gözübüyük Ş, Tan T. İdare hukuku - genel esaslar (Cilt 1). 13.Basım. Turhan kitabevi. 2019: 250-320.
45. Anayasa Mahkemesi'nin 20.03.2008 tarihli ve E.2006/167, K.2008/86 sayılı kararı. Anayasa Mahkemesi Kararlar Dergisi. 2012;48(4).
46. Danıştay 15.Dairesi'nin 08.07.2014 tarih ve E. 2014/1150 sayılı kararı. [https://www.ido.org.tr/lib_upload/files/DanistayKarari\(1\).pdf](https://www.ido.org.tr/lib_upload/files/DanistayKarari(1).pdf). Erişim Tarihi: 24 Mayıs 2020.
47. Danıştay 10.Dairesi'nin 27.12.2011 tarihli, E.2009/9151, K.2011/5976 sayılı kararı. <http://www.kazanci.com/MusePath/kho2/ibb/files/dsp.php?fn=10d-2009-9151.htm&kw=Danistay+10.Daire+%60E.2009/9151%60#fm>. Erişim Tarihi: 25 Mayıs 2020.
48. Kişisel Verileri Koruma Kurulu'nun 31/01/2018 tarihli ve 2018/10 sayılı kararı <https://www.kvkk.gov.tr/Icerik/4110/2018-10>. Erişim Tarihi: 10 Mayıs 2020.

LGBTİQ+ Mültecilerde Sağlık Gereksinimleri

Gizem BEYCAN EKİTLİ*, Emel ÖZTÜRK TURGUT**, Ayşegül DÖNMEZ***

Öz

Çatışmaların sıklıkla saldırganlığa döndüğü durumlarda, en ağır kayıplar öncelikli olarak kadınlar ve çocuklar gibi desteklenmeye gereksinimi olan gruplarda yaşanmaktadır, LGBTİQ+ nüfus da bu incinebilir grupların arasında yer almaktadır. Toplumun 'normal' kabul ettiği sınırlar dışında kalan diğer gruplar gibi LGBTİQ+'lar da temel hakları için mücadele etmekteyken, yaşamın devamlılığının tehdit altında olduğu savaş ve mültecilik koşulları altında yaşanabilecek riskler gittikçe güçlenmektedir. Bugün yaklaşık dört milyona yakın Suriyeli savaş mağduru mülteciye kapılarını açan Türkiye, mültecilere sığınma ve can güvenliği desteği veren önemli bir ülke rolünü sürdürmesinin yanında LGBTİQ+ nüfusun haklarına yönelik bu mücadelenin önemli bir ortağı kabul edilebilir. Hemşireler, sağlık hizmeti sunumunun ön saflarında yer alıyor olmaları ve hizmetin planlanması ve yürütülmesinde uygulayıcı, eğitici ve savunucu kimlikleri ile bu mücadelede kilit bir role sahiptirler. Bu derlemede savaş nedeniyle ülkelerinden ayrılmak zorunda kalmış LGBTİQ+ mültecilerin fiziksel ve psikososyal bir yaklaşımla sağlık bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Türkiye'deki Suriyeli LGBTİQ+'lar penceresinden, mülteci LGBTİQ+'ların genel sağlık gereksinimlerine ışık tutulması planlanmış, sağlık ekibinin öncelikli gücü olan hemşirelik disiplini uygulamalarına yönelik öneriler sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: LGBTQ, Mülteci, Sığınmacı, Bakım Gereksinimi, Hemşirelik Bakımı.

Abstract

Health Requirements For LGBTIQ+ Refugees

Where conflicts often turn to aggression, the heaviest losses are primarily in groups that need support, such as women and children, while the LGBTIQ+ population is among these vulnerable groups. Like other groups outside the boundaries that society accepts as 'normal', LGBTIQ+ population are struggling for their basic human rights, while potential risks are getting stronger if they are under a war and refugee conditions where continuity of life is threatened. Today, Turkey has opened its border crossing about four million war victimized Syrian, and maintains the role as one of the most important countries that provides refugee and life safety support to them. Nurses are at the forefront of healthcare system and play a key role in this challenge, as they are organizers of this service, as well as their roles of educator and advocate. Also, Turkey can be considered as an important partner of this struggle for the LGBTIQ+ population. This review's aimed to investigate the health care needs of LGBTIQ+ refugees with a physical and psychosocial approach, who had to leave their countries due to the war. In according to view of Syrian LGBTIQ+ refugees in Turkey, LGBTIQ+ refugees' general health requirements will be shed light on and suggestions were presented for the practices of nursing discipline, which is the primary force of the healthcare team.

Key words: LGBTQ, Refugee, Asylum Seeker, Health Requirement, Nursing Care.

Geliş tarihi: 06.07.2020

Kabul tarihi: 17.12.2020

Lezbiyen, gey, biseksüel, transseksüel, interseks ve bu tanımlamalara dahil olmayan tüm cinsel azınlıklar (queer – kuir) güncel literatürde 'LGBTİQ+' olarak tanımlanmaktadır (1). Toplumun 'normal' kabul ettiği sınırlar dışında kalan her grup gibi LGBTİQ+'ların da bazı temel haklarını elde etmekte zorlandıkları bilinmektedir. Bunların önündeki engeller arasında en yaygın olarak; insanlık dışı veya küçültücü muameleye maruz kalmalarına neden olan nefret suçları, güvenle yaşama haklarının elinden alındığı şiddet olayları, kişisel fikir ve irade özgürlüğüne aykırı sosyal ve ekonomik engellenmeler ve haklarını yasal olarak aramaları önündeki sistem eksiklikleri yer almaktadır. Çatışmaların sıklıkla saldırganlığa döndüğü durumlarda, en ağır kayıplar öncelikli olarak kadınlar ve çocuklar gibi desteklenmeye gereksinimi olan gruplarda yaşanmaktadır, LGBTİQ+ nüfus da bu incinebilir grupların arasında yer almaktadır (2,3). Mültecilik; LGBTİQ+ olmakla ilişkili yaşam hakkı tehdidi olan koşullar altındaki bireylerin tüm uluslararası hareketliliğini kapsar (4). Bununla birlikte Türkiye-Suriye sınırlarında yaşanan savaş gerçeğinden yola çıkıldığında, küresel ve yerel politikaların bu bireylerin refahını gözetmesinin gereği ortadadır.

Küresel sağlık araştırmaları LGBTİQ+'larda sıklıkla damgalanma, suistimal ve şiddete maruz kalma durumları ve ilişkili ruhsal ve fiziksel sorunlara dikkat çekmektedir (5-7). Çaresizlik ve izolasyon duyguları ile gelen kendine zarar verme düşünceleri, eyleme geçirilmiş ya da tamamlanmış zarar verme girişimleri, zararlı madde kullanım alışkanlıkları ve toplumsal geri çekilme bu sürecin önemli sorunları olarak sıklıkla incelenmiştir (8,9). LGBTİQ+'ların sağlık sistemine olan güvensizliği nedeniyle etkili yardım bulamayacaklarına yönelik inançları, yardım arama tutum ve eğilimlerinin düşük olmasına sebep olmakta ve yaşanan kayıpların şiddetini arttırmaktadır (9,10). Yaşamın devamlılığının tehdit altında olduğu savaş ve mültecilik koşulları altındaysa bu riskler gittikçe güçlenmektedir (11,12).

Bugün resmi olmayan kayıtlara göre; mültecilerin yüzde beşi LGBTİQ+ mülteci ya da sığınmacı durumunda yaşamaktadır (13). Amerika Birleşik Devletleri'nde mülteci gruplarda LGBTİQ+ oranının %10.0'lara vardığı, Türkiye'deki uydu kentlerde kent başına 400-500 bireye yaklaştığı ve giderek artacağı öngörülmektedir (2,11,14). Dünyanın farklı bölgelerinde sığınmacı olarak barınan LGBTİQ+ nüfus, Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği (UNHCR) tarafından terkedilmiş hissettiklerini ifade etmektedir (15). Ulusal LGBTİQ+ hareketine öncülük eden derneklerin UNHCR ortaklığı ile 2008 yılından itibaren bu kapsamda raporladığı hizmetler incelendiğinde (4,16), durumun Türkiye için de endişe verici olduğu görülmektedir (2).

*Arş. Gör. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bornova/İzmir Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7308-5629> e-posta: gizem-beycan@hotmail.com **Arş. Gör. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bornova/İzmir Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-0620-2749> e-posta: emel.ozturk@ege.edu.tr ***Prof. Dr. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bornova/İzmir Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1087-9173> e-posta: aysegul.donmez@ege.edu.tr

Sağlığı koruma, güçlendirme ve geri kazanmadaki problem açık bir şekilde tanımlanabilmekteyken; küresel araştırmalar sağlık çalışanlarının LGBTİQ+'lara bakım vermek konusunda bilgi eksikliği, yüksek kaygı ve güvensizlik yaşandığını ortaya koymaktadır (1,6,9,17). Mevcut koşullarda bile sağlık ekibi bu bilgi ve deneyime sahip değilken, LGBTİQ+ sığınmacıların sağlık gereksinimlerine yetersiz kalınması olağandır. Bugün yaklaşık dört milyona yakın Suriyeli savaş mağduru mülteciye kapılarını açan Türkiye (18); mülteciler sığınma ve can güvenliği desteği veren önemli bir ülke rolünü sürdürmesinin yanında, LGBTİQ+ nüfusa yönelik bu mücadelenin önemli bir ortağı kabul edilebilir. Araştırmalar ise Türkiye'nin bu ortaklıkta bazı iyileştirmelere gereksinim duyduğunu ortaya koymaktadır (2). Bu nedenle bu derlemede savaş nedeniyle ülkelerinden ayrılmak zorunda kalmış LGBTİQ+ mültecilerin fiziksel ve psikososyal bir yaklaşımla sağlık bakım gereksinimlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu kapsamda LGBTİQ+ grupta yer alan mülteci, sığınmacı, geçici koruma koşullarında ve zorunlu göçmen anahtar kelimelerini barındıran ve inceleyen ulusal ve uluslararası literatür incelenmiş olup; sağlık bakım gereksinimleri fiziksel ve psikososyal boyutlarıyla ele alınmıştır. Bilimsel araştırmalar, derlemeler ve resmi kurum ve sivil toplum kuruluşlarına ait dönem raporları incelenmiştir. Derleme sonuçları ışığında sağlık ekibinin önemli ve öncelikli bir gücü olan hemşirelik disiplini uygulamalarına yönelik öneriler sunulmuştur.

Gelişme

Fiziksel Sağlık Riskleri ve Bakım Gereksinimleri

Fiziksel Kayıplar ve Hastalıklar: Savaş ve çatışmalardan kaynaklı fiziksel kayıplar, cinsiyet ve yaş grubu gözetmeden herkesi etkilemektedir. Mağdurların bedenleri, savaşın izlerinin en kolay ve öncelikli görülebildiği bir tablo gibidir. Savaş yaraları, doku-organ, uzuv ve işlev kayıpları, geçici ya da kalıcı engellilikler ve yanıklar savaşın vahşi yüzüyle karşılaşan bireylerin bedenlerine kazınmaktadır (5,12). Devlet korunması altında öncelikli ve acil tedaviler sağlanmakta ve Türkiye'deki mevcut politikalar gereği sağlık hizmetleri; yalnızca yasal kaydı olan sığınmacı ve mültecilere, kayıtlarının yapıldığı iller bazındaki hizmetlerle sınırlandırılmaktadır (4). LGBTİQ+ mültecilerin HIV+, Hepatit B., HPV gibi bulaşıcı hastalıkların tedavisi, cinsiyet değişim sürecindeki hormon tedavi süreci gibi sağlık gereksinimleri açısından sınırlı bir güvenceye sahip oldukları ifade edilmektedir (19). Kalp ve dolaşım sistemi bozuklukları, kanser, alkol ve zararlı madde kullanımı, riskli interkoital davranış eğilimi, bu davranışla ilişkili bulaşıcı hastalıklar ve kendini ihmal ya da özkıyım girişimlerine bağlı travma ve sendromların bu gruptaki öncelikli fiziksel hastalık riskleri arasında yer almaktadır (8,17,20,21).

Barınma Koşulları: Türkiye'de uydu kentlerde çadır kampları ağırlıklı sürdürülen barınma hizmetlerinde bireyler öncelikli olarak mevsim koşulları ile mücadele etmektedir. Soğuk ve yağmur nedeniyle nemli ve çamurlu alanlar hastalık salgınları için hazırlayıcı ortam unsurları arasındadır. Mülteciler çeşitli nedenlerden (uydu kentlerdeki sivil örgütlü oluşumlar –'mafya') kendilerine sunulan ögünleri yetersiz bulmaktayken, dengesiz ve tek tip bir beslenme örüntüsü yaygın olduğu bildirilmektedir (12). Sıklıkla Kayseri, Erzincan, Denizli, Isparta, Nevşehir, Eskişehir ve Niğde'de yer alan uydu kentlere yönlendirilen LGBTİQ+ bireyler için (19) ülkedeki en büyük mülteci barınma alanları arasında yer alan bazı bölgelerdeki çadır ve barakaların sağlık koşulları açısından iyileştirilmesi gerektiği ifade edilmektedir (5,22).

Sınırlı sayıda mülteciye uydu kentlerde barınma olanağı sağlanmaktadır. LGBTİQ+ mültecilerinse bu şansı neredeyse yok denecek kadar az olduğu ifade edilirken, kalabalık gruplar içinde barınmak bu bireylerin can güvenliği açısından da önemli riskler taşımaktadır. Uydu kentlerde sunulan ücretsiz barınma hizmetleri; ortak ve kalabalık paylaşımlı bir yaşamı gerektirmektedir (5,12,23). Açık beyanı bulunan, LGBTİQ+ kimliğini açık olarak yaşayan bireylerin uydu kentlerden yararlanma talepleri bu nedenle reddedilmekte ve bireyler dışlanmaktadır (19). Barınma hakkını elde edenlerin ise güvenlik tehdidi yaşadığı bildirilmektedir (4). Özellikle translar için bu kurumlar, nefret suçları ve cinsel suçların önemli bir güvenlik tehdidi haline geldiği yerler olabilmektedir. LGBTİQ+ mülteciler sıklıkla uydu kentlere gitmek istememekte, zorunlu gönderilmeleri olasılığına karşı kendilerini kayıt sistemine dahil etmemektedir (4).

"... Kamptan kurtuldum.... Dört duvar arasında ve kilitlenen kapım var, tuvalete yalnız gidebiliyorum ve rahat uyuyabiliyorum..."

Akt.. Özgür Baklavacıoğlu ve Kıvılcım 2015, p. 91.

Uydu kent dışı yaşam koşulları; sokaklarda yaşama, kurum binalarına sığınma, işveren ya da müşteri ile konaklama ya da çok kalabalık gruplar halinde kiralık evlere taşınma ile sonuçlanan bir süreç yaratmaktadır. Yeme, ısınma gibi temel gereksinimlerin yanı sıra güvenli çevre sağlamaya ilişkili fiziksel riskler yine kurum dışında da ön plandadır (23). Bireyler ev sahiplerinin olumsuz yargı ve tutumları nedeniyle ev kiralamamakta ya da fahiş ücretlendirmelerle odabaşı kiralanan evlerden hızlıca ve yasal olmayan şekilde çıkarılabilmektedirler (4). Yaşam gereksinimlerini çeşitli sivil toplum örgütleri ve devlet olanakları ile karşılamaya çalışmaktadırlar. Çoğu mültecinin bir hafta sonra kendilerini doyurmaya yetecek olanağı bulunmadığı, bu durumun açık ve evsizlikle sonuçlanabildiği belirtilmektedir (12).

Çalışma Koşulları ve Ekonomik Güvenlik: Türkiye hukuki olarak LGBTİQ+ vatandaşlarının mesleki haklarını koruma hedefli politika ve yasal düzenlemelere sahip değildir. Birçok LGBTİQ+'nın kimliği açığa çıkmasının ardından kurumlar ve kişiler aracılığıyla işlerinden uzaklaştırıldığı, bu kişilerin mesleklerini yapma haklarının ellerinden alındığı ve yeniden iş yaşamına geri dönüşlerinin engellenebildiği bildirilmektedir (1). Vatandaşlığı bulunmayan bir ülkedeki LGBTİQ+'lar açısından koşullar daha da zorlaşabilmektedir (4,11,24). Ekonomik adaletsizlik ve suiistimal, LGBTİQ+ mültecilerin sıklıkla mücadele ettiği bir sorun olabilmektedir (14,15,25). Bu bireylerin ev kiralamak istediklerinde yıllık ödemelere zorunlu tutuldukları, bu nedenle kira sonrası en temel gereksinimlere bile bütçelerinin kalmadığı bildirilmektedir (12,19). Barınma masraflarını kendileri karşılamak zorunda olan ve sıklıkla karın tokluğuna çalışılan işler bulabilen bu grupta, alım gücü yetersizliği nedeniyle yalnızca ekmek tüketerek aylarca hayatta kalmaya çalışan insan öykülerine basında yer verilmektedir (15).

İş bulma şansına erişebilen az sayıda LGBTİQ+ mülteci, iş güvenliğinin yetersiz olduğu iş alanlarında suiistimal edildiklerini hissetmektedir (12). Çalışılan işler fiziksel ve ruhsal olarak önemli zorlanma ve yaralanmalarla karakterizeyken, birçok mesleki hastalığı da beraberinde getirebilir (4,19,23). Bu sürecin, LGBTİQ+ mültecileri ekonomik varoluşlarını sürdürebilmeleri için benzer ve tehlikeli bir yola sürükleyebileceği düşünülmektedir. Sivil toplum kuruluşları LGBTİQ+

mültecilerde ekonomik gücün en önemli kaynağının seks işçiliği olduğunu ifade etmektedir (2). Bu durum denetimsiz hizmetler nedeniyle bulaşıcı hastalıklardan başlayarak bireylerin hayatlarına mal olabilecek olasılıkları arttırmakta ve fiziksel sağlığı risk altına atmaktadır.

Psikososyal Sağlık Riskleri ve Bakım Gereksinimleri

Özdeşlilik: Ayrımcılık LGBTİQ+’larda psikososyal sağlık risklerinin en başında yer almaktadır (4,5,20). Sığınmacılık pozisyonu ise ayrımcılığın dinamiğine ikinci bir boyut eklemektedir (3,8). LGBTİQ+ grup öncelikli olarak cinsel kimlikleri nedeniyle ayrımcılığa maruz kalmalarının yanında, farklı bir ülke ve kültüre uyumlanmaları sürecinde ırk ve etnik özellikleri ile de ayrıştırılmakta ve sınıflandırılmaktadır. Bu toplumsal tutum, damgalanma ve dışlama ile kendini gösterir ve nefret suçları ile can kayıplarına neden olabilecek sonuçlar doğurabilir (5,20). Hayatta kalabilmek uğruna ait oldukları toprakları bırakan bu bireyler, sığındıkları güvenli alanda benzer tehditlerle yaşamlarını sürdürmeye çalışmaktadır. Bu durum; can güvenliği için geride bırakılan her şeye yönelik içsel hesaplaşmalar, suçluluk ve pişmanlıklarda kendisine yer bularak yaşamın anlamlılığına dair olumsuz mesajlar taşıması mümkündür (3,9). Yardıma ulaşmak için verilen tüm çaba karşısında damgalanan ve dışlanan bireyler değersiz ve desteksiz hissedebilmektedir (3,12). Travmatik yaşam olaylarına yönelik kendini suçlama, çaresizlik ve özdeğersizlik duygularının pekişmesi, içselleştirilmiş damgalama artar ve örselenme sonrası zorlanma bozukluğu (travma sonrası stres sendromu), depresyon, anksiyete bozuklukları gibi birçok psikiyatrik hastalığa zemin oluşturmaktadır. Cinsel kimliğiyle uyum süreci bu kadar kırılmalı olan LGBTİQ+’lar için benlik ve ben değeriyle ilgili meselelerin dikkatle ele alınması, özellikle yarısından fazlasının 18 yaş altında olduğu mülteciler açısından ergenlik dönemi risklerinin göz ardı edilmemesi önemlidir (5,14,22,26,27).

Bu riskler altında bireylerin gerektiği zaman ilgili sağlık kurumları ve etkili sağlık bakımına ulaşmaları elzemdir. Herkese adil ve yeterli düzeyde sağlık hizmeti sunulması bir insan hakkıdır ancak sağlık hakkına erişim konusunda LGBTİQ+’lara yönelik ayrımcılık temelli birçok sorun rapor edilmektedir (4,7,17). Özellikle interseks ve transseksüel mültecilerin en sık sorun yaşayan grubu oluşturduğu bildirilmektedir (16,21). Sağlık profesyonellerinin LGBTİQ+’lara yönelik tedavi ve bakımı doğrudan reddetmelerine kadar varabilecek durumlar yaşanmakta, bireyler ihmal ve kötü muamele ile karşılaşabilmektedir (4,28). Gerekli bakımın sağlanamamasının yanında bireyler sıklıkla aşağılanma, suçlanma, kişisel meraklar ve dedikodular için uygunsuz sorulara maruz kaldıkları bildirilmektedir (11,21,29).

“Hormon almak için doktora başvurduğum ve doktordan gerekli tahlilleri yapıp reçete yazmasını istedim. Doktor, kadından erkeğe transseksüel birini ilk defa gördüğünü söyledi. Pantolonumu çıkarmamı istedi ve beni muayene edeceğini söyledi. Pantolonumu çıkarmayı reddettim ve oradan ayrıldım.”

Akt. KaosGL 2012.

Temel Güven ve Sosyal Aidiet: Mülteciliğin getirdiği öncül ve ikincil travmalardan sağ kalmak ve büyüyecek ancak güvenlik hissi yeniden kazanıldığında mümkündür (30). Bireylerin, mültecilik koşulları gereği sığınılan topraklara aidiet hissetmedikleri gibi, geri dönecek bir yuvanın da olmadığına çaresizliğini yaşadığı bilinmektedir (12). Kalabalık ve ortak yaşam nedeniyle yalnız uyunabilecek, giyinebilecek, temizlenebilecek güvenli alan ve zaman sıkıntısı yaşanabilir. Uydu kentlerde yaşanan cinsel suçların öncelikli mağduru olduğu düşünülen LGBTİQ+’ların cinsel güvenlik tehdidinin de yüksek olduğu bildirilmektedir (4,12). Kendi olanaklarıyla yaşayabilenlerince sürekli olarak ev sahiplerince evden atılma, ülkeden sınır dışı edilme, şiddet, tehdit ve ayrımcılık nedeniyle; şiddetli düzeyde korku ve kaygı yaşadığı görülmektedir (5,19,23,31). LGBTİQ+ mülteciler, travma sonrası iyileşme ve büyümeyi destekleyen önemli unsurlardan bir diğeri olan sosyal ilişkiler açısından da risk altındadır (7).

Sosyal güvenceleri olmayan ya da çok sınırlı olan bu grupta ekonomik gücün de yetersiz oluşu nedeniyle psikososyal sorunlar yaşama riski artar (3). Kişiler ne başkalarıyla ne de kendileriyle bir olamayacakları bir düzene sıkışmış hissedebilir. Diğer mülteci grupların aksine LGBTİQ+ mülteciler tam anlamıyla hiçbir gruba ait olmadıklarını, sıklıkla ailelerinden ve milletlerinden dışlanmakta ya da ait hissedemedikleri için kendilerini izole ettiklerini belirtmektedirler (9,12,23).

Şiddet ve Nefret Suçları: İnsanlar tehdit altında hissetme duygusuyla baş etmenin bir yolu olarak sıklıkla şiddet ve saldırganlığı kullanmaktadır (32). Savaş ve travma toplumlarında şiddet önemli bir iletişim aracı haline gelir ve en önemli kayıplarını incinebilir gruplar arasından vermektedir. Tanınmayan ve bilinmeyeneye yönelik kaygı bu duruma eklendiğinde LGBTİQ+ gruplar sıklıkla toplumda nefret suçlarının, fiziksel, duygusal ve cinsel saldırıların öncelikli mağdurları arasında yer almaktadır (14,25). LGBTİQ+ mülteciler için risk daha yüksektir (4,5). Bu bireylerin sıklıkla güvenlik güçlerinin ihmal ve suiistimaline maruz bildirilmektedir (2,4,19,33). Birçoğu da güvenlik güçlerine verecekleri bilgilerin mülteci kimliği ve bürokratik kararları olumsuz etkileyeceğinden çekindiği için yasal yardıma başvurmadıkları bildirilmektedir (19). Toplumda mahalle baskısı, iş yerinde mobbing ve okullarda zorbalıkla normalleştirilmeye çalışılan bu duruma yönelik farkındalık ve koruma özellikle çifte azınlık olarak kabul edilen LGBTİQ+ mülteciler açısından önemlidir.

Kurum Temelli Bakım Gereksinimleri: Normal koşullar altında dahi LGBTİQ+ grup sağlık sisteminde görünmez kalmakta ve mevcut sistemin de bu grubun gereksinimlerine etkili yanıt veremediği düşünülmektedir (1,17). LGBTİQ+’lara yönelik sağlık sistemindeki öncelikli riskler arasında sağlık ekibinin bilimsel bilgi ve beceri eksikliği yer almaktadır (4,17,21). Bu grup, bakımın birincil sorumlusu hemşireler için de bakımda en çok zorlanılan gruplar arasında yer almaktadır (1,9,29,34,35). Mülteci yaşamın özelleşen gereksinimleri de eklendiğinde LGBTİQ+ mültecilerle çalışabilecek donanımda sağlık profesyoneli sayısının yetersiz kalması muhtemeldir.

Bireyleri sığınma şartlarına iten durumun sonucu olarak; bedenini, sevilenini ya da o güne gelmek için verilen emeklerin kaybına ilişkin yas duyguları, hayatta kalma kaygısıyla ertelenebilir, üstü örtülebilir, patolojik bir sürece taşınabilir. Yasın doğal süreci ve patolojik türüyle ilgilenmek önceliklidir (30).

Mülteci bireylere yönelik sağlık hizmetlerinin en önemli engelleri arasında konuşulan dili anlama sorunu yer almaktadır (3–5). LGBTİQ+ mültecilerde ise dil bariyeri iki basamaklıdır. Yabancı dil engeli aşılsa bile cinsel farklılıklara yönelik

terminolojiye yani jargona hakim olunmaması halinde iletişim sorunlarının sürdüğü bildirilmektedir. Tedavi edici bir ilişkiyi olanaksız kılan bu gerçek, doğru tanılama, doğru tedavi ve etkili bakım sürecini engelleyebilir (3,9,17).

LGBTİQ+ mülteciler kurum personeli kaynaklı birçok olumsuz deneyim nedeniyle sağlık hizmetlerine başvuru sürecinde yaygın reddedilme ve azımsanma kaygısı yaşamakta, yardım arama davranışlarını ertelemekte ya da yardım aramaktan vazgeçebilmektedir (19). Kişisel bilgilerin güvenliğinden endişe yaygındır. Bunun sonucunda sığınmacı kimliği ve devletle ilgili kararları olumsuz etkileyeceğinden endişelenmekte ve kendilerini açmayı sınırlandırmaktadır (3,11,24).

Sıklıkla sağlıklı ve dengeli beslenemeyen, uyuyamayan, barınamayan, korunamayan, ait olamayan LGBTİQ+ mültecilerin; Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi olarak da bilinen Motivasyon Kuramına (1958) göre birçok temel gereksinimi karşılayamadıkları görülmektedir. Gereksinimlerini karşılamakta yetersiz kalan bireylerin bir bütün olarak iyilik halinde olmaları mümkün değildir (36). Bunun bir sonucu olarak psikiyatrik hastalığa yakalanma riski zaten toplumun geri kalanından iki kat daha fazla olan LGBTİQ+'ler (17,37), mülteciliğin artan riskleri nedeniyle başta örülenme sonrası zorlanma bozukluğu (travma sonrası stres sendromu) ve depresyon olmak üzere bir çok psikiyatrik hastalık açısından daha duyarlı hale gelmektedir (3-5,11,14). Fox ve ark. (2020), LGBTİQ+ mültecilerin %70'inden fazlasında psikiyatrik sorunlar yaşandığını ifade etmektedir (3). Kendine zarar verme ve özkıyım riski yüksek olan bu grupta etkisiz bir baş etme yolu olarak madde kullanımının yaygın olduğu bildirilmektedir (11,31,38).

Türkiye'nin mültecilerle sınırlı kalmayarak, geçici sığınmacı durumundaki bireylere de fiziksel ve psikiyatrik tedavi hizmeti olanağı sağlaması açısından çok değerli bir mücadele sürdürdüğü kabul edilebilir. Yürütülen bu sistemde tıbbi tedaviye ulaşmak konusunda nadir sorun iletilmekteyken; psikososyal girişimlerin geliştirilmesinin gerekliliği ifade edilmektedir (2,4). Tedavi ve bakım birbirini kapsayan değil bütünleyen rollerdir ve bütüncül bir bakım yaklaşımı olmadan bu süreci etkili yönetmek ne yazık ki olası görünmemektedir. Sağlık sistemine başvurmuş bu grupta sunulan bakımın etkililiğine yönelik ulusal kanıtlara rastlanmaması, bu alanda çalışmalara gereksinim olduğunu ortaya koymaktadır. Bu nedenle bakımın en önemli gücü olarak hemşirelerin süreçteki rolü önceliklidir.

Bakımda Hemşirenin Rolü ve Öncelikleri

Genellikle sağlık hizmetlerinin görünmez kullanıcıları olan LGBTİQ+'lerin sağlık bakım gereksinimlerini fark etme ve buna uygun hizmet sunmada aksaklıklar yaşandığı görülmektedir (1). LGBTİQ+ mültecilere yönelik bakımda ise toplum ve kurumların kültürü, norm ve değerleri etkili sağlık hizmetlerine erişimin önündeki öncelikli engeller olarak kabul edilmektedir (7). Bu engeller ve ilişkili gereksinimler hakkında bilgi sahibi olmak, LGBTİQ+ mülteciler için gerekli değişimin sağlanması için tüm ekibe liderlik etmesi yolunda hemşirelere yardımcı olabilir. Hemşireler, kişilerin sağlık bakımıyla ilgili algı ve kararlarını etkileme gücüne sahip öncelikli profesyonel gruplardan biri olarak (6) adil ve yetkin bir sağlık bakımı sağlanmasındaki rolleri gereği bu alanda farkındalığa ve yeterli bilgi ve donanıma sahip olmalıdır (9).

Temelini mülteci karşıtlığı ya da homo-transfobiden alan fiziksel ve duygusal saldırıların farkında olarak buna yönelik önlemler alınması bir diğer hemşirelik sorumluluğudur (9,21,39). Bireyin kuruma başvuru sürecinden itibaren 'LGBTİQ+ dostu' bir kurum yaklaşımı sergilenmelidir. Bu yaklaşım temelinde tedavi ve bakım ortamının güvenliği, bilginin gizliliği ve veri toplama ve tedavi yaklaşımındaki yansızlığın sağlanması önemlidir. Bireylerin bakıma başvuru yaptıkları andan taburculuklarına kadar olan tüm süreçte; ekibin uygun tutumu benimseyebilmesi için hemşirelerin yönlendirmesi ve ekip üyelerine rol model olabilmesi önemlidir. Kendini güvende hissettikleri ortamlarda bakım alan LGBTİQ+'ların kendilerini özellikle hemşirelere daha kolay açabildikleri, daha kolay iletişim kurabildikleri ve hemşireyi kendi bakımlarına daha kolay katabildikleri bildirilmektedir (9).

Sağlık bakımının başarısı için öncelikle bakıma başvurunun sağlanması gerekmektedir. Bu nedenle riskli gruplara ulaşılabilmesi ve bireylerin sağlık hizmetlerine başvuru ve yardım arama eğilimlerini arttıracak bir bakım ortamının sağlanması önceliklidir (17). Paylaşılan bilgi ve beyanın kişiye yönelik bir tehdit yaratmayacak güvenli bir ortamda alınması ve gelecekte herhangi bir yasal tehdit ya da kayba sebep olabilecek üçüncü kişilere ya da kurumlara aktarılmasının önlenmesi sağlanmalıdır. Edinilen bilgilerin ekip üyelerinin kişisel merak ya da ilgisine yönelik bir araç olarak kullanılmamasına dikkat edilmeli, insan onurunun korunması etik değerlerine uygun bakım sunulmalıdır (6). Görüşme süreci ya da laboratuvar incelemelerinde kullanılacak formlar başta olmak üzere standart uygulama kılavuzları LGBTİQ+ mültecilere de uygun şekilde hazırlanmalı, farklılık ve azınlıklara duyarlı bir yaklaşımın göstergesi olarak gerekli şekilde düzenlenmelidir. Kısacası bakım; bireylerin cinsel kimlik ya da yönelimlerine yönelik herhangi bir yargıya varmadan, tüm olasılıkların göz önünde bulundurulması (heteronormatif bir kalıbın dışına çıkılabilmesi) ve kabul edilmesi ilkesiyle sunulmalıdır (21,40). Bunun başarılabilmesi, kurum kültürünün önemli bir parçası olan hemşirelerin LGBTİQ+ mültecilere yönelik önyargıları ve tutumlarıyla yakından ilişkilidir (9,21).

Sağlık bakımı, yaşamın devamlılığını sağlama ilkesiyle öncelikle bireylerin fiziksel bakım gereksinimlerine odaklanmaktadır. Hemşireler LGBTİQ+ mültecilerin, ailelerin ve toplulukların fiziksel gereksinimleri ve öncelikli risklerini belirlemeli, gerektiğinde doğrudan hemşirelik bakımı sağlamalıdır. Toplum sağlığı hizmetlerinin üyesi olarak; sağlıklı ve temiz içme suyu, yeterli ve dengeli beslenme, güvenli çevre, fiziksel sağlığın taranması ve risk tespiti basamaklarında hizmet sağlaması gerekmektedir. Fiziksel kayıplar ve engellere yönelik tedavi ve rehabilitasyon programları özellikle savaş bölgelerinden gelen LGBTİQ+ mülteciler açısından dikkate alınmalıdır. Bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama, bulaşıcılığı olmayan hastalıklara yönelik tarama ve erken tanılama programlarının sistemli şekilde yürütülmesi önemlidir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar konusunda sağlık eğitimlerinin verilmesi ve koruyucu araçların temin edilmesi toplum sağlığını sürdürebilmek açısından gerekli görülmektedir (8,17,20,21).

LGBTİQ+ mültecilere sunulacak sağlık bakımının kalitesi; fiziksel ve tıbbi girişimlerin yanı sıra bilgi eksikliklerini giderme, etkili baş etme kaynaklarını zenginleştireceği çözümlere olanak sağlama, sosyal becerileri güçlendirme ve kendilerini gerçekleştirme sürecinde kişilere destek sunarak psikososyal bir iyileşme yolculuğu ile ölçülebilir (9,41,42). Özdeğer kaybı, güvensizlik, damgalanma, ayrımcılık ve şiddetle mücadele başlıklarının yer alması gereken bu bakım yolculuğunda; insan onuru

ve farklılıklarına duyarlı bir tutum önceliklidir. Bu grup için aile desteğini kazanma ya da sosyal kayıpla başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi önemlidir (3,11,43). Herman (2015) sosyal bağların yeniden yapılandırılmasının, yalnız başına olunmadığının keşfi ile başladığını belirtmektedir (30). Bireylerin ait hissedecekleri bir gruba yönlendirilebilmesi koruyucu ve iyileştiricidir. Hemşireler gerekli sosyal, ekonomik ve spritüel kaynaklara ulaşmada aracı olmalı, ilgili olabilecek kurum ve ortaklarla işbirliği sağlamalıdır (39,44). Çok disiplinli ve ortaklı bir iyileşme ve büyüme süreci için hemşirelerin liderliği önemlidir (39).

Kolaylıkla ulaşılabilecek bir organizasyon şemasıyla sunulması gereken bu hemşirelik bakımın, kültürel farklılıklara duyarlı olması önemlidir (9,17,29). Hemşirelik disiplini bu gereksinime yanıt verebilecek kültürlerarası bakım modelleri ile (44) öncelikli meslekler arasında kabul edilmektedir (39). Birçok araştırma klinisyen, akademisyen ve öğrenci hemşirelerin LGBTİQ+ nüfusun bakım gereksinimlerine yönelik farkındalıklarının ve bakım becerilerinin geliştirilmesine gereksinim olduğunu vurgulamaktadır (9,34,35,45). Bakımda mülteci ve cinsel azınlık olmanın riskleri ve kültürel gereksinimleri yok sayılmamalı, bireyler yargılanmadan işlevselliklerini yeniden kazanmaları için desteklenmelidir (45).

Sonuç

LGBTİQ+ mülteciler çifte azınlık rolleri gereği çok daha incinebilir bir durumda bulunmakta, fiziksel ve ruhsal iyi oluşlarını sürdürmeleri konusunda önemli risklerle mücadele etmektedir. Barınma, yeme, uyuma gibi en temel gereksinimlerine yönelik engellenmeler yaşayan bu grupta sağlık bakımının öncelikleri ve gereksinimlerinin belirlenmesi gerekmektedir. Sağlığın korunması ve güçlendirilmesinin sorumlusu ve en önemli unsurlarından kabul edilebilecek hemşireler için LGBTİQ+'ların gereksinimlerine yanıt verebilecek bir bakım süreci sağlamak önemli bir mesleki sorumluluktur.

Hemşireler yargısız, kabul edici, insan onuruna saygılı bir ekip ve kurum kültürü yaratılmasında öncü olmalıdır. Sağlık hizmetlerinin tüm basamağında, kendisi, ekibi ve toplumsal alandaki homofobi ve transfobi ile iç içe geçmiş mülteci karşıtlığına yönelik açık tutumlar ve riskleri değerlendirmeli ve sistemli şekilde ele alınmasında sorumluluk almalıdır. LGBTİQ+ mültecilerin özelleşen sağlık gereksinimlerine yönelik farkındalığa sahip olunmalıdır. Bu farkındalık, bireylerin adil ve yeterli bakımı alabilmeleri için hemşirelere gerekli bilgi ve beceriyi kazandırarak, sağlık sisteminde temel ve güçlü bir değişime öncülük edebilir. Toplum sağlığına yön verme, yarının hemşirelerini yetiştirme ve sürekli eğitim hizmetlerinden sorumlu bilim akademisinin buradaki rolü önceliklidir. Psikiyatri hemşireliği bilim uzmanlığı kapsamında konsültasyon liyezon psikiyatri hemşireliği ve toplum ruh sağlığı hemşireliği özel alanlarına olan gereksinim ortadadır. Mülteci LGBTİQ+ bireylerde iyoluşun engellerini ortadan kaldırmaya yardımcı ve kalabalık gruplarda uygulanabilir ekonomik girişimlerin etkililiğine yönelik kanıt dayalı araştırmalara gereksinim görünmektedir.

Bilgilendirme

Makalenin sorumlu yazarı GBE fikir, tasarım, literatür taraması, metnin yazımı ve kaynakların derlenmesinden sorumlu olup; EÖT tasarım ve literatür taraması; AD eleştirel inceleme ve süpervizyon basamaklarında makaleye katkılarını sunmuştur. Derleme makale için etik kurul onayı gerekmemekteyken metnin oluşturulmasında yararlanılan tüm çalışmalar araştırma ve yayın etiğine uygun şekilde kaynak listesinde bildirilmiştir. Makale yazım sürecinde dolaylı ve doğrudan sürdürülmüş herhangi bir ticari bağlantı ve çalışma için maddi destek veren kurum ve kuruluş bulunmamaktadır. Çıkar çatışması yoktur.

Kaynaklar

1. Beycan Ekitli G, Çam MO. A review of our handicapped area of care process, LGBTI. J Psychiatr Nurs [Online]. 2017;8(3):179–87. Available from: https://www.journalagent.com/phd/pdfs/PHD-97659-REVIEW-BEYCAN_EKITLI.pdf
2. Helsinki Citizens' Assembly- Turkey Refugee Advocacy and Support Program & Organization for Refuge Asylum Migration. Unsafe heaven : the security challenges facing lesbian, gay, bisexual and transgender asylum seekers and refugees in Turkey [Online]. 2011. Available from: <http://www.oraminternational.org/images/stories/PDFs/oram-unsafe-haven-2011.pdf>
3. Fox SD, Griffin RH, Pachankis JE. Minority stress, social integration, and the mental health needs of LGBTQ asylum seekers in North America. Soc Sci Med. 2020;246:112727.
4. KaosGL. Türkiye'nin LGBTİ mülteciler ile imtihanı (Turkey's struggle with LGBT refugees) [Online]. Ankara; 2017. Available from: <http://www.kaosgldernegi.org/yayindetay.php?id=271>
5. Tournier I, Walker X, Wiley E, Mattar C, Esen F, Mijaljica G et al. Refugees and asylum seekers in Europe. World Med J. 2015;61(3):89–97.
6. Lynam MJ, Looock C, Scott L, Khan KB. Culture, health, and inequalities: new paradigms, new practice imperatives. J Res Nurs. 2008;13(2):138-48.
7. Hutchinson MK, Thompson AC, Cederbaum JA. Multisystem factors contributing to disparities in preventive health care among lesbian women. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs [Online]. 2006;35(3):393-402. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16700689/>. 13 Kasım 2020
8. Valentine SE, Shiphred JC. A systematic review of social stress and mental health among transgender and gender non-conforming people in the United States. Clin Psychol Rev [Online]. 2018;66:24-38. URL: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.003/>. 13 Kasım 2020
9. Fish J. Conceptualising social exclusion and lesbian, gay, bisexual, and transgender people: the implications for promoting equity in nursing policy and practice. J Res Nurs [Online]. 2010;5(4):303-12. URL: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1744987110364691/>. 13 Kasım 2020
10. Lambda Legal. When health care isn't caring: Lamda Legal's survey on discrimination against LGBT people and people living with HIV [online]. 2010. URL: <http://www.lambdalegal.org/health-care-report/>. 13 Kasım 2020

11. Özcan E, Pak MD, Aktan MC. Multiple discriminations for LGBTI refugees in Turkey: human rights violation and struggle against. İçinde Demirdizen DÇ, Taşkıran G. Current debates in labour economics, demography & gender studies. IJOPEC Publication; 2017:123-146.
12. Özgür Baklavacıoğlu N, Kıvılcım Z. Sürgünde toplumsal cinsiyet, İstanbul'da Suriyeli kadın ve LGBTİ mülteciler (Gender in exile, Syrian women and LGBTI refugees in Istanbul). İstanbul: Derin Yayınları; 2015.
13. Hall S, Sajjani R. Mental health challenges for LGBT asylum seekers in Canada. [Online] 2010. URL: <https://www.amssa.org/wp-content/uploads/2015/06/Envisioning-Mental-Health-Information-Sheet1.pdf>. 10 Kasım 2020
14. Messih M. Mental health in LGBT refugee populations. Am J Psychiatry Resid J. 2016;11(7):5-7.
15. Gessen M. The L.G.B.T. refugees in Turkey who refuse to be forgotten [Online]. The New Yorker. 2017. URL: <https://www.newyorker.com/news/our-columnists/the-lgbt-refugees-in-turkey-who-refuse-to-be-forgotten/>. 22 Kasım 2019
16. KaosGL. Gökpınar Ö: KaosGL, son 6 aydır LGBT mülteciler için ne yaptı? (Gökpınar Ö: what has KaosGL done for LGBT refugees in the last 6 months?) 2010. [Online]. URL: <https://www.kaosgl.org/haber/kaos-gl-son-6-aydir-lgbt-multeciler-icin-ne-yapti>. 22 Kasım 2019
17. Zeeman L, Sherriff N, Browne K, Mc Glynn N, Mirandola M, Gios L, et al. A review of lesbian, gay, bisexual, trans and intersex (LGBTI) health and healthcare inequalities. Eur J Public Health [Online]. 2019;29(5):974-80. URL: <https://academic.oup.com/eurpub/article/29/5/974/5151209>. 22 Ekim 2019
18. TC İçişleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü. Yıllara göre geçici koruma kapsamındaki Suriyeliler (Syrians under temporary protection by years). 2020. [Online] URL: <https://www.goc.gov.tr/gecici-koruma5638>. 17 Ocak 2020
19. KaosGL. Sığınmacı ve mülteci, lezbiyen, gey, biseksüel, trans bireyler (Refugees and refugees, lesbian, gay, bisexual, transgender persons) 2012 [Online]. URL: <http://www.kaosgldernegi.org/haber.php?id=7476>. 13 Ocak 2020
20. Lick DJ, Durso LE, Johnson KL. Minority stress and physical health among sexual minorities. Perspect Psychol Sci. 2013;8(5):521-48.
21. Lim FA, Brown D V, Kim SMJ. Addressing health care disparities in the lesbian, gay, bisexual, and transgender population: a review of best practices. Am J Nurs. 2014;114(6):24-34.
22. Aydoğan S, Metintaş S. Türkiye'ye gelen dış göç ve sağlığa etkileri (The effects of out-migration and health from Turkey). Türk Dünyası Uygul ve Araştırma Merk Halk Sağlığı Derg. 2017;2(2):37-45.
23. Fobear KM. Accordion homes : lesbian, gay, bisexual and trans (LGBT) refugees' experiences of home and belonging in Canada. University of British Columbia; 2016.
24. Morgan C. Making homelessness applications for refugees in England newly recognised single refugees [Internet]. 2019. Available from: www.refugeecouncil.org.uk
25. Piwowarczyk L, Fernandez P, Sharma A. Seeking asylum: challenges faced by the LGB community. J Immigr Minor Heal. 2017;19(3):723-32.
26. Meyer IH. Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: conceptual issues and research evidence. Psychol Bull. 2003;129(5):674-97.
27. Yalçınoğlu N, Önal E. Eşcinsel ve biseksüel erkeklerin içselleştirilmiş homofobi düzeyi ve sağlık üzerine etkileri (The internalized homophobia level of the homosexual and bisexual men and its effect on the health). Turkish J Public Heal. 2014;12:100-12.
28. Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserliği. Herkes özgür ve eşit doğar, uluslararası insan hakları hukukunda cinsel yönelim ve cinsiyet kimliği. 2013. [Online] URL: https://www.ohchr.org/Documents/Publications/BornFreeAndEqual_Turkish.pdf. 16 Şubat 2020
29. Fish J, Bewley S. Using human rights-based approaches to conceptualise lesbian and bisexual women's health inequalities. Heal Soc Care Community. 2010 Jul;18(4):355-62.
30. Herman J. Travma ve iyileşme, şiddetin sonuçları, ev içi istismardan siyasi teröre. 3. Basım. Tosun T., editor. İstanbul: Literatür; 2015.
31. Blossnich J, Lee JGL, Horn K. A systematic review of the aetiology of tobacco disparities for sexual minorities. Tob Control. 2013 Mar;22(2):66-73.
32. Türkçapar H. Şiddet ve düşünce. Başka, Psikiyatr ve Düşünce Derg. 2009;3:90-102.
33. European Commission. 2013 Turkey progress report. 2013.
34. Jackman KB, Bosse JD, Eliason MJ, Hughes TL. Sexual and gender minority health research in nursing. Nurs Outlook [Online]. 2019;67(1):21-38. URL:<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2018.10.006>. 13 Kasım 2020
35. Beycan Ekitli G, Eroğlu S. Bir hemşirelik fakültesi öğrencilerinin eşcinselliğe ilişkin görüş ve tutumları (Opinions and attitudes of a nursing faculty students about homosexuality). In: IV Uluslararası VIII Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Kongre Kitabı. Manisa: IV. Uluslararası VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 6-9 Kasım 2016, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Süleyman Demirel Kültür Merkezi.; 2016. p. 297.
36. Maslow A. No Title. In: Stacey CL deMartino M, editor. Understanding human motivation. Cleveland, OH, US: Howard Allen Publishers; 1958. p. 26-47.
37. National Alliance on Mental Illness (NAMI). LGBTQ. National Alliance on Mental Illness (NAMI) [Online]. URL: <https://www.nami.org/Find-Support/LGBTQ>. 17 Ocak 2020
38. Erdoğan B, Köten E. "As kendini de hepimiz kurtulalım artık!": sosyal dışlanmadan intihara LGBT gençler ("Hang Yourself and Save us the Trouble!": Lgbt youth, from social exclusion to suicide). Altern Polit [Online]. 2015;7(1):143-67. URL: <http://alternatifpolitika.com/eng/makale/as-kendini-de-hepimiz-kurtulalım-artık-sosyal-dislanmadan-intihara-lgbt-gencler>. 14 Ocak 2020

39. International Council of Nurses (ICN). The vital role of nurses in the care and wellbeing of refugees and migrants [Online]. URL: <https://www.icn.ch/news/international-council-nurses-highlights-vital-role-nurses-care-and-wellbeing-refugees-and-13> Kasım 2020
40. McClain Z, Hawkins LA, Yehia BR. Creating welcoming spaces for lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) patients: an evaluation of the health care environment. *J Homosex*. 2016;63(3):387–93.
41. Lee H, Vlaev I, King D, Mayer E, Darzi A, Dolan P. Subjective well-being and the measurement of quality in healthcare. *Soc Sci Med*. 2013;99:27–34.
42. Pradhan M, Edmonds M, Runciman WB. Quality in healthcare: process. *Bailliere's Best Pract Res Clin Anaesthesiol*. 2001 Dec 1;15(4):555–71.
43. Ryan C, Russell S, Huebner D, Al. E. Family acceptance in adolescence and the health of LGBT young adults. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2010;23:205–13.
44. Tortumluoğlu G. Transkültürel hemşirelik ve kültürel bakım modeli örnekleri (Transcultural nursing and cultural care model examples). *CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Derg*. 2004;8(2):47–57.
45. Bonvicini KA. LGBT healthcare disparities: What progress have we made? *Patient Educ Couns* [Online]. 2017;100(12):2357–61. URL: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.003>. 20 Ocak 2019

Görme Yetersizliği Olan Kadınların Üreme Sağlığı Sorunları ve Çözüm Yolları

Aylin TANER*, Özlem DEMİREL BOZKURT**

Öz

Görme yetersizliği olan kadınlar, üreme sağlığına yönelik, menstrual siklus, cinsel sağlık, gebelik, doğum şekli, emzirme ve çocuk sahibi olma, aile planlaması, jinekolojik muayene ve yıllık düzenli kontrole gitme sorunlarının yanı sıra sağlık hizmetine erişim, eğitim alma ve bakıma yönelik sorunlar yaşamaktadır. Bu sorunlar ve çözüm yollarına yönelik eğitim ve danışmanlık verilirken optimal düzeyde yarar sağlayabilmek için doküman, işitsel materyallerden yararlanılması gerekmektedir. Görme eylemi, bilgi edinmeden sorumludur ve bu organdaki herhangi bir değişiklik, bireyin kapasitesinin azalmasına neden olmaktadır. Sağlık profesyonellerinin görme yetersizliğinin nedenlerini, bireylerin öğrenmelerine olan etkisini bilmeleri, üreme sağlığına yönelik düzenlenecek eğitim planlarının oluşturulmasında yarar sağlayacaktır. Kadınları bilgilendirmek için hazırlanan üreme sağlığına yönelik broşür ve kitapçıkların Braille alfabesi ile yazılması ya da seslendirilmesi görme yetersizliği olan kadınların bilgiye ulaşmalarını kolaylaştırmaktadır. Hemşirelerin görme yetersizliği olan bireylere yaklaşım, eğitim ve danışmanlık verme konularında eğitim alması sağlanmalıdır. Bu derlemenin amacı, bireylerin eğitim/danışmanlık alma şeklini etkileyen görme yetersizliğinin tanımlarına ve nedenlerine dikkat çekerek, kadınların üreme sağlığına yönelik yaşadıkları sorunlar ve çözüm yollarına ilişkin hemşirelerin farkındalığını artırmaktır.

Anahtar Kelimeler: Görme Yetersizliği, Üreme Sağlığı, Kadın, Sorunlar, Çözümler.

Abstract

Reproductive Health Problems of Women with Visual Impairment and Solutions

Women with visual disability experience problems related to reproductive health, such as menstrual cycle, sexual health, pregnancy, delivery method, breastfeeding and having a child, family planning, visiting for gynecological examination and annual routine check-up, as well as problems related to accessing healthcare services, receiving education and care. When providing education and counseling regarding these problems and their solutions, it is required to utilize tactual and audial materials in order to provide optimal benefit. The act of seeing is responsible for obtaining information and any change in this organ will reduce the individual's capacity. If nurses know the reasons of visual disability and its impact on the individual's learning, this will provide benefit to the formation of educational plans to be arranged for reproductive health. Fact that the brochures and leaflets prepared to inform women about reproductive health are written or vocalized in the Braille Alphabet, enables women with visual disability to reach the information. Nurses should be trained in approaching and providing education and counseling to individuals with visual disability. The aim of this review is to draw attention to the definitions and reasons for a visual disability that affects the way of receiving education/counseling and to raise awareness in nurses related to the problems experienced by women regarding reproductive health and the solutions of these problems.

Key Words: Visually Impaired, Reproductive Health, Women, Problems, Solutions.

Geliş tarihi: 05.02.2020

Kabul tarihi: 26.12.2020

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) engelliliği "bir yetersizlik ya da özür nedeni ile yaşa, cinsiyete, sosyal ve kültürel durumlara bağlı olarak kişiden beklenen rollerin kısıtlanması veya yerine getirilememesi" olarak tanımlanmaktadır (1). Türkiye'de 2013 yılında alınan Bakanlar Kurulu kararıyla yasal mevzuatta bulunan özürlü, malul, sakat gibi kavramlar kaldırılarak sadece engelli kavramının kullanılmasına karar verilmiştir (2). Dünya nüfusunun %10 ile %15'ini engelliler oluşturmaktadır (1). DSÖ, dünyada yaklaşık 254 milyon insanın görme bozukluğu ile yaşadığını, bunların 36 milyonunun kör ve 217 milyonunun orta ve şiddetli görme bozukluğunun olduğunu bildirmiştir (3). Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu'nun 2015 yılında Dünya Nüfus Günü için belirlemiş olduğu Kırılgan Nüfus Grupları teması için Türkiye İstatistik Kurumu'nun (TÜİK) hazırladığı bildiriye göre gözlük veya lens kullandıkları halde görmeye zorluk yaşadığını veya hiç görmediğini beyan edenlerin oranı %1.4; görmeye güçlük çekenlerin oranı erkeklerde %1.3, kadınlarda da %1.5'tir (4). Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Ulusal Engelli Veri Sistemine kayıtlı 2.532.393 engelli bireyden 281.439'u görme engelli olup, ülkemiz görme engelli oranı 11.1'dir (5). Birleşmiş Milletler Engelli Haklarına Dair Sözleşmesi, engelli bireylerin, cinsel sağlık ve üreme sağlığına yönelik kaliteli sağlık hizmeti alması konusunda dünyadaki tüm bireylerle eşit erişim hakkına sahip olduğunu beyan etmiştir (6). İyi bir eğitim düzeyine sahip olmayan bir bireyin sağlık hizmetine ulaşması ve ulaştığında da en doğru şekilde kullanması mümkün değildir (7).

Dünya Sağlık Araştırması, yetersizliği olan bireylerin olmayanlara göre ilkökul bitirme oranlarının ve eğitim sürelerinin daha az olduğunu bildirmektedir. Aynı araştırmada eğitim alma oranlarının, yetersizliği olan kadınlarda erkeklere göre daha az olduğu bulunmuştur (8). Görme yetersizliği olan bireylerin görme keskinlikleri, görme dereceleri, görme düzeyleri farklılık göstermektedir (9). Yetersizlik kavramı, bir şeyi yapmada yeterli olmama, belirli bir şekilde davranmada sınırlı kapasite olarak tanımlanmaktadır (10). Bireyin görme yetersizliğinin olması, gelişimini ve eğitimden yararlanma durumunu olumsuz olarak etkileyebilmektedir (11). Sağlık profesyonelleri yetersizliği olan kadınların karşılaşılabileceği sorunları bilmeli ve bunlara çözüm getirebilecek yeterlilikte olmalıdır (7). Ancak Türkiye'de yetersizliği olan kadınların üreme sağlığına yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu yönüyle, ilgili konuda literatürde yer alan boşluğun doldurulması gerekmektedir. Bu derlemenin amacı, sağlık profesyonellerine yönelik, görme yetersizliği olan kadınların üreme sağlığı sorunları ve çözüm yolları konusundaki farkındalıklarını artırmaktır.

*Arş. Gör. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, e-mail: aylintaner@gmail.com ORCID: 0000-0002-3386-4863 **Dr. Öğr. Üyesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, e-mail: ozlem.bozkurt@ege.edu.tr ORCID: 0000-0002-7212-9140

Gelişme

Ülkemizde görülen göz hastalıklarının en temel nedeni genetik-kalıtım, akraba evliliğidir (9). Akraba evliliği Türkiye’de görece yaygındır. Türkiye Nüfus Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 yılı sonucuna göre, kadınların %24’ü eşleri ile akraba olduklarını beyan etmişlerdir. Akraba evliliği yapan kadınların en çok 15-19 yaş aralığında olduğu da göze çarpmaktadır (12). Akraba evliliği yapmış olanların genetik danışma merkezlerinden yararlanmaları konusunda uyarılması gerekmektedir (11). Adölesan dönemde yapılan akraba evliliklerinin obstetrik sonuçları olumsuz etkilediği ve bu evliliklerden meydana gelen çocuklarda şiddetli zihinsel gerilik, körlük, işitme bozukluğu ve sağırılık sıklığının arttığı görülmektedir (13).

Körlük; görme yetisinin tamamen olmaması ya da büyük ölçüde kaybedilmesidir. Gereken tüm tedaviler yapıldıktan sonra, iyi gören gözünde olağan görme gücünün en fazla 1/10’u bulunan ve görüş açısı 20 dereceyi geçmeyen bireyler “kör” olarak adlandırılmaktadır (14,15). Tam körlük ender rastlanan bir durumdur (9). Görme keskinliği, belli bir mesafeden nesnelere görme ve ayrıntıları ayırt etme yeteneğidir. Görme alanı ise baş çevrilmeden ve gözler oynatılmadan görülebilen bir alan şeklinde ifade edilmektedir. Görme yetersizliğinin yasal tanımı, tıp alanında ve sosyal güvenlik kurumlarınca benimsenmekte olup görme keskinliği ve görme alanı kavramları ile ilişkilidir. Görme yetersizliğinin eğitsel tanımı ise, görme keskinliği kaybında ağır derecede etkilenmiş olup, öğretimi dokunarak okuduğu kabartma yazıyla (Braille alfabesi) ve konuşan kitaplardan dinleyerek sürdürmeye gereksinimi olan bireyler şeklindedir (10).

Görme yetersizliğinin nedenleri; doğum öncesi, doğum anı ve doğum sonrası olarak incelenebilir. Doğumun geç, zor ya da müdahaleli olmasına bağlı oksijensiz kalma ya da beyin kanaması geçirme körlüğe neden olabilmektedir. Doğum sonrası dönemde ise, çiçek, kızıl, kızamıkçık, rubella, A ve B vitamini eksikliği, diabetes mellitus, menenjit gibi hastalıklar görme gücü kaybına ve körlüğe neden olabilmektedir (11). Belirtilen tüm bu nedenler göz önünde bulundurulduğunda doğum öncesi, doğum süreci ve doğum sonrası dönemin etkin yönetiminin görme yetersizliğinin önlenmesinde önemli olduğu görülmektedir. Sağlık Bakanlığı’nın doğum öncesi ve doğum sonrası bakım yönetimi rehberleri doğrultusunda kadınların takip edilmesi ve bakımı önem arz etmektedir.

Doğumun yetkili kişiler tarafından yaptırılması, erken doğan bebeklere kuvözde verilen oksijenin kontrollü verilmesi, sık ve ileri yaşlarda doğumun önlenmesi, akraba evliliğinin sakıncaları konusunda toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir (11).

Görme Yetersizliği Olan Kadınların Yaşadığı Üreme Sağlığı Sorunları

Görme yetersizliği olan kadınlar jinekolojik ve obstetrik bakıma ihtiyaç duymakta ve bu hizmetlere yeteri kadar ulaşamamaktadırlar. Yerel hizmetlerin yetersizliği, maliyetli olması, ulaşım ve iletişim engelleri gibi durumlar sağlık hizmetlerine erişim imkanlarını azaltan faktörler arasında yer almaktadır. Bu nedenle kadınlar, daha sık üreme sağlığı sorunlarıyla karşı karşıya kalma riski taşımaktadırlar (16,17).

Birleşmiş Milletler tüm bireylerin cinsel sağlık ve üreme sağlığına yönelik kaliteli sağlık hizmetine erişimde eşit haklara sahip olduklarını belirtmiş olsa da yetersizliği olan bireyler birçok toplumda hala görmezden gelinmektedir (6,18). Özellikle üreme sağlığı konusunda, kadınlar büyük oranda göz ardı edilmekte, “engelli” ve “kadın” olmanın güçlüklerini de bir arada yaşamaktadırlar (16). Toplumda genellikle yetersizliği olan kadınların zayıf oldukları, aseksüel oldukları veya cinsel yönden aktif olmadıkları, gebelik planlamadıkları ve çocuk sahibi olmak istemedikleri, jinekolojik bakıma ihtiyaç duymadıkları ve ebeveynlikte yetersiz kalacakları gibi pek çok konuda olumsuz ön yargı bulunmaktadır (16). Aynı ön yargı, yeteri şekilde eğitim almalarını da olumsuz etkilemektedir (7).

Görme yetersizliği olan bireylerin, duygusal-cinsel yaşamı, diğer insanlarla aynı cinsel gelişim özelliklerini göstermektedir. Görme yetersizliği, üreme sağlığını etkilememekte ve cinsel ilgiyi azaltmamaktadır. Bezzera ve Pagliuca’nın (2010) Portekiz’de yaptığı çalışmada, görme yetersizliği olan genç kadınların kimliklerini ve toplumdaki yerlerini tanımlamaya çalıştığı, kendi cinselliklerini keşfetmek, cinsel dürtülerini ifade etmek ve duygusal ilişkiyi deneyimlemek için yollar aradıkları belirtilmiştir (19).

Bozkurt ve arkadaşlarının (2017) görme yetersizliği olan kadınlarla yürüttüğü çalışmada, kadınların üreme sağlığında yaşadığı sorunların çoğunlukla akıntı, enfeksiyon, polimenore, hipermenore, bebeğin engelli olması nedeni ile küretaj yaptırma olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte kadınların düzenli jinekolojik muayene olmadığı ve Pap smear testi yaptırmadığı belirtilmiştir. Kadınlar, anne olmanın zor olduğunu, emzirmede, bebeğe ilaç uygulamada ve bakımını sağlamada sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Kadınların en çok gebelik için ileri yaşta olma ve genetik açıdan kaygı duyma nedenleriyle anne olmayı planlamadığı belirlenmiştir (20).

Yetersizliği olan kadınlar sağlıkla ilgili temel haklara sahiptirler. Hem bireysel hem toplumsal olarak engelli haklarının farkındalığına varılmalı, onlara saygı gösterilmeli ve onların sorunlarına uygun ve yeteri şekilde çözümler getirilmelidir (7). Bu derlemede, görme yetersizliği olan kadınların yaşayabilecekleri genel ve özel üreme sağlığına yönelik menstrual siklus, cinsel sağlık, gebelik, doğum, emzirme, aile planlaması ve jinekolojik sağlık sorunları ile eğitim alma ve bakıma yönelik sorunlar ve çözüm yolları ele alınmıştır.

Menstrual Siklus Sorunları ve Çözüm Yolları

Görme yetersizliği olan kadınların menstrual siklus yönetimine yönelik bilgi yetersizliği, ped yerleştirme ve değiştirme konusunda eksik ya da yanlış uygulama ve tutumu, üreme sağlığını etkileyen önemli ve özel bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (21). Menstrual siklus yönetimi için özellikle görme duyusu oldukça önemlidir. Bu nedenle kadınların menstrual siklusunu yönetme ve gören kadınlara göre cinsel/üreme sağlığı sorunu yaşama riski daha yüksek olabilir. Menstruasyon döneminde hijyen ve hijyenik ürünlerin kullanımı ile ilgili sorun yaşanabilmektedir. Pedleri veya tamponları değiştirmek için desteğin yetersiz olması, cilt tahrişi, koku, sızıntı, vajinal ve idrar yolu enfeksiyonları bu kadınlarda yaşanan en sık sorunlardır (22). Kişisel hijyen becerileri açısından tek başına tuvalete gidebilme, ped/tamponlarını kontrol edebilme ve değiştirebilme, kirli pedlerini uzaklaştırabilme durumları değerlendirilmelidir (23). Kanmani ve Ravisankar (2016) Hindistan’ın Tamil Nadu

eyaletinde 468 görme yetersizliği olan kadın ile yaptıkları çalışmada, menstrual sorunlarının görülme sıklığı ve tedavi arama davranışını incelemişlerdir. Kadınların üçte birinden fazlasının kanama problemi yaşadığı ve kadınların sadece %27'sinin tedavi aldığı belirtilmiştir (24). Yaşar ve arkadaşlarının (2017) Ankara'da yaptığı çalışmada, görme yetersizliği olan kadınların sadece %33.4'ünün menstrual hijyene yönelik bilgi aldığı, bu konuda bilgi ve uygulamalarında eksikliklerin olduğu belirtilmiştir (25). Dündar ve Özsoy'un (2020) Aydın'da yaptıkları çalışmada, kadınların %61.5'inin menstrasyon hakkında bilgi sahibi olduğu, yarısından fazlasının annesinden destek aldığı belirlenmiştir. Ayrıca %44.2'si kıyafetlerine kan bulaşma durumunu fark edememe kaygısı yaşadığını, %35.9'u sosyal alandaki tuvaletlerde çöp kovası/peçetenin yerini bulmakta zorlandığını, %20.9'u ped değiştirirken zorluk yaşadığını belirtmiştir (23).

Hemşireler tarafından görme yetersizliği olan kadınlara menstrual dönem yönetimi konusunda dokunsal ve işitsel materyaller ile eğitim verilmelidir. Ped/tampon değişimini yapabilecekleri pozisyonlar anlatılmalı, mutlaka hijyen eğitimi verilmelidir (22). Kullanılan pedin değişimine karar verme konusundaki belirteçler pedin çok ıslak, nemli ya da ağır hissedilmesidir. Menstruasyon kanının kıyafet ya da iç çamaşırına bulaştığını fark edememe durumunda ise daha çok menstruasyon öncesi, vücutta meydana gelen abdominal kramplar, memelerde hassasiyet ve vajinada ıslaklık gibi fizyolojik değişiklikleri izlemeleri önerilmelidir. Menstruasyon başlangıcını belirleme konusunda yakınlarından destek almaları yararlı olacaktır (23). Görme yetersizliği olan kadınlara, siklus takibi yapabilmeleri için mobil telefon uygulamalarından yararlanabilecekleri, menstruasyon kanaması meydana geldiğinde bunun normal akıntıdan daha fazla miktarda olacağı ve kokusunun değişeceği, temiz beyaz peçete ile iç çamaşırına dokunup az görenlerin oluşacak renk değişikliğini fark etmesi ya da peçeteyi koklayarak koku değişikliğini anlayabilecekleri konusunda bilgilendirme yapılmasının da yararlı olacağı düşünülmektedir.

Cinsel Sağlık Sorunları ve Çözüm Yolları

Toplumsal tutumlar ve engelli olmak kadınların cinsel benlik algısını etkilemektedir. Toplum, görme yetersizliği olan kadınları aseptüel ya da daha az seksüel olarak algılamaktadır. Oysa bu tutumun yanlış olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (16,23). Görme yetersizliği olan kadınlar, cinsel bilgilere ulaşma ve cinsel sağlık konusunda danışmanlık hizmeti alma konusunda diğer kadınlarla aynı haklara sahiptir (26). Ülkemizde yaygın eğitimin, okul çağında başlayan üreme/cinsel sağlık eğitiminin olmaması ve formal üreme/cinsel bilgi kaynaklarının (okul, öğretmenler, uzmanlar, kitaplar vb.) yeterli ölçüde kullanılmaması gibi nedenlerle üreme ve cinsellik alanında ciddi boyutta bir bilgi eksikliği olduğu görülmektedir (27).

Görme engellilerin cinselliğine karşı sergilenen olumsuz tutum maalesef sağlık profesyonellerini de kapsamaktadır. Sağlık profesyonellerinin görme yetersizliği olan bireylerin cinsel sorunlarından haberdar olmadığı ve cinselliğin önemli bir konu olmadığını düşündükleri zaman, kaliteli hizmet sunma olasılıklarının azaldığı belirtilmektedir (28). Sağlık profesyonelleri, cinsel fonksiyonlar ve güvenli cinsellik konularını tartışarak bireyin cinsel kimliğini değerlendirmeli ve cinsel gereksinimleri ortaya konulup, çözüm yolları geliştirmelidir. Ancak çoğu sağlık profesyoneli cinsellik konularını tartışmaktan kaçınmakta ve bireyleri başka bir sağlık profesyoneline başvurmaları için yönlendirmektedir (16). Öncelikle bu konularda kendilerinin eğitim almaları yararlı olacaktır.

Kadınlara cinsel fonksiyonları konusunda konuşma, sorularını sorma ve çözüm önerilerini değerlendirme şansı verilmelidir. Cinsel aktivite, cinselliğin aşamaları, pozisyonlar ve korunma yöntemleri ayrıntılı olarak tartışılmalıdır. Cinsel danışmanlık bireyin özellikleri göz önünde bulundurularak titizlikle ve uzman personel tarafından yapılmalıdır. Sağlık profesyonelleri görme yetersizliği olan kadınlara nasıl danışmanlık verebilecekleri konusunda donanımlı olmalıdır. Bununla birlikte kurumlarda görme yetersizliği olan bireylere yardımcı olabilecek sesli bilgilendirmelerin yer alması, Braille alfabesi ile yazılmış broşür ve kitapçıkların bulunması, dokunsal model ve maketlerin sağlanması sağlık profesyonellerinin danışmanlığını destekleyen gelişmeler olacaktır (17). Sağlık profesyonelinin danışmanlık esnasında sık sık duraklayarak, tekrar ederek anlatım yapması anlaşılmayı kolaylaştıracaktır (29). Görme yetersizliği olan kadınların cinsel yaşamlarını ifade etmeleri için yollar bulmak, bakım ve hizmet veren hemşirelerin en temel görevlerinden biri olmalıdır (28).

Gebelik, Doğum Şekli, Emzirme ve Çocuk Sahibi Olma ile İlgili Sorunlar ve Çözüm Yolları

Yetersizliği olan ve olmayan kadınlar arasında çocuk sahibi olma isteklerinin benzer olduğu, ancak yetersizliği olan kadınların gebe kalma niyetlerinin daha düşük olduğu belirtilmektedir. Bloom ve arkadaşlarının (2017) Amerika'da yaptığı çalışmada da yetersizliği olan kadınların, yetersizliği olmayan kadınlara kıyasla gelecekte çocuk doğurmayı hedefleme oranının daha az olduğu belirtilmiştir. Bir yetersizliğe sahip olmak, doğum yapma olasılığını isteğe bağlı azaltmaktadır. Bu sonucu etkileyen faktörlerin; gebelik ve doğum sırasında fiziksel veya duygusal problemlerin artması, ebeveynlikle ilgili finansal ve fiziksel zorlukların meydana gelmesi ve yetersizliği olan kadınların çocuklarını bakma yetenekleri hakkındaki toplumsal ön yargıların problem yaratacağı düşüncesi olduğu vurgulanmıştır (30).

Yetersizliğin anlamı, toplumun verdiği tepkilerle ilgilidir. Dolayısıyla yetersizliği olan bireyin ya da grubun kendisine bakışı değil, toplumun onlara bakışı yetersizliği olan bireyin sosyokültürel yapısını belirlemektedir (2). Doğum, kadınlar için doğal bir olaydır. Gebeliğin son dönemlerinde tüm kadınlar gibi görme yetersizliği olan kadınlar da doğum korkusu yaşarken, engeli nedeniyle sezaryen doğum ve anesteziye ilişkin farklı kaygılar da yaşamaktadır (28). Görme yetersizliği olan kadının çocuk sahibi olma hakkı bakımından diğer kadınlardan bir farkı olmamakla beraber, almaları gereken sağlık hizmeti daha ayrıntılı olmalıdır. Görme yetersizliği olan kadının mevcut durumu eğer genetik aktarım riski taşıyorsa bu konuda uzmanından danışmanlık hizmeti almalıdır. Böyle bir risk yoksa da mevcut durumun olası gebelikte yaratacağı sorunlar tartışılmalıdır. Gebelik isteyen kadının gerekli kontrollerden geçirilmesi önemlidir (7,22). Görme yetersizliği olan gebelere yönelik doğum öncesi dönemde doğum için gerekli ortamın düzenlenmesi ve doğum ekibiyle planlama yapılması önem arz etmektedir. Kadınların obstetrik değerlendirmelerinin yapılması, değerlendirme sonucunda alınan karar ile eğer sezaryen yapılacaksa, sezaryenin yararları açıklanarak endişelerinin azaltılması için çaba gösterilmesi hemşirenin temel sorumluluğudur. Görme

yetersizliği olan kadınlar için hemşire odasına bakan ve ses mesafesinde olan bir oda sağlanması uygun olacaktır (28). Benzer şekilde hemşireler tarafından doğum sonu dönemde de kadının yeteneklerini ve özgüvenini desteklemenin, gereksinimlerini belirleyerek ihtiyaç duyduğu desteği ve bilgiyi sağlamanın önemli olduğu düşünülmektedir.

Görme yetersizliği olan ebeveynler hemşireler tarafından güvenli çocuk bakımı konusunda eğitilmelidir. Yetersizliğine ve görme derecesine göre kadına uygun malzemeler kullanılarak bilgilendirme yapılmalıdır. Gebelik ve doğum süreci tartışılmalı, olası senaryolarla ilgili plan yapılmalıdır. Doğum sonrası ebeveynler için bebeğin hareketlerini algılama ve olası kazaları önleme açısından özel tasarlanmış hareket sensörlü uyarıcılar almaları önerilmelidir. Anneler ile emzirme ve memeyi tutuş pozisyonları ile ilgili motivasyonel görüşme yapılabilir, yetişkin öğretim teknikleri ile uygulamalı danışmanlık verilebilir (7,17,22).

Aile Planlaması ile İlgili Sorunlar ve Çözüm Yolları

Dünyada üreme çağında binlerce görme yetersizliği olan kadın bulunmaktadır. Bu kadınların tüm kadınlarla aynı şekilde aile planlaması hizmetlerinden yararlanma ve doğurganlıklarını düzenleme hakları vardır (22). Ancak fiziksel erişim engelleri, sosyoekonomik faktörler hem kadınların hem de hizmet sağlayan sağlık profesyonellerinin bilgi eksikliği ve ön yargısı nedeniyle, aile planlaması hizmetleri sunumu yetersiz kalabilmektedir (31). Özellikle görme yetersizliği olan bireylerin hizmet verilen ortama ulaşımını kolaylaştırmak için fiziki düzenlemeler yapılmalıdır (29).

Kenya, Nepal ve Uganda'da yetersizliği olan bireylerin cinsel sağlık ve üreme sağlığı ile ilgili yapılan çalışmada, üreme/cinsel sağlık hakkında sınırlı bilgiye sahip oldukları, ancak bilgi edinmeye çok istekli oldukları belirtilmiştir. Bazı katılımcıların vazektomi, tüp ligasyon ve acil kontrasepsiyon yöntemini hiç duymadığı ve kontrasepsiyon konusunda yanlış bilgilere sahip olduğu bulunmuştur. Bu çalışmada, yetersizliği olan bireylerin doğru bilgiye ulaşması gerektiği ve davranışlarında değişiklik yaratabilecek cinsel sağlık ve üreme sağlığı eğitim programları ve materyallerine ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır (32). Tejeji ve arkadaşlarının (2017) Etiyopya'da yaptığı çalışmada, görme yetersizliği olan bireylerin aile planlaması yöntemleri ve bunlara nereden ulaşılacağı konusunda sınırlı bilgiye sahip olduğu ve aile planlaması hizmetlerine erişimde engellerle karşılaştığı belirtilmiştir (31). Yimer ve Modiba'nın (2019) Etiyopya'da yaşayan görme ve işitme yetersizliği olan kadınların aile planlaması bilgilerinin ve uygulamalarının inceledikleri çalışmada, kontraseptif yöntem kullanımına ilişkin bilgi ve uygulamalarının düşük olduğu ancak işitme yetersizliği olan kadınların görme yetersizliği olanlara göre daha kapsamlı bilgiye sahip olduğu ve aile planlaması hizmetlerinden daha fazla yararlandığı belirtilmiştir. Kadınların çoğunun cinsel yönden aktif olduğu ve modern kontraseptif yöntem kullanmadığı bulunmuştur (26).

Görme yetersizliği olan kadınların aile planlaması yöntemleri konusunda kullanım gücünün dışında sınırlılığı bulunmamaktadır (16). Genel olarak tıbbi herhangi bir kısıtlama olmadığı durumlarda uzun etkili ve geri dönüşlü yöntemlerin uygun olabileceği belirtilmektedir (29). Kadının yetersizlik derecesine yönelik bir aile planlaması yöntemi önerilmelidir. Doküsal materyaller ile aile planlamasına yönelik bilgilendirme yapılması ve kullanımı kolay olacak yöntemin sunulması gerekmektedir (7). Görme yetersizliği olan bireyler aynı zamanda bilgisayarı "ekran okuma programı" yardımıyla rahatlıkla kullanabildikleri için (9) bilgilendirme açısından aile planlamasına yönelik yöntemlerin yer aldığı eğitim broşürleri ve kitapçıklara bilgisayar ortamında ulaşmaları sağlanabilir. Hemşireler kadınlara güvenilir seçenekleri değerlendirme konusunda bilgi vermelidir. Seçilen yöntemin kadının yaşam tarzına, kişisel tercihinin ve yetersizlik derecesine uygun olması gerekmektedir. Ayrıca kadınların aile planlaması hizmetlerine erişim güçlüklerinin, erişenlerin karşılaştıkları olumsuz tutum ve yaklaşımların sağlık kuruluşları tarafından ele alınması, düzenlenen eğitimlere, eşlerinin de katılımının sağlanması yararlı olacaktır (16,26).

Jinekolojik Muayene ve Kontroller ile İlgili Sorunlar ve Çözüm Yolları

Ülkemizde hiçbir yakınması olmadan yalnızca kontrol olmak amacıyla hekime başvuran kadın oranının çok az olduğu belirtilmektedir. Belirti olması genellikle bir hastalığın ilerlemiş bir safhaya geldiğini gösterir. Dolayısıyla hastalık ve tedavi maliyetleri artar ve yaşam kalitesi düşer. Bunun önlenmesi için düzenli jinekolojik muayene yaptırılmalıdır (27). Her kadının iyi bir hizmet alma hakkı vardır (33). Ancak yetersizliği olan kadınlar muayene ve taramalarını yaptırmakta ve hizmete erişmekte sıkıntılar yaşayabilmektedir (21). Kadınların düzenli kontrollere gitme davranışının daha az olmasının ana nedeni bilgilendirmenin az olması, buna bağlı olarak bilgi eksikliği ve anlayamadıkları bilimsel ifadelerin yarattığı korkudan kaynaklandığı düşünülmektedir (34). Yetersizliği olan kadınların serviks kanseri ve meme kanseri gibi kadın sağlığı ile ilgili yaşadığı riskler her kadın ile aynı olduğu için, jinekolojik kontrolleri de tüm kadınlara önerilen şekilde yapılmalıdır (22). Kadınların bu konuda bilgi sahibi olmaması, önemsememesi, utanması, sağlık kurumlarının erişim ve hizmet açısından yetersiz kalması, sağlık profesyonellerinin olumsuz tutumu ve bilgi yetersizliği, yaşanan sıkıntıları arttırmaktadır. Yapılan araştırmalarda yetersizliği olan kadınların çoğunun, jinekolojik muayeneye gitmedikleri ve Pap smear testi yaptırmadıkları görülmüş, nedeninin ise çoğunlukla utanma, rahatsız edici bulma ve bilgi eksikliği olduğu saptanmıştır (25). Muayene eden bireyin tutumu ve deneyimi kadınların iyi ve doğru hizmet alması açısından önemlidir. Hemşirelerin etik açıdan işlem öncesi kendini tanıtmaları, hasta mahremiyetini ve haklarını koruması, işlem için izin alması, işlem sürecinde kadınlara doğru, yeterli ve anlayabileceği şekilde bilgi vermesi gerekmektedir (33). Görme yetersizliği olan kadınlara ulaşılabilir sağlık hizmeti sağlama ve bilgilendirme çalışmalarının artması oldukça önemlidir. Aynı zamanda sağlık hizmetlerinin ses kaydı, doküsal materyal veya Braille alfabesi ile yazılmış materyallerle birlikte geliştirilmesi, ulaşılabilirliğin artırılması gerekmektedir (34). Bununla birlikte sağlık kurumlarına erişimlerini kolaylaştırmak üzere kolay erişilebilir bir ön giriş, otomatik kapılar, rampa, engelsiz koridorlar, hissedilebilir zemin, erişilebilir tuvalet, otomatik ayarlı muayene masaları olması ve çevre düzeni sağlanması gerekmektedir. Asansörlerde seslendirme ve doküsal butonlar bulunmalıdır. Görme yetersizliği olan kadınlara muayene için pozisyon verirken yavaş ve nazik olunmalı, uygulama öncesinde mutlaka yapılacak işlemler ve kullanılacak malzemeler açıklanmalıdır. Sağlık kurumlarında çalışan sağlık personeli deneyimli ve yeterli sayıda olmalı, kadının mahremiyetine özen göstermeli, benlik saygısına dikkat edilmelidir (22). Jinekolojik muayene için olumlu bir ilk deneyim sağlanması ve özgüvenlerinin artırılması,

kadınların düzenli jinekolojik muayeneye gelmeleri açısından önemlidir. Muayene süresince kadının mahremiyetinin korunması, jinekolojik muayene masasının temiz ve düzenli olmasının sağlanması, muayene masasına çıkarken güvenliğinin sağlanması ve benzeri uygulamalar kadına yarar sağlayan uygulamalardır (33). Hemşireler bu noktada kadınla güvene dayalı bir iletişim kurmalı, pelvik muayene pozisyonuna kadın ile birlikte karar vermeli, muayene sırasında tüm işlemleri açıklamalı, muayene boyunca kadının yanında bulunup duygularını ifade etmesine, rahatlamasını sağlamalıdır. Ayrıca etik açıdan jinekolojik muayene sonrası kadınlara odadan çıkmadan, normal günlük perine bakımının nasıl yapılması gerektiğine dair yeni bilgilerin aktarılması, eski ve yanlış bilgilerinin düzeltilmesi yarar sağlayacaktır (28,33).

Eğitim Alma ve Bakıma Yönelik Sorunlar ve Çözüm Yolları

Birey, aile ve topluma sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılmasında, sağlığı koruma, sürdürme ve geliştirmede eğitim önemli bir yer tutmaktadır. Bireye uyumlu olacak şekilde, kendi kendine bakımını sağlayabilmesi için etkili bir eğitim programı planlanması ve uygulanması önem taşımaktadır (35). Özellikle jinekolojik ve obstetrik sorunlarla ilgili sağlık eğitiminde durum daha da hassaslaşmakta, görme yetersizliği olanlara yönelik Braille alfabesiyle yazılı bilgilendirme sistemi eksik kalmakta ve mevcut kaynakların gören insanlara yönelik olduğu görülmektedir (36). Görme yetersizliği olan bireyler, farklı bir yaklaşıma ihtiyaç duydukları için üreme sağlığı ve cinsel sağlık ile ilgili bilgiye erişmekte zorluklar yaşamaktadır (34).

Görme miktarı bireylerin eğitim alma şekillerini etkilemektedir (37). Bu nedenle sağlık profesyonellerinin görme yetersizliğinin nedenlerini sorgulaması ve bilgi sahibi olması gerekmektedir. Kalıtsal hastalıkların çoğunda retina hücrelerinin eksik çalışmaları sonucu körlük oluşmaktadır. Bu bağlamda, görme taraması tüm yenidoğanların muayenesinin bir parçası olup, erken tanı önem taşımaktadır (9,37). Yenidoğan döneminde ve takiben tüm muayenelerde göz değerlendirmesinin bir basamağı olarak kırmızı refle testi yapılması önerilmektedir. Kırmızı refle testi, görme ve katarakt, glokom, retinoblastom, retina hastalıkları, oküler bulgusu olan sistemik hastalıkların ve yüksek dereceli kırma kusurlarının ortaya çıkarılmasını sağlamaktadır (37). Hemşireler, görme yetersizliği olan anne adaylarını, görme kaybına sıklıkla neden olan faktörler ve yenidoğan tarama testleri konusunda bilgilendirmelidir.

Bu derlemede, görme kaybına sıklıkla neden olan retinitis pigmentosa, diyabetik retinopati, katarakt, glokom ve göz travmaları hakkında aşağıdaki bilgiler sunulmuştur.

Diyabetik Retinopati: Diyabetik retinopati, diabetes mellitusa bağlı gelişen en yaygın mikrovasküler komplikasyondur. Diyabetik olguların %4,6-10'unda retinopatiye bağlı görme kaybı gelişmektedir. Diyabetik retinopatinin küçük retina damarlarını, arteriyolleri, kapilleri ve venleri etkilemesiyle retinada kanama, sıvı sızması ve tıkanma sonucu görme yetisinde azalma meydana gelmektedir. Gelişmiş ülkelerde genç yetişkinler ve çalışma çağındaki nüfusta edinsel körlüğün önde gelen nedenlerinden biridir (39).

Katarakt: Katarakt dünyada körlüğün en önemli nedeni olup, doğuştan veya sonradan meydana gelebilmektedir. En fazla gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere çoğu kişi katarakt nedeni ile görememektedir. Düşük gelir düzeyindeki ülkelerde, korneal skar gelişimi ile seyreden vitamin A eksikliği, kızamık enfeksiyonu, oftalmia neonatorum, gelişmiş ülkelerde santral sinir sistemine ve retinaya bağlı patolojiler, orta gelir düzeyindeki ülkelerde ise katarakt etiyolojik nedenler arasında ön plana çıkmaktadır. Çocukluk çağı körlüğünün önemli nedenlerinden biri pediatrik katarakt iken yetişkin diyabetik bireylerde görülen en erken komplikasyon diyabetik katarakt olmaktadır (40).

Glokom: Halk arasında göz tansiyonu olarak bilinen glokom, retinal ganglion hücrelerinin progresif dejenerasyonu ile karakterize olan optik sinir üzerinde hasara yol açan ve görmeyi de etkileyerek körlüğe neden olan bir optik nöropatidir. Glokom, dünya çapında 70 milyondan fazla insanı etkilemekte, geri dönüşü olmayan körlüğün önde gelen nedeni arasında sayılmaktadır (41).

Göz Travmaları: Tüm göz travmalarının %90'ı önlenbilir nedenlere bağlıdır. Ancak, 15 yaş altı çocukların en fazla hastaneye başvuru nedeni arasında göz travması yer almaktadır. Nadiren ölümcül olduğundan tedavisi ihmal edilmekte, bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Çocukluk dönemindeki göz travmalarının önemli bir morbidite nedeni olduğu unutulmamalı ve önemi göz ardı edilmemelidir (41).

Hemşirenin Rolü

Hemşireler, görme yetersizliğinin nedenleri ve bu bireylerin özel eğitime gereksinimi olduğunun farkına varıp, üreme sağlığı ve cinsel sağlığa yönelik eğitim programları geliştirmelidir (42). Üreme sağlığı ile ilgili konularda verilecek olan eğitimlerde konferans, tartışma, soru/cevap, demonstrasyon, simülasyon ve danışmanlık gibi eğitim yöntemlerinden yararlanılabilir (21). Ancak sağlık profesyonellerinin görme yetersizliği olan bireye yaklaşım konusunda bilgisi yetersiz kalmakta, aktarılan bilgiler yüzeysel bir şekilde iletilmekte ve görme yetersizliği olan bir birey için durumun çok daha zor hale geldiği görülmektedir (36). Hemşirelerin yaklaşımı, kadınların sağlık hizmetlerinden optimal düzeyde yararlanabilmeleri açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle hemşirelerin deneyimli ve bilgili olması, bilgilerinin güncel tutulması amacıyla da sürekliliği olan hizmet içi eğitimlerin sağlanması gerekmektedir. Ayrıca, görme yetersizliği olan bireylere yaklaşım konusunda hemşireler lisans düzeyinden itibaren bilinçlenmeli, etkili iletişim kurma, olumlu tutum ve davranış geliştirme konularında eğitim almalı, kadınlarla daha iyi ilişki kurabilmeleri ve daha aktif olmaları konusunda cesaretlendirilmelidir (42).

Görme yetersizliği olan kadınlar hemşirelerden; anlayışlı, açıklayıcı, bilgi verici olmalarını, aşırı korumacı olmamalarını, tedavi ve bakıma ilişkin yakınlara değil kendilerine bilgi vermelerini, ihtiyaçları doğrultusunda destek olmalarını, mahremiyete özen göstermelerini beklemektedir. Eğitim verici rolü olan hemşireler, görme yetersizliği olan kadınlara bütüncül olarak yaklaşmalı ve üreme sağlığı ve cinsel sağlığa yönelik bilgi ve danışmanlık sağlamalıdır (27,42).

Bu bağlamda ulusal ve uluslararası literatür tarandığında, görme yetersizliği olan kadınlarda üreme sağlığı hizmetlerini geliştirmeye yönelik çoğunlukla tanımlayıcı tipte çalışmalar yapıldığı, çalışmaların genel olarak tüm engel türlerini kapsayacak şekilde olduğu, girişimsel tipteki çalışmaların ise çok az olduğu görülmektedir. Ülkemizde Yaşar ve arkadaşları (2017) 84

kadında genital hijyen bilgi ve uygulamalarını araştırmış, görme yetersizliği olan kadınların genital hijyen konusunda bilgi eksikliği olduğu belirtilmiştir (25). Dündar ve Özsoy (2020) 187 kadının menstrual hijyen yönetimlerinin nasıl olduğunu araştırmış, yaklaşık yarısının bu dönemi bağımsız yönetemediği, menstruasyon dönemindeki hijyen uygulamalarının istendik düzeyde olmadığı, menstruasyonun başlama ve bitişini anlamada farklı belirteçler kullandığı ve bazı kadınların sosyal yaşantılarının etkilendiği belirtilmiştir (23). Ülkemizde görme yetersizliği olan kadınlar ile yapılan bazı çalışmalar tez çalışması olup, yayınlanmış makalesine ulaşılamadığı için dergi yazım kuralları gereği burada yer verilememiştir. Cavalcante ve arkadaşları (2013) Brezilya'da görme engelli kadınlara kadın kondomunun nasıl kullanılacağını öğretmek için materyal geliştirip, bu konudaki bilgilerini arttırmışlardır. Kadınların üreme sağlığı ve cinsel sağlığa yönelik bilgilerinde eksiklikler ve yanlış bilgiler olduğu, geliştirilen materyal ile kadın sağlığı konusunda bilgilenmeye destek sağlandığı için girişimin etkili olduğu belirtilmiştir (34). Abd-El Sattar ve Abd-El Aal'ın (2015) Kahire'de adolesan görme yetersizliği olan kadınlar ile yaptığı çalışmada, beslenme, kişisel hijyen, egzersiz, uyku ve üreme sağlığı konularını içeren sağlık eğitimi verilmiştir. Yapılan eğitim sonrası eğitimin ilgili konularda bilgi düzeyini arttırdığı bulunmuştur (43).

Ülkemizde ve yurtdışında yapılan çalışma örnekleri incelendiğinde, ortak sonuç olarak görme yetersizliği olan bireylerin üreme sağlığı bilgilerinin istendik düzeyde olmadığı, eğitime ihtiyaç duydukları görülmektedir. Üreme sağlığına yönelik girişimsel çok az çalışmaya rastlanılmaktadır. Bu bağlamda, görme yetersizliği olan kadınlara yönelik uygulamalı üreme sağlığı eğitimlerinin düzenlenmesi, eğitim materyali geliştirilmesi yönünde deneysel çalışmalar yapılması gerekmektedir.

Sonuç

Literatür taramaları sonucu görme yetersizliği olan bireylerde üreme sağlığı ve cinsel sağlığa yönelik saptanan temel sorunların menstrual siklus yönetimi ve hijyen, cinsel sağlık, gebelik, doğum, emzirme ve aile planlaması konularında bilgi eksikliği, jinekolojik kontrollerin ihmali, sağlık hizmetine erişimde yaşanan güçlükler ve sağlık profesyonellerinin olumsuz tutumuna ilişkin sorunlar olduğu görülmektedir. Görme yetisinin azalması ya da tamamen kaybolmasının öğrenmede yarattığı güçlük ve buna bağlı görme yetersizliği olan kadınlara yönelik farklı türde eğitim planlanmasının gerekliliği vurgulanmaktadır. Çözüm önerisi olarak en başta hemşirelerin görme yetersizliği olan bireylerle etkili iletişim kurabilmeleri gerekmektedir. Hemşirelerin yaklaşımı, kadınların sağlık hizmetlerinden optimal düzeyde yararlanabilmeleri açısından oldukça önemlidir. Bu bağlamda iletişim engellerini ortadan kaldırmak için ön yargıları kırmak, engelli bireyleri yok saymamak, kişisel alanlarına saygı göstermek, açıklayıcı bilgilerle, yönlendirerek yardım etmek önem arz etmektedir. Üreme sağlığına yönelik kaygıların giderilmesi adına eğitimlerde ve muayenelerden önce açıklama yapılması, kullanılacak olan materyal örneklerine kadınların dokunmalarına izin verilerek tanıtılması yararlı olacaktır. Görme yetersizliği olan kadınlara üreme sağlığına yönelik eğitim ve danışmanlık verilirken, işitsel, dokunsal ve kokusal maket ve materyallerin kullanılması, Braille alfabesi ile yazılmış broşürlerin olması, seslendirilmiş broşürlerin, kitapçıkların sayıca yeterli olması ve inovatif materyaller geliştirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Üreme sağlığına yönelik danışmanlık rolü olan hemşirelerin bu alanda eğitim verebilmek üzere desteklenmeleri gerekmektedir. Hemşirelerin deneyim kazanmaları ve bilgi sahibi olmaları amacıyla özel eğitim kurumları ile iş birliği kurulması, görme yetersizliği olan bireylere yaklaşım ve danışmanlık konusunda eğitimler düzenlenmesi ve devamlılığının sağlanması önerilir.

Bilgilendirme

Yazarların katkı oranı beyanı şöyledir: Fikir/kavram: AT, ÖDB; Tasarım: AT, ÖDB; Denetleme/danışmanlık: ÖDB; Kaynak taraması: AT, ÖDB; Derlemenin yazımı: AT, ÖDB. Derlemenin tüm aşamalarında yayın etiğine uyulmuştur. Araştırmacılar arasında herhangi bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Kaynaklar

1. World Health Organization (WHO). International classification of impairments, disabilities and handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease, WHO. Geneva. WHO; World report on disability, 2014. URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/1980/9241541261_eng.pdf. 20 Ocak 2020
2. Yıldız S, Gürler S. Görme engelli bireylerin engelli haklarına dair bilgi düzeylerinin ölçülmesi-Ankara örneği. Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2018;8(1):241-268.
3. World Health Organization (WHO). World health statistics 2017: Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. World Health Organization, Geneva, 2017.
4. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Dünya nüfus günü [haber bülteni]. 2015 Basım. URL: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18617>. 26 Kasım 2019
5. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Engelli ve yaşlı istatistik bülteni. 2019. URL: https://ailevecalisma.gov.tr/media/6598/bu-lten_may%C4%B1s2019_20190624-1.pdf. 01 Haziran 2020
6. United Nations. United Nations convention on the rights of persons with disabilities, 2006:1-28. URL: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexte.htm>. 20 Ocak 2020
7. Kokanalı D, Karaca M, Özel Ş, Engin Üstün Y. Engelli kadınlarda üreme sağlığı. Jinekoloji- Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2018;15(1):28-30.
8. World Health Organization (WHO). World Health Organization 2011: World Report on Disability 2011, Geneva. URL: https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf. 01 Haziran 2020
9. T.C. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Aile eğitim rehberi, görme engelli çocuklar. Ankara, Grafer Tasarım Baskı Ambalaj; 2014:1-104.

10. Kamaş Ö, Demir E. Görme yetersizliği olan lisans öğrencilerinin sınıf içi ölçme-değerlendirme süreçlerinin incelenmesi. Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi 2018;19(3):423-450. DOI: 10.21565/ozelegitimdergisi.334802.
11. Milli Eğitim Bakanlığı (MEB) (2013). Çocuk gelişimi ve eğitimi. Görme engelliler. Ankara, 2013.
12. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. 2018 Türkiye nüfus ve sağlık araştırması (TNSA). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye, 2019.
13. İnandı T, Savaş N, Arslan E, Yeniçeri A, Peker E, Alışkın Ö ve ark. Hatay'da akraba evliliği sıklığı, nedenleri, çocuk sağlığı, ilişkilerde mutluluk ve yaşam doyumu. Türkiye Halk Sağlığı Dergisi 2016;14(1):43-55.
14. Bolat N, Doğançın B, Yavuz M, Demir T, Kayaalp L. Doğuştan tam görme engeli olan ergenlerin depresyon, kaygı düzeyleri ve benlik kavramı özellikleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2011;22:77-82.
15. Cumurcu BE, Karlıdağ R, Almış BH. Fiziksel engellilerde cinsellik. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2012;4(1):84-98.
16. Timur S, Ege E, Bakış E. Engelli kadınların üreme sağlığı sorunları ve etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10(1):51-58.
17. Murthy GVS, John N, Sagar J. South India disability evidence study group reproductive health of women with and without disabilities in South India, the SIDE study (South India Disability Evidence) study: A case control study. BMC Womens Health 2014;14(146):1-7.
18. Hosseinpoor AR, Williams JAS, Gautam J. Socioeconomic inequality in disability among adults: a multicountry study using the world health survey. Am J Public Health 2013;103:1273-1286.
19. Bezzera CP, Pagliuca LM. The experience of sexuality by visually impaired adolescents. Rev Esc Enferm USP 2010; 44(3):577-582.
20. Bozkurt ÖD, Parlakyıldız E, Küççük M, Emektar D, Gereklı B, Koç B ve ark. Görme engelli kadınların üreme sağlığı sorunları ve sağlık çalışanlarından beklentileri: Hemşirelik öğrencileri ekip çalışması. 18. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi; 25-27 Nisan 2019; Afyonkarahisar.
21. Dündar T, Özsoy S. Menstrual hijyen ve görme engelliler. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2018;15(3):192-194. DOI:10.5222/HEAD.2018.192.
22. Güngör İ. Engelli kadınlarda üreme sağlığı. İçinde Kızılkaya Beji N, Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Genişletilmiş 2. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi; 2017:171-201.
23. Dündar T, Özsoy S. Menstrual hygiene management among visually impaired women. British Journal of Visual Impairment 2020; 1-16. 0264619620911441. DOI: 10.1177/0264619620911441. 01 Haziran 2020
24. Kanmani K, Ravisanakar AK. Prevalence of menstrual problems and treatment-seeking behavior: A study among visually challenged women. International Journal of Scientific and Research Publications 2016;6(1):621-624.
25. Yaşar BN, Terzioğlu F, Koç G. Knowledge and practices of genital hygiene: visual-disabled women sample. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2017;10(3):123-130.
26. Yimer AS, Modiba LM. Modern contraceptive methods knowledge and practice among blind and deaf women in Ethiopia. A cross-sectional survey. BMC Womens Health 2019;19:151.
27. Daşıkın Z, Sevil Ü. Kadınlarda jinekolojik muayeneyi engelleyen psikososyal faktörler. STED 2017;26(2):75-83.
28. Duman M. Engelli bireylerin üreme sağlığı sorunları. İçinde Timur Taşhan S, Erci B, Her Yönüyle Engellilik. 1. Basım. Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri; 2018:274-299.
29. Şat SÖ, Erenel AŞ, Sözbir ŞY. Özellikle gruplarda kontrasepsiyon danışmanlığı. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2019;10(2):190-197.
30. Bloom TL, Mosher W, Alhusen J, Lantos H, Hughes RB. Fertility desires and intentions among U.S. women by disability status: findings from the 2011-2013 national survey of family growth. Matern Child Health J 2017;21(8):1606-1615. DOI: 10.1007/s10995-016-2250-3.
31. Tejeji MY, Assefa B, Keddebe T, McDowell M, Tenaw E. Assessment on family planning needs of people living with disabilities: Case of Addis Ababa, Ethiopia, 2017. URL: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/resource-disability-report.pdf>. 20 Ocak 2020
32. Tanabe M, Nagujah Y, Rimal N, Bukania F, Krause S. Intersecting sexual and reproductive health and disability in humanitarian settings: risks, needs, and capacities of refugees with disabilities in Kenya, Nepal, and Uganda. Sex Disabil 2015;33(4):411-27.
33. Sarpkaya D, Vural G. Hemşirelikte dört bilme yolunun jinekolojik muayenede kullanımı. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi 2014;7(2):124-127.
34. Cavalcante LDW, Barbosa GOL, Oliveira PMP, Reboças CBA, Pagliuca, LMF. Assistive technology for visually impaired women: usage of female condoms- a descriptive study. Online Brazilian Journal of Nursing 2013;12(2):534-545.
35. Arslan ŞF, Coşkunol H. Sağlık profesyonelinin eğitim rolü: Alkol ve madde bağımlılarında sağlıklı yaşam biçimi davranışı geliştirme eğitimi. Tıp Eğitimi Dünyası, 2016;15(47):13-20.
36. Lee K, Devine A, Marco MJ, Zayas J, Gill-Atkinson L, Vaughan C. Sexual and reproductive health services for women with disability: A qualitative study with service providers in the Philippines. BMC Women's Health 2015;15:87.
37. Altunhan H, Yılmaz FH. Yenidoğanın değerlendirilmesi ve yenidoğan taramaları. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2018;9(1)28-32.
38. Özmert E. The first scientifically approved bionic eye now available in Turkey. The Journal of Retina&Vitreous 2015;23(1):92-95.
39. Akkaya S, Açıkalın B, Asilyazıcı E, Yılmaz A, Yamiç M, Kocapınar Y. Diyabetik Retinopatinin Tanı ve Tedavisi. The Journal of Retina&Vitreous 2018;27(4):390-401.

40. Ayyıldız Ö, Özge G, Küçükevcilioğlu M, Akincioğlu D, Uludağ HA, Mutlu FM. Pediatrik kataraktlı hastalarımızda klinik özellikler ve cerrahi sonuçlar. *The Journal of Glaucoma&Cataract* 2017;12:21-25.
41. Weineb RN, Aung T, Medeiros FA. The pathophysiology and treatment of glaucoma: A review. *JAMA* 2014;311(18):1901–1911. DOI:10.1001/jama.2014.3192.
42. Mitra M, Long-Bellil LM, Smeltzer SC, Iezzoni LI. A perinatal health framework for women with physical disabilities. *Disability and Health Journal* 2015;8(4):499-506.
43. Abd-El Sattar RA, Abd-El Aal EM. Effect of health educational program for female blinded adolescent students regarding reproductive health. *American Journal of Nursing Science* 2015;4(1):1-8. DOI: 10.11648/j.ajns.20150401.11.