



### Kurucu Editörler / Founding Editors

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

### Editör/ Editor

Prof. Dr. Orhan Odabaşı

### Yardımcı Editör / Assistant Editor

Dr. Aylin Sena Beliner

### Hakem Kurulu / Advisory Board

#### Acil Tıp / Emergency Medicine

Doç. Dr. Bülent Erbil

#### Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer  
Dr. Durmuş Evcüman  
Prof. Dr. Hamit Hancı  
Prof. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

#### Aile Hekimliği / Family Medicine

Doç. Dr. Mehmet Özen

#### Beslenme ve Diyetetik / Nutrition and Dietetics

Prof. Dr. Gülden Pekcan  
Doç. Dr. Hülya Yardımcı

#### Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery

Prof. Dr. Onur Özen

#### Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics

Prof. Dr. Ufuk Beyazova  
Dr. Ali Süha Çalikoğlu  
Prof. Dr. Zelal Ekinci  
Prof. Dr. Şükrü Hatun  
Prof. Dr. Nural Kiper  
Prof. Dr. Serdar Kula  
Prof. Dr. Figen Şahin  
Dr. Emrah Şeyhoğlu  
Prof. Dr. S. Songül Yalçın  
Dr. Öğr. Üyesi Yılmaz Yıldız  
Dr. Adnan Yüce

#### Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatric Psychiatry

Prof. Dr. Bahar Gökler  
Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

#### Deri Hastalıkları / Dermatology

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

#### Tıp Tarihi ve Etik / Medical History and Ethics

Prof. Dr. Berna Arda  
Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

#### Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Physical Medicine and Rehabilitation

Doç. Dr. Deniz Erdoğan  
Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

#### Genel Cerrahi / Surgery

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu  
Prof. Dr. Semih Baskan  
Dr. Naki Bulut  
Prof. Dr. İskender Sayek  
Prof. Dr. Cem Terzi

#### Genel Pratisyenlik / General Practice

Dr. Binnaz Başaran  
Dr. Remzi Karşı  
Dr. Alfert Sağdıç  
Dr. Mustafa Sülkü  
Dr. Hakan Şen  
Dr. Fatih Şua Tapar

#### Halk Sağlığı / Public Health Medicine

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu  
Prof. Dr. Dilek Aslan  
Doç. Dr. Özen Aşut  
Prof. Dr. Deniz Çalışkan  
Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak  
Prof. Dr. Sibel Sakarya  
Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış  
Prof. Dr. Özlem Sarıkaya

#### İç Hastalıkları / Internal Medicine

Prof. Dr. Erdal Akalın  
Prof. Dr. Murat Akova  
Prof. Dr. Önder Ergönül  
Prof. Dr. Çetin Turgan  
Prof. Dr. Serhat Ünal

#### Kadın Hastalıkları ve Doğum / Gynaecology and Obstetrics

Prof. Dr. Polat Dursun  
Prof. Dr. Haldun Güner  
Dr. Görker Sel

#### Kulak Burun Boğaz Hastalıkları / Otorhinolaryngology

Prof. Dr. Orhan Yılmaz

#### Nöroloji / Neurology

Prof. Dr. Özden Şener

#### Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics

Prof. Dr. Sinan Adıyaman  
Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

#### Psikiyatri / Psychiatry

Prof. Dr. Berna Uluğ  
Prof. Dr. Aylin Uluşahin

#### Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology

Prof. Dr. Alper İskit

#### Tıp Bilişimi / Medical Informatic

Doç. Dr. Arif Onan

#### Tıp Eğitimi / Medical Education

Prof. Dr. Melih Elçin

#### Tıp Hukuku / Medical Law

Av. Mustafa Güler

### Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Prof. Dr. Dr. Rasime Şebnem Korur

### Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Yeter Canbulat

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Türk Tabipleri Birliği tarafından birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin sürekli eğitimi için iki ayda bir yayımlanmaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is published bimonthly by the Turkish Medical Association for the continuing education of the physicians working at the primary health care services.

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini ve Türkiye Atıf Dizini içinde yer almaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is indexed by TUBITAK Turkish Medical Database and Citation Index of Turkey.

#### Yayın İdare Merkezi ve İletişim Adresi

Türk Tabipleri Birliği Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi  
GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalgil Sok. No: 2 Kat: 4, 06570 Maltepe/Ankara  
Tel: 0 (312) 231 31 79 (pbx) | Faks: 0 (312) 231 19 52 - 53  
<http://www.ttb.org.tr/STED/> | [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr)

Basım Yeri: Printcenter Sultan Selim Mah. Libadiye Sok. No:3 4. Levent  
34416 İstanbul

Tel: 0 (212) 371 03 00

Baskı Tarihi: Şubat 2021



### Merhaba,

" ... Bütün canlıların iyiliği için çalışacaklarını kabul eden birinci basamak hekimleri bu yüzyılda, bu sağlık politikaları ve bu coğrafyada savunduğu değerleri hayata geçirmek için önce tartıştı, sonra aynı değerleri kabul edenlerle Pratisyen Hekimlik Kolu'nu, mücadele etmek için Pratisyen Hekimlik Derneği'ni, bildiklerini paylaşmak için Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi'ni ve nihayet bu ilkeleri ekol haline getirip; diğer hekimlerle paylaşmak için Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nü kurdular. Kısacası elinizdeki çalışma kitabı, uzun yılların, aynı değerlere sahip pratisyen hekimlerin ustalık eseridir. ..."

" ... Genel Pratisyenlik Enstitüsü'nün 1998 yılında kuruluşundan bu yana genel pratisyenlik alanında önemli değişiklikler yaşandı. Türkiye'deki yönetsel sistematik değişikliklerden en çok etkilenen sektörlerden biri de sağlık alanıydı. Bu nedenle, Genel Pratisyenlik Enstitüsü (GPE) ve pratisyen hekimlik meslek eğitimi konusunda bugün başlangıç noktasında değiliz. Ülkemize getirilen aile hekimliği sistemi ve uygulamaları, süreç içinde pratisyen hekimlik meslek eğitiminin sürdürülmesini zora sokan önemli bir etmen oldu...."

Kuşkusuz, yazılı ve denenmiş bir programının olması, GPE'nin önümüzdeki süreçteki eğitim



uygulamalarını yürütmesinin önemli bir eşğini de oluşturacaktır. ... Eğitim programının bir bütün olarak gözden geçirilmesi sürecinde yeniden gördük ki, bu programın oluşturulması ve 16 yıllık uygulamaları, tümüyle gönüllü ama disiplinli ve kararlı çalışmalar üzerinden yükselmiş. Her modül, onlarca pratisyen, uzman, akademisyen meslektaşımızın yoğun kolektif emeğiyle ete kemiğe bürünmüş. Yalnızca eğitimlerin uygulandığı sınırlı süreyi değil, onun kat kat üstünde hazırlıklar, ön çalışmalar, eğitim sonrası değerlendirmeler gerektirmiş. Ve tüm çalışmalar, gönüllülüğe dayalı, inanmışlık ve özveri temelli çabalarla gerçekleşmiş.

Kısacası, bu kitabın her sayfasında sağlık sunumunun doğru yöntemine, birinci basamak sağlık hizmetinin kamucu bir yaklaşımla ele alınıp halka ulaştırılmasına inancın, kararlılığın, direncin yansımaları var. ... Belki de satır aralarında adı kayıtlara geçmemiş, unutulmuş ya da sesini duyuramamış bir o kadar adsız kahraman var. Toplumcu mücadele sürecinde, sağlıksız koşulların olumsuz etkisiyle aramızdan erken ayrılan sevgili arkadaşlarımızın hüzünlü anıları var. Bu kitabın her satırını bu duygu ve düşüncelerle okumak, anlamaya çalışmak, satır aralarında kalmış çabaları sezinlemek ve empatiyle değerlendirmek gerektiğini düşünüyorum. Umuyorum ki kitabın içeriği ve yaşanmış olan deneyim, pratisyen hekimlerin kendilerinin kolektif olarak ortaya koyduğu bu meslek eğitimi programı, bundan sonraki program oluşturma çalışmaları ve eğitim uygulamaları için ışık tutucu, yol gösterici işlev görür. **Dr. Özen Aşut GPE YK Başkanı\***"

Genel Pratisyenlik Enstitüsü çalışmaları hakkında bilgi edinmek alanımıza sahiplenmenin en önemli adımlarından birisi olacaktır.

### Bilimsel ve dostça kalın ...

\* GPE Genel Pratisyenlik Mesleki Eğitimi Kitabı  
[https://www.ttb.org.tr/yayin\\_goster.php?Guid=bfdec9e-9481-11e7-914a-a458ccf77150](https://www.ttb.org.tr/yayin_goster.php?Guid=bfdec9e-9481-11e7-914a-a458ccf77150).

## Araştırma / Research

- Yaşlı Bakımı Öğrencilerinin Klinik Uygulama Deneyimlerinin Niteliksel Değerlendirilmesi 1  
*Qualitative Assessment of Clinical Practice Experiences of Students in Elderly Care*  
*Burcu Gençköse, Emine Bakoğlu, Hilal Pekmezci, Bahar Kefeli*
- İzmir'deki Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi 9  
*Assessment of Level of Information of Family Medicine Assistants in İzmir on Child Abuse and Child Neglect*  
*Elif Çetin, Esra Meltem Koç, Hilal Aksoy*
- Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin İncelenmesi 18  
*Examination of Health Literacy Levels of Students of Health Services School*  
*Elif Okur, Hasan Evcimen, Aysun Yağcı Şentürk*
- İnfertilite Tedavisi Sonrası Gebe Kalan Kadınlarda Prenatal Bağlanma 25  
*Prenatal Bonding in Women Becoming Pregnant after Infertility*  
*Oya Kavlak, Endam Çetinkaya, Figen Kazankaya, Sayime Mısırlı, Belgin İyik Aksakal*
- Çölyak Hastalığının Sıklık Artışında Helicobacter Pylori'nin Etkisi 32  
*Effect of Helicobacter Pylori in Increasing Prevalence of Celiac Disease*  
*Nezih Pişkinpaşa*
- Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Tüberküloz Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi (Sivas) 36  
*Assessment of Tuberculosis-Relation Information Level of Primary Healthcare Providers (Sivas)*  
*Esma Kılıç, İrem Akova, Öznur Hasdemir*
- Kırsal Bölgede Yaşayan Kadınların Serviks ve Meme Kanseri Taramalarına Katılım ve Bilgi Durumları 43  
*Participation and Information Status of Rural Women in Cervical and Breast Cancer Surveillance*  
*Zeynep Saçkara, Deniz Koçoğlu Tanyer*
- Doğum Hastanelerinde Çalışan Ebelerin Mesleki Örgütlenme Durumlarının ve Beklentilerinin İncelenmesi: İzmir İli Örneği 53  
*Examination of Professional Organization Status and Expectations of Midwives Working in Maternity Hospitals: Case of İzmir Province*  
*Aysun Ekşioğlu, Mahide Demirelöz Akyüz, Ummahan Yücel, Aytül Hadımlı, Zehra Baykal Akmeşe, Yeliz Çakır Koçak, Emine Serap Sarıcan, Hafize Öztürk Can*
- Doğum Sonrası Maternal Anksiyete ve Bağlanmayı Etkileyen Faktörler 60  
*Factors Affecting Postnatal Anxiety and Bonding*  
*Fadime Bayrı Bingöl, Meltem Demirgöz Bal*

## Derleme / Review Article

- Türk Toplumunda Doğum Korkusunu Belirlemeye Yönelik Kullanılan Ölçekler 69  
*Scales Used in Measuring Tokophobia in Turkish Society*  
*Nurdan Kaya, Handan Güler*

## Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



Kapak Fotoğrafı  
"Hasat"  
Burcu Emektar  
TTB-STED  
Fotoğraf  
Yarışması 2016  
Sergi Ödülü

**Burcu Emektar:** 1998 Giresun doğumluyum. Fotoğrafçı bi ailenin en büyük kızıyım. 2017 yılında Manisa Celal Bayat Tıp Fakültesi'nde Tıp Eğitimine başladım halen eğitimim sürmektedir. Çocukluğumdan bugüne fotoğrafla ilgiliyim. Ulusal ve uluslararası organizasyonlarda fotoğraflarım sergilendi. Sergilenen fotoğraflarımdan çeşitli ödüller aldım.



Burcu Gençköse<sup>1</sup>, Emine Bakoğlu<sup>2</sup>, Hilal Pekmezci<sup>3</sup>, Bahar Kefeli<sup>4</sup>

DOI: 10.17942/sted.860317

Geliş/Received : 14.01.2021

Kabul/Accepted : 10.02.2021

### Öz

**Amaç:** Bu çalışma yaşlı bakımı bölümünde okuyan öğrencilerin klinik uygulamalarının ilk ve son günlerinde hissettiklerini ve deneyimlerini belirlemek amacı ile yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışmanın evrenini Rize ilindeki bir sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunun yaşlı bakım bölümünde 2018-2019 eğitim öğretim yılı birinci sınıfta eğitim gören 28 öğrenci oluşturmuştur. Örneklem seçimi yapılmamış, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 20 öğrenci ile çalışma yürütülmüştür. Verilerin değerlendirilmesinde içerik analizi yöntemi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerin ilk klinik uygulama sonrası yazmış oldukları dokümanlar değerlendirildiğinde; "korku, heyecan-mutluluk, üzüntü ve kaygı" şeklinde dört ana tema belirlenmiştir. Aynı öğrencilerin mezun olmadan önceki son klinik uygulama sonrasında deneyimlerini yazdıkları dokümanlarda ise "bakış açısı değişikliği, bilgi artışı, özgüven ve olumlu iletişim" olmak üzere 4 ana tema dikkat çekmektedir.

**Sonuç:** Çalışma sonucunda, öğrencilerin klinik uygulamalarının sonunda olumlu duygular deneyimledikleri, dolayısıyla teorik ile beraber uygulamanın öğrencilerin özgüven artışı yaşadığı belirlenmiştir. Bu bağlamda öğrencilerin klinik uygulamalarda desteklenmesi önerilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Öğrenci, Klinik uygulama, deneyim, Yaşlı bakım

### Abstract

**Objective:** This study was conducted to assess the feelings and experiences of students in elderly care department in the first and last days of their clinical practices.

**Material and Methodology:** The universe of the survey consisted of 28 freshmen students attending the elderly care department of a health services vocational school in Rize province in the academic year 2018-2019. There was no sample selection, and the survey was conducted with 20 students who voluntarily agreed to participate. The method of content analysis was used in data analysis.

**Findings:** On the basis of documents prepared by students following their first clinical practice, 4 main themes were identified as "fear, excitement-happiness, sadness and anxiety". On the other hand, documents by the same students on their experiences with clinical practice during their senior year the 4 main themes were "change in perspective, enhanced information, self-confidence and positive communication."

**Conclusion:** The study concludes that students experience positive feelings after their clinical practices and consequently theoretical information along with richer experience enhance students' self-confidence. The suggestion is to further support students in their clinical practices.

**Key words:** Student, Clinical practice, Experience, Elderly care

1 Dr. Öğr. Gör.; Recep Tayyip Erdoğan Ü. Sağlık Hizmetleri MYO, Rize (Orcid No: 0000-0002-0358-6401)

2 Öğr. Gör.; Recep Tayyip Erdoğan Ü. Sağlık Hizmetleri MYO, Rize (Orcid No: 0000-0001-7550-9360)

3 Dr. Öğr. Gör.; Recep Tayyip Erdoğan Ü. Sağlık Hizmetleri MYO, Rize (Orcid No: 0000-0003-2157-4014)

4 Dr. Öğr. Gör.; Recep Tayyip Erdoğan Ü. Güneysu Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon YO, Rize (Orcid No: 0000-0002-2862-445)

## Giriş

Günümüzde dünyada eğitim ve gelir düzeyindeki yükselme, sağlık koşullarının iyileşmesi, beslenme alışkanlıklarının değişmesi, doğurganlığın azalması, bulaşıcı hastalıkların kontrolü yaşam kalitesinin yükselmesine, doğuştan beklenen yaşam süresinin artmasına dolayısıyla küresel olarak yaşlı nüfusunun artmasına neden olmuştur. Değişen demografik yapı ile birlikte, özellikle yüzyılın ikinci yarısında, yaşlı nüfusun; sosyal, demografik ve ekonomik açıdan dünyada önem kazanması beklenmektedir. Nüfus yaşlanmasının en önemli göstergesi, yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının % 10'u geçmesidir. Türkiye'de yaşlanmakta olan ülkeler arasında yer almaktadır. Yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı %9.1 olarak hesaplanmıştır. Ülkemizde yaşlı nüfus, diğer yaş gruplarına göre daha yüksek bir oranda artış göstermektedir. TÜİK 2020 verilerine göre yaşlı nüfus son beş yılda %21.9 artış göstererek 2019 yılında 7 milyon 550 bin 727 kişi olmuştur (1-3).

Dünya'da demografik değişimler sağlık bakım ihtiyaçlarını değiştirmiştir. Bu anlamda yaşlı bakımındaki kaliteyi artırmak amacı ile yaşlı ve günlük yaşam becerilerini destekleyen sağlık profesyonelleri olan yaşlı bakım teknikerlerine ihtiyaç artmış, yaşlı bakım teknikerleri sağlık sektöründe yer almaya başlamıştır (4). Yaşlı bakım teknikerleri üniversitelerin sağlık hizmetleri meslek yüksekokullarında önlisans düzeyinde hem teorik hem de uygulamalı dersler olarak eğitim süreçlerini tamamlamaktadır. Yaşlı bakım teknikerliği bölümünde okuyan öğrenciler, bakım ihtiyacı olan yaşlı bireylerin günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilmesinde, mevcut sağlığın sürdürülmesi, hastalıkların önlenmesi ve azaltılmasına yardımcı olabilecek, yaşlıların fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bakım gereksinimlerini değerlendirebilecek, yaşlı bireyi bütüncül ele alabilecek mesleki eğitim almaktadır (5,6).

Bir meslekte hem meslek üyelerinin verdiği hizmetten memnun olması hem de hizmeti alan toplumun yarar görmesi yapılan mesleğin gerektiği gibi yürütülmesi ile gerçekleşir (7). Mesleki eğitim veren meslek yüksekokullarında; öğrencilerin iş yaşamlarında gerekli olan donanımı sağlamaları amaçlanmaktadır. Teorik bilgiler ve beceriler kazandırma fırsatı veren bu eğitim sürecinde klinik uygulamalar da önemli bir

süreçtir (8,9). Klinik uygulamalar; "Herhangi bir meslek edinecek olan kimsenin geçirdiği uygulamalı öğrenme dönemi ve bir kimsenin meslek bilgisini artırmak için bir kurumun bir ya da birçok bölümünde çalışarak geçirdiği dönem" şeklinde tanımlanmaktadır (10). Literatürde, klinik uygulamalarda öğrencilere uygulama fırsatı verildiğinde ve geri bildirim yapıldığında etkili öğrenmenin gerçekleştiği ifade edilmektedir (11).

Genel olarak klinik uygulamalar öğrencilerin, Çalışma ortamlarını tanımalarını, Bilgi ve becerilerini kullanmalarını, Çalışma ortamındaki sorumlulukları, ilişkileri, çalışma disiplini ve görgülerini öğrenmelerini, İletişim becerilerini geliştirmelerini sağlayan bir süreçtir (8,9).

Ayrıca klinik uygulamalar süreci öğrenciye, rol model alabileceği kişileri gözlemleme ve bireysel uygulama yapma olanağını sağlar. Klinik ortamda; hem öğretim elemanları hem servis sorumluları hem de diğer tüm sağlık ekibi personelleri sorumluluk alarak iyi rol modeli olmaları gereklidir (12). Yapılan bir araştırma sonucuna göre, öğrencilerin uygulama sonrasında okula daha olumlu bakış açısıyla baktıkları, öğretimin ne kadar önemli olduğunu anladıkları ve derslerine daha fazla önem verip çalıştıkları anlaşılmıştır (13). Sağlık yönetimi bölüm öğrencileri ile yapılan bir çalışmada ise öğrencilerin, verimli uygulamaların ileriki dönemde çalışma yaşantılarına katkı sağlayacağına inandıkları belirlenmiştir (14).

Sağlık alanında eğitim gören öğrencilere bilgi ve beceri kazandırılabilmesi ancak bu süreç içerisinde negatif duygu olarak algıladığı deneyimlerinin anlaşılması ile olabilmektedir. Öğrencilerin yaşadığı negatif duygulardan biri olan stresin nedenleri; profesyonel bilgi ve becerilerin olmaması ve hasta sorumluluğunun alınması ayrıca motivasyon düşüklüğü ve yeterli baş etme mekanizmalarının oluşmaması şeklinde sıralanabilir (15). Ön lisans öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin yarısına yakını staj ile "teorik bilgi ile uygulamayı karşılaştırma imkânı" bulduklarını ve "mesleklerini daha yakından tanımayı" sağladığını ifade ettikleri belirtilmiştir (8). Sağlık meslek lisesinde yapılan bir çalışma ise öğrencilerin genel olarak stajın etkinliği

konusunda olumlu cevaplar verdiği ifade edilmiştir (12). Sağlık yüksekokulunda okuyan öğrencilerin ise ilk staj sonrası ortalamanın üzerinde bir stres düzeyi yaşadıkları belirlenmiştir (16). Çocuk servisinde staj gören hemşire öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrenciler servise girmeden önce tedirginlik, anksiyete ve korku yaşadıklarını ifade etmişler. Ayrıca hem çocuk hem de ailesi ile iletişime geçmekte zorlandıklarını da belirtmişlerdir (15). Hemşire öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada da öğrencilerin klinik uygulama öncesi durumluk kaygı puan ortalaması hafif düzeyde iken, ilk klinik uygulama sonrası puanlarının orta düzeye yükseldiği ifade edilmiştir (17).

Bu sonuçlar doğrultusunda diyebiliriz ki; eğitim-öğretim süresince yaşlı bakım profesyonellerinin öğrenme düzeylerini ve verdikleri bakımın kalitesini düşüren klinik uygulama stresi ve tedirginliği öğretim elemanları tarafından değerlendirilip, öğrencilerin bu durumla baş etmeleri için yol gösterici olmaları gerekmektedir. Bu çalışma ile yaşlı bakım bölümünde okuyan öğrencilerin ilk ve son klinik uygulama günlerinde yaşadıkları duygularının nitel boyutta değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## **Gereç ve Yöntem**

### **Çalışma deseni**

Çalışmada, birinci sınıf yaşlı bakım öğrencilerinden klinik uygulamalarının ilk ve son uygulama günü yaşadıkları duygularını yazmaları istenmiştir. Öğrencilerin hissettiklerini betimlemek amacıyla yazdırılan bu yazılardan içerik analiz ile elde edilen veriler nitel araştırma yöntemlerinden durum çalışması ile gerçekleştirilmiştir.

### **Çalışmanın evren ve örneklem**

Çalışmanın evrenini, Rize'deki bir sağlık hizmetleri meslek yüksekokulunun yaşlı bakım bölümünün 2018-2019 eğitim öğretim dönemi birinci sınıfında okuyan 28 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem seçimi yapılmamış çalışmaya katılmaya gönüllü ve uygulama deneyimlerini yazarak paylaşımda bulunan 22 öğrenci çalışma grubunu oluşturmuştur. Ancak 2 öğrenci okulu bırakma nedeni ile çalışmadan ayrılmıştır.

### **Çalışmanın etik yönü**

Çalışma için veri toplama sürecinde yüksekokul müdürlüğünden 11.12.2018 tarihinde yazılı kurum izni alınmıştır. Ayrıca ilgili üniversitenin Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan 18.10.2019 tarih ve 2019/152 numaralı etik kurul izni alınmıştır. Çalışmada öğrencilerin klinik uygulamadaki hissettiklerinin yazılması için öğrencilerin gönüllülüğü esas alınmıştır. Çalışma boyunca dokümanlarda ki öğrenci isimleri gizli tutularak yalnızca duygu ve hisleri değerlendirilmiştir.

### **Veri toplama teknik ve araçları**

Bu çalışma yaşlı bakım öğrencilerinin ilk ve son klinik uygulama deneyimlerinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirilen nitel bir çalışmadır. Doküman inceleme yönteminin kullanıldığı bu nitel çalışmada veriler öğrencilerin klinik uygulamalarının ilk günü ve son günü yazdıkları yazılı materyaller ile toplanmış olup içerik analiz ile değerlendirilmiştir.

### **Verilerin toplama süreci**

Çalışmada veriler, 2018-2019 bahar dönemi klinik uygulamanın ilk günü ve 2019-2020 bahar dönemi mezun aşamasında öğrencilerin klinik uygulamalarının son günü toplanmıştır. Öğrencilerden eğitim aldıkları iki yılın ilk uygulama günü ve mezun olmadan önce son uygulama günlerinde ne hissettiklerini, deneyimlerini yazmaları istenmiştir. Öğrenciler ilk staj günü dokümanlarını klinik uygulamayı takip eden ilk ders gününde ve son staj günü dokümanlarını da mezun olmadan önce araştırmacıya elden teslim etmişlerdir. Verilerin toplanması sürecinde öğrencilere müdahale edilmemiş ve analiz sürecinde de tutarlı davranış sergilenmiştir.

### **Verilerin analizi ve değerlendirilmesi**

Çalışma verileri, nitel veri analiz yöntemlerinden biri olan "İçerik Analizi" yöntemi ile değerlendirilmiştir. Süreç literatür bilgisine uygun olarak adım adım takip edilmiş ve ilk kodlamalar belirlenmiştir. Devamında birbiriyle bağlantılı kodlar bir başlık altında toplanmış genel temalar oluşturulmuştur. Oluşturulan kodlar ve temalar tüm araştırmacılar tarafından değerlendirilmiştir. Bu temalar altında öğrencilerin ilk uygulama ve son uygulama günü duyguları rapor olarak

sunulmuştur. Raporda temaların altında öğrencilere ait olan cümleler ham veri olarak yorum katmadan aktarılmıştır.

### Çalışmanın sınırlılığı

Çalışma, Rize ilindeki bir sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin duygu ve hisleriyle sınırlı kalmıştır, genellenemez.

Sosyo-demografik özellikler	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	17	85
Erkek	3	15
<b>Yaş</b>		
19-23	17	85
24 ve üstü	3	15
<b>Medeni durum</b>		
Evli	2	10
Bekar	18	90
<b>Mezuniyet</b>		
Sağlık meslek lisesi	7	35
Diğer liseler	13	65
<b>Sağlık alanında çalışıyor musunuz?</b>		
Evet	-	-
Hayır	20	100
<b>Daha önce sağlık alanında çalıştınız mı?</b>		
Evet	1	5
Hayır	19	95

### Bulgular

Çalışma bulguları, öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini gösteren tablo ve yazmış oldukları dokümanlardan elde edilen temalar ile sunulmuştur.

Öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerine baktığımızda %85'i kadın, %85'i 19-23 yaş aralığında, %90'ını bekar olup %65'i diğer liselerden mezundur. Aynı tabloda öğrencilerin sağlık alanında çalışıp çalışmadığı değerlendirilmiş ve hiç birinin şuan sağlık alanında çalışmadığı, %95'inde daha önce sağlık alanında çalışma deneyimi yaşamadığı bulunmuştur.

Öğrencilerin stajlarının ilk günü ile ilgili hissettikleri duyguları "Korku, Heyecan-mutluluk,

Üzüntü ve Kaygı" olmak üzere toplam 4 ana temada toplanmıştır.

### Korku

Öğrencilerin ilk staj gününde özellikle korku hissi yaşadıkları ve bu hissin, işin zorluğundan ya da hastalara yaklaşma korkusundan kaynaklandığını ifade etmişlerdir.

"Staja ilk gittiğimizde onları öyle gördüğümde ilk başta insan korkuyor." (Katılımcı 1)

"Hastaların yanına gittiğimde ilk başta ürktüm." (Katılımcı 2)

"Önce beni biraz ürktü." (Katılımcı 4)

"Nasıl anlatılır bilmem ki ama içimde korku gibi tuhaf bir duygu vardı." (Katılımcı 6)

"Beni korkutmadı değil." (Katılımcı 10)

"Oraya gittiğimizde biraz korktum ve çekindim." (Katılımcı 11)

"O kapıdan girerken ki korkumu anlatamam." (Katılımcı 13)

"Bu işin zorluğu gözümü çok korkuttu." (Katılımcı 15)

### Heyecan-mutluluk

Öğrencilerin ilk staj günü sonrası yaşadıkları diğer bir deneyimin heyecan duygusu olduğu tanımlanmıştır. Formalarını giymek, hastalarla ilgilenmek ve hastaların duygularının paylaşımları heyecanlanmalarına neden olan durumlar olarak ifade etmişlerdir.

"Oraya ilk gittiğimde heyecanlı ve mutluydum." (Katılımcı 2)

".....bizlerle paylaşımları beni mutlu etti." (Katılımcı 4)

"Stajımın ilk günü her öğrenci gibi heyecanlıydım." (Katılımcı 5)

"İlk staj günümü ve çok heyecanlıydım." (Katılımcı 7)

"Heyecanlıydım." (Katılımcı 8)

"Mesleğin ilk heyecanlı günüydü. Onlara hizmet etmek onlarla ilgilenmek hoşuma gitti." (Katılımcı 9)

"İlk gün çok heyecanlıydım." (Katılımcı 11)

"Hayatımın en heyecanlı günüydü." (Katılımcı 13)

"Stajı farklı şeyler katacak bir hayat dersi gibi gördüm." (Katılımcı 14)

"Hastaların beni sevmesi çok hoşuma gitti." (Katılımcı 17)

"Heyecanla formamı giydim." (Katılımcı 18)

### Üzüntü

Öğrencilerin deneyimledikleri hisler değerlendirildiğinde üzüntü duygusu da yaşadıkları ve genellikle bu duygunun hastaların sağlık durumları karşısında yaşadıkları üzüntü olduğu tanımlanmıştır.

"İlk staj günümde üzüldüğüm anlar oldu." (Katılımcı 3)

".....kendimi kötü hissettim." (Katılımcı 5)

"...kendilerine zarar verebileceğimizi düşünüyorlardı sanırım çok üzüldüm." (Katılımcı 13)

"Onlarla sohbet edince.....onlara üzüldüm." (Katılımcı 16)

"Kapıdan ilk girdiğim an ortamdaki hüznü hissediliyordu." (Katılımcı 19)

### Kaygı

Öğrencilerin ilk gün staj deneyimleri değerlendirildiği bu nitel çalışmada, katılımcıların ilk staj günü olmalarından dolayı bilinmezlik yaşadıkları bu bağlamda kaygı duygusu hissettikleri belirlenmiştir.

"....nasıl yaklaşacağını bilmiyorsun." (Katılımcı 1)

"İçeri girerken attığım her adımda tereddüt vardı." (Katılımcı 6)

"Nasıl hastalarla karşılaşacağımı bilmiyordum birazda tedirgindim." (Katılımcı 8)

"Acaba yapabilir miyim nasıl olacak gibi düşünceleri kafamda cevaplamaya çalışıyordum." (Katılımcı 9)

"..... insana çok farklı duygular uyandırıyor." (Katılımcı 12)

"İlk bakış açım çok tereddüt doluydu." (Katılımcı 15)

"Gitmeden önce endişeliydim acaba yapabilir miyim diye." (Katılımcı 20)

Çalışmada ilk staj günü deneyimleri dışında öğrencilerin stajlarını tamamladıktan sonra, mezun olmadan önce ne hissettiklerini yazmaları istenmiş ve değerlendirmede "Bakış açısı değişikliği, Bilgi artışı, Özgüven ve Olumlu iletişim olmak üzere 4 ana tema tanımlanmıştır.

### Bakış açısı değişikliği

Eğitim süreçlerinde stajlarını tamamlayan öğrencilerin hissettiklerini değerlendirdiğimizde karşımıza, öğrencilerin hastalara/mesleğe karşı bakış açılarının ve yaklaşımlarının değiştiği ayrıca merhamet duygularının arttığı sonuçları çıkmıştır.

"Duygusal değil objektif yaklaşmam gerektiğini öğrendim." (Katılımcı 1)

"İnsanlara karşı yaklaşımımızı da çok etkiledi bu günler." (Katılımcı 3)

"İnsanlara karşı yaklaşımımın değiştiğine inanıyorum." (Katılımcı 4)

"Bakış açımın değiştiğini hissediyorum. Hastalara karşı merhametle bakmamı sağladı." (Katılımcı 8)

### Bilgi artışı

Mezun olmadan önce öğrencilerin son staj sonrası deneyimledikleri sorulduğunda, meslek hayatına atılmak bazı tedirginlik hisseleri yaratmasına karşın, bilgi artışı yaşadıkları ve çok şeyi öğrendikleri hislerini yaşadıkları belirlenmiştir.

"Birçok şey öğrettiğini düşünüyorum." (Katılımcı 3)

"Öğrenebileceğim her şeyi öğrendim." (Katılımcı 4)

"Neler yapabileceğim konusunda fikir sahibi oldum." (Katılımcı 7)

"2 yıl bana çok şey kattı." (Katılımcı 9)

"Psikolojik olarak da çok şey öğrendim." (Katılımcı 10)

"Çok şey öğrendik." (Katılımcı 11)



*"Meslek hayatına atılacağımı bilmek tedirgin etmiyor değil. İlk gün ile son gün arasında büyük farklar var en büyüğü bilgi." (Katılımcı 13)*

*"Uygulamam öğrenmemi kolaylaştırdı." (Katılımcı 15)*

*"Çok şey öğrendim." (Katılımcı 17)*

*"Bilmediğim çok şeyi öğrendim." (Katılımcı 19)*

### **Özgüven**

Son staj duygularını yansıtan, öğrencilerin yazdıkları dokümanlar değerlendirildiğinde, öğrencilerin tecrübe, mutluluk ve mesleğe karşı olumlu duyguları ile birlikte özgüven hislerinin olduğu belirlenmiştir.

*"Artık kendimden eminim." (Katılımcı 5)*

*"Bu mesleği çok sevdim." (Katılımcı 6)*

*"Tecrübem oldu." (Katılımcı 7)*

*"El becerimin geliştiğini fark ettim. Girişimlerde artık tereddüt etmiyorum." (Katılımcı 12)*

*"Mutlu olma sebebimiz meslek hayatına yönelik." (Katılımcı 14)*

*"İyi bir sağlık çalışanı olmaya hazırım." (Katılımcı 18)*

*"Stajlarımız bize birer tecrübe oldu." (Katılımcı 20)*

### **Olumlu iletişim**

Stajını tamamlayan öğrenciler mezun olmadan önce staj deneyimlerini paylaşırken dinleme ve olumlu iletişim geliştirdiklerini ifade etmişlerdir.

*"Hastaları dinlemek gerektiğini düşünüyorum. Birileri tarafından dinlenmek her insana güven sağlar." (Katılımcı 2)*

*"Güzel olan değişiklik istisnasız sabır oldu. ... bizde o duruma gelebileceğimizi düşünerek hastalara muamele etmeliyiz." (Katılımcı 9)*

*"Staj sayesinde insanlarla iletişimimi geliştirdim." (Katılımcı 16)*

### **Tartışma**

Hizmet ve diğer sektörlerde deneyimli ve tecrübeli ara eleman yetiştirmek amacıyla kurulan

meslek yüksekokulları, teorik ve uygulamalı eğitimleri bir arada sunan kurumlardır. Bu tecrübeyi kazanmada etkili olan klinik uygulamalar eğitim öğretimin tamamlayıcısı niteliindedir (18).

Öğrenciler klinik uygulamalarının ilk gün sonunda korku ve heyecan-mutluluk yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamıza benzer yaşlı bakım öğrencilerinin klinik deneyimlerini tanımlayan niteliksel bir çalışmaya rastlamadık. Ancak sağlık alanının farklı bölümlerindeki öğrencilerle yapılan çalışmalar ile bizim bulgularımız benzerlik göstermektedir. Hemşirelik bölümü öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin %68.3'ü deneyim yaşamaktan korkmakta, %50.8'i de heyecan yaşadığını ifade etmektedir (19). Halk sağlığı dersi klinik uygulamalarındaki hemşire öğrencileri ile yapılan nitel başka bir çalışmada da öğrencilerin uygulamalarda kişilerle iletişim kurmaktan mutlu oldukları belirlenmiştir (20).

Bu duygu deneyimlerinin yanı sıra çalışmamızdaki öğrencilerin ilk uygulama günü sonrası üzüntü ve kaygı gibi duyguları da deneyimledikleri belirlenmiştir. Hemşire öğrencilerle yapılan bir çalışmada da, ilk defa hasta üzerinde uygulama yapacak olmanın öğrencilerde anksiyete yarattığı bulunmuştur (21). Çalışma bulgularımıza benzer başka bir çalışma da klinikteki ilk deneyimin öğrencilerde kaygı ve stres düzeylerini yükselttiği belirlenmiştir (22). Başka bir çalışmada ise ebellek ve hemşirelik öğrencilerinin ilk staj deneyiminde ortalamanın üstünde stres düzeyine ulaştıkları bulunmuştur (16). Yine ebellek öğrencilerinin stajlarının orta döneminde yapılan nitel bir çalışmada, öğrencilerin ciddi düzeyde stres yaşadıkları belirtilmiştir (23).

Öğrencilerin klinik uygulamalar sonrası geliştirdiği özgüven, iyi bakım sağlamada gerekli ve önemli bir kriterdir (24). Yaşlı bakım öğrencilerinin son klinik uygulama sonrası deneyimledikleri duygulara baktığımızda, mesleğe karşı olumlu bakış açısı sergiledikleri, kazandıkları tecrübe ile özgüvenlerinin arttığı belirlenmiştir. Hemşirelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin staj sonrası karar verme düzeylerine bakılmış ve stajın öğrencilerin karar verme eyleminde olumlu etki oluşturduğu bulunmuştur (25). Önlisans eğitim gören farklı yedi bölümde okuyan öğrencilerle yapılan bir çalışmada kamu

sektöründe staj gören öğrencilerin %56.3'ü stajın mesleki tecrübe kazandırmada etkili olduğunu ifade etmişlerdir (8). Başka bir çalışmada ise öğrencilerin staj devamında hastalara verdikleri bakımın olumlu geri dönüşlerini görmeleri mesleklerine olan sevgiyi artırdığı bulunmuştur (21).

Hastalar için gerekli olan güvenli ve yüksek kaliteli bakımın sağlanması önemlidir ve öğrenciler klinik deneyimler ile teorik bilgiyi pratik bilgiyle entegre edebilir (26). Çalışmamızda son uygulama günü sonrasında karşımıza çıkan bir diğer tema ise bilgi artışı deneyimidir. Tuygar (2016) da, staj sonrası öğrencilerin bilinç ve bilgi düzeylerinde olumlu yönde farklılık olduğu ve bu artışın mesleki uygulamalarda oldukça faydalı olacağı sonucuna ulaşmıştır (18). Diğer bir çalışma sonucunda ise hemşire öğrencilerin klinik deneyimden sonra fiziksel değerlendirme becerilerinde önemli düzeyde artış olduğu bulunmuştur (26).

Yaşlı bakım öğrencilerinde deneyimlenen diğer duygular ise uygulama sonrası olumlu iletişim geliştirdikleri ve hastalara/mesleğe karşı bakış açılarının değiştiğidir. Farklı alanlardaki meslek yüksekokulunda okuyan öğrencilerle yapılan bir çalışmada staj sonrası öğrencilerin %59.3'ünün okula ve mesleğe karşı ilgilerinin arttığı belirlenmiştir (13). İşletme bölümü öğrencileriyle yapılan bir çalışma ise stajın iş dünyasına karşı içgörü sağlamada yararlı olduğu tespit edilmiştir (27). Hemşire öğrenciler ile yapılan bir çalışmada ise klinik uygulama memnuniyeti yaşayan öğrencilerin hemşirelik imajlarının pozitif yönde değiştiği belirlenmiştir (28).

### Sonuç

Yaşlı bakım bölümünde okuyan öğrencilerin ilk klinik uygulama sonrası deneyimledikleri duygular, korku, heyecan-mutluluk, üzüntü ve kaygı şeklinde iken son klinik uygulama sonrası özgüven, bilgi artışı, olumlu iletişim ve bilgi artışı duygularını deneyimledikleri belirlenmiş ve stajın öğrenciler üzerinde olumlu değişim yarattığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu bağlamda çalışma sonucunda, mesleğe karşı deneyimlenen olumlu duyguların sürdürülebilmesi için, eğitim sürecinde klinik uygulamalara, işe başlangıçta da oryantasyon süreçlerine ilgi ve desteğin artırılması önerilmektedir.

**İletişim:** Burcu Genç Köse

**E-posta:** burcu.kose@erdogam.edu.tr

### Kaynaklar

1. Benli AR, Acar E. Yaşlı bakım teknikerliği bölümü son sınıf öğrencilerinin mesleklerine yönelik kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörler. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi 2017; 6: 2512-2521.
2. Türkiye İstatistik Kurumu. [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1027](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1027). Erişim tarihi: 09.03.2020.
3. Aşiret GD. Yaşlanma ile ilgili kavramlar ve teoriler. In: Kapucu S, ed. Geriatri Hemşireliği, 1. basım. Ankara: Hipokrat Kitapevi, 2019: 34-792.
4. Karadağ G, Uçan Ö. Hemşirelik eğitimi ve kalite. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006; 1: 42-51.
5. Saruhan G, Kiraz EDE, Ergin F, Beşer E, Başaloğlu H. Yaşlı bakım teknikerliği programı: yeni bir meslek dalı için öğrencilerin beklentileri. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2013; 14: 19-23.
6. Can R, Işık MT, Erenoğlu R, Tambağ H, Halıdı G. Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu yaşlı bakımı bölümünde okuyan öğrencilerin yaşlılara yönelik tutumlarının belirlenmesi. Türkiye Biyoetik Dergisi 2019; 6: 13-25.
7. Kahraman S. Erkek öğrenci hemşirelerin halk sağlığı stajında yaşadıkları endişe ve deneyimler: Şanlıurfa örneği. Turkish Journal of Public Health 2013; 11: 207-211.
8. Duran Y, Dolmacı N. Ön lisans düzeyinde öğrenim gören öğrencilerin zorunlu staj uygulamasına ilişkin görüşleri, sorunları ve çözüm önerileri: Isparta Meslek Yüksekokulu örneği. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2017; 9: 254-267.
9. Tektaş N, Yayla A, Sarıkaş A, Polat Z, Tektaş M, Öz Ceviz N. Ön lisans öğrencilerinin staj uygulamalarının değerlendirilmesi: Marmara Üniversitesi örneği. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi 2016; 5: 310-318.
10. Yalçınkaya B, Saydam V. Staj süreçlerinin öğrencilerin mesleki beklentilerine etkisi: Marmara Üniversitesi bilgi ve belge yönetimi bölümü üzerine bir inceleme. Arşiv Dünyası Dergisi 2017; 20: 1-20.
11. Kaphagawani NC, Useh U. Analysis of nursing students learning experiences in clinical practice: literature review. Studies on Ethno-Medicine 2013; 3: 181-185.
12. Titrek O, Hakkakul MA, Varlı S. Hemşirelik bölümü staj uygulamalarının etkililik düzeyine ilişkin öğrenci ve rehber hemşirelerin görüşleri. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2015; 15: 264-280.

13. Polat Z, Sarıkış A, Öz Ceviz N, Tektaş N, Yayla A, Tektaş M. Ön lisans öğrencilerinin dönem arası yaptıkları stajın akademik başarılarına etkisinin incelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi* 2018; 7: 1-7. 20.
14. Öztürk YE, Kırac R. Sağlık yönetimi öğrencilerinin staj eğitimi konusundaki görüşlerini belirlemeye yönelik bir araştırma. *International Anatolia Academic Online Journal* 2019; 14-29.
15. Kürtüncü M, Çınar N, Kahriman İ, Demirbağ BC. Hemşirelik öğrencilerinin çocuk onkoloji kliniğindeki deneyimleri: niteliksel çalışma. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* 2017; 4: 8-15.
16. Atay S, Yılmaz F. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin ilk klinik stres düzeyleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011; 14: 32-37.
17. Gül M, Gül G, Katrancı N. Sağlık uygulamalarına ilk adımda hemşirelik öğrencilerinin kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *Sağlık Çalışanlarının Sağlığı 5. Ulusal Kongresi*. 24-25 Ekim 2015, Ankara. 292-293.
18. Tuygar ŞF. Paramedik programı öğrencilerinin yaz stajı hakkındaki görüşlerinin incelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2016; 6: 92-100.
19. Bayar K, Çadır G, Bayar B. Hemşirelik öğrencilerinin klinik uygulamaya yönelik düşünce ve kaygı düzeylerinin belirlenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2009; 8: 37-42.
20. Altunkürek ŞZ, Babat S. Experiences field application of intern nursing students in public health internship: A qualitative study. *Gülhane Faculty of Medicine* 2019; 61: 11-15.
21. Sarıgöl Ordin Y, Bilik Ö, Turhan Damar H, Çelik B. Cerrahi kliniklerdeki hemşirelik öğrencilerinin yansıtma raporlarından elde edilen öğrenme deneyimleri. *Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi* 2018; 6: 106-120.
22. Baysan Arabacı L, Akın Korhan E, Tokem Y, Torun R. Hemşirelik birinci sınıf öğrencilerinin ilk klinik deneyim öncesi-sırası ve sonrası anksiyete ve stres düzeyleri ve etkileyen faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2015; 1-16.
23. Bradshaw C, Tighe SM, Doody O. Midwifery students' experiences of their clinical internship: A qualitative descriptive study. *Nurse Education Today* 2018; 68: 213-217.
24. Jamshidi N, Molazem Z, Sharif F, Torabzadeh C, Kalyani MN. The challenges of nursing students in the clinical learning environment: A qualitative study. *The Scientific World Journal* 2016; 1-7.
25. Mohamed MF, Elsayed SG, Mohamed TR, Abdelrazek F. Internship and clinical decision making combined with critical thinking disposition among nursing students. *The 3rd International Scientific Conference "Innovations and Evidence Based Practices in Nursing"*. 20th April 2017, by Faculty of Nursing, Port Said University, Egypt.
26. George TP, DeCristofaro C, Murphy PF. Self-efficacy and concerns of nursing students regarding clinical experiences. *Nurse Education Today* 2020; 90: 1-6.
27. Rothman M, Sisman R. Internship impact on career consideration among business students. *Education + Training* 2016; 58: 1003-1013.
28. Kim MO, Cha JA. Convergence relationship between clinical practice stress after gerontological nursing practice, clinical practice satisfaction and nursing image of nursing college students. *Journal of Digital Convergence* 2018; 16: 247-256.

# İzmir'deki Aile Hekimliği Asistanlarının Çocuk İstismarı ve İhmali Konusundaki Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

## Assessment of Level of Information of Family Medicine Assistants in İzmir on Child Abuse and Child Neglect

Araştırma



Research

Elif Çetin<sup>1</sup>, Esra Meltem Koç<sup>2</sup>, Hilal Aksoy<sup>3</sup>

DOI: 10.17942/sted.781875

Geliş/Received : 17.08.2020

Kabul/Accepted : 18.02.2021

### Öz

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı çocuk istismar ve ihmali konusunda İzmir'deki aile hekimliği araştırma görevlilerinin bilgi düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı kesitsel tipte olan bu çalışma 15.04.2018–15.10.2018 tarihleri arasında İzmir ilinde aile hekimliği asistanlık eğitimi veren dört hastanede gerçekleştirilmiştir. Çalışmada 17 soruluk sosyodemografik veri anketi ve hekimlerin çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla "Çocuk İstismarı ve İhmali Bilgi Testi" kullanılmıştır. İstatistiksel analiz SPSS Statistics ver. 22.0 programı ile yapıldı. İstatistiksel analiz sonuçlarının değerlendirilmesinde  $p < 0,05$  anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edildi.

**Bulgular:** Çalışmaya 88'i (%67,7) kadın, 42'si (%32,3) erkek olmak üzere toplam 130 aile hekimliği araştırma görevlisi katıldı. Katılımcıların yaş ortalaması  $27,8 \pm 2,5$  idi. Tıp fakültesinde çocuk istismarı ve ihmali eğitimi alanların ortalama puanı ( $35,1 \pm 3,7$ ) tıp fakültesinde çocuk istismarı ve ihmali eğitimi alamayanların ortalama puanına ( $32,7 \pm 7,0$ ) göre daha yüksek bulundu. Çalışmamıza katılan asistanlardan 19'u (%14,6) meslek hayatı boyunca çocuk istismar vakası tespit ettiği ve tespit eden hekimlerin %78,9'unun en çok "bildirim yapma ve yasal süreç" konusunda zorlandıkları belirlendi. Çalışmamızdaki hekimlerin %50,7'sinin çocuk istismarı ve ihmali hakkında kendilerini yetersiz gördüğü, 126'sinin (%96,9) çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgilendirme ihtiyacı duyduğu saptandı. Kadınların "Çocuk İstismarı ve İhmali Bilgi Testi"nden aldıkları ortalama puan ( $34,7 \pm 4,9$ ) erkeklerin ortalama puanına ( $31,8 \pm 7,0$ ) göre daha yüksek saptandı ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $p=0,014$ ).

**Sonuç:** Aile hekimleri biyopsikososyal yaklaşım modeli ile önemli bir halk sağlığı sorunu olan çocuk ihmali ve istismarı ile mücadelede üzerine düşen görevlerini yerine getirmelidir. Aile hekimlerinin bu görevi etkin ve etkili bir şekilde yerine getirebilmeleri için, mezuniyet öncesi ve sonrasında gerekli eğitimler verilerek bu konudaki bilgi ve duyarlılık düzeyleri artırılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Çocuk istismarı, Çocuk ihmali, Aile hekimliği, Çocuk gelişimi

### Abstract

**Objective:** The objective of the study is to identify the level of information of family medicine research assistants in İzmir about child abuse and neglect and associated factors.

**Material and Methodology:** This descriptive and cross-sectional study was conducted in the period 5.04.2018–15.10.2018 in 4 hospitals in İzmir province delivering education in assistantship in the branch of Family Medicine. The survey used a sociodemographic data questionnaire with 17 questions and "Child Abuse and Neglect Knowledge Test" to assess the level of information on child abuse and neglect. Statistical analysis was made by using SPSS Statistics Dev. 22.0 programme. In evaluating the outcomes of statistical analysis  $p < 0.05$  was adopted as indicator of statistical significance.

**Findings:** Participants were 130 family medicine research assistants of whom 88 were women (67.7%) and 42 were men (32.3%). Their average age was  $27.8 \pm 2.5$ . The average score of those who received education in child abuse and neglect in their faculties of medicine ( $35.08 \pm 3.74$ ) was found as higher than others who did not ( $32.73 \pm 7.0$ ). 19 of research assistants participating to our survey (14.6%) said they had come across cases of child abuse in their professional life and of these participants 78.9% said the most troublesome part of their experience was related to "reporting and legal process." The study shows that 50.7% of physicians consider themselves "insufficient" in matters related to child abuse and neglect and 126 (96.9%) of them need to be informed. The average score of women in "Child Abuse and Neglect Knowledge Test" ( $34.75 \pm 4.95$ ) is higher than the average score of men ( $31.8 \pm 7.0$ ) which is statistically significant ( $p=0.014$ ).

**Conclusion:** Through a biopsychosocial model of approach, family physicians must fulfil their part in combat against child abuse and neglect which is an important public health problem. For family physicians to perform their tasks in this field actively and effectively, it is necessary to provide necessary education and training at graduate and post-graduate levels to uplift the level of knowledge and sensitivity.

**Key words:** Child abuse, Child neglect, Family physician, Child development

1 Uzm. Dr.; İzmir Katip Çelebi Ü. Tıp Fak. Aile Hekimliği AD, İzmir (Orcid No: 0000-0001-5207-2565)

2 Doç. Dr.; İzmir Katip Çelebi Ü. Tıp Fak. Aile Hekimliği AD, İzmir (Orcid No: 0000-0003-3620-1261)

3 Öğr. Gör. Dr.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Aile Hekimliği AD, Ankara (Orcid No: 0000-0002-3330-9317)

## Giriş

Çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen, bir yetişkin tarafından bilerek ya da bilmeyerek yapılan davranışların tümü Dünya Sağlık Örgütü tarafından çocuk istismarı ve ihmali olarak tanımlanmıştır. Tanım aynı zamanda çocuğun istismar ya da kötü muamele olarak algılamadığı ya da yetişkinlerin istismar olarak kabul etmediği tutum ve davranışları da kapsamaktadır (1). Kısacası yetişkin kişinin niyeti değil, eylemin çocuk üzerindeki etkileri esas alınmıştır (2).

Çocuk ihmal ve istismarı ne yazık ki son yıllarda dünyada sorun olarak algılanmaya başlamış ve önem kazanmıştır. Türkiye’de çocuk istismarı son 20 yılda yaygın olarak toplumsal sorun olarak kabul edilmeye başlanmıştır (3).

18 yaş altındaki herkesin yasalarımıza göre çocuk olarak kabul edildiği ülkemizde çocuk istismarı sakatlıklara, ciddi yaralanmalara hatta ölümlere neden olabilen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yalnız tıbbi değil hukuki ve sosyal açıdan da üzerinde durulması gereken bir konudur (2).

Toplumun temel yapıtaşını oluşturan ailede yer alan çocukların sağlıklı ve güvenilir bir ortamda yetişmeleri toplumun sağlam temeller üzerine oturmasını ve ileriye yönelik gelişmesini sağlayacaktır. Olumsuz tutum ve davranışlara maruz kalmış çocukların topluma yeniden kazandırılabilmesi için onlara daha fazla özen gösterilmesi gerekmektedir (4).

Hekimlerin ve sağlık personelinin çocuk istismarının tanı ve tedavisinde etik, ahlaki ve hukuki sorumlulukları vardır. İstismara uğrayan, iyi bir değerlendirme yapılmadan eve gönderilen çocukların daha sonra %5-10’unun öldürüldüğü, %35-50’sinin ciddi zarara uğradığı gözlenmiştir. Minor istismar şekilleri tanınmazsa daha ağır istismarlar kaçınılmaz olacağından özellikle acil servislerde çalışan hekimler, aile hekimleri ve pediatristler çocuk istismarının bulgularını bilmelidir (4,5).

Hekimler için tanı ve tedavinin yanı sıra bildirim yükümlülüğü de olan bu sağlık sorununun çözümlenmesinde en akılcı yaklaşım sorun ortaya çıkmadan engellenmesi ve bunun için gerekli önlemlerin alınmasıdır. En kapsayıcı yaklaşım risk

faktörlerinin belirlenmesi, ortadan kaldırılması, kaldırılmadığı durumlarda da önlenmesine yönelik yöntemlerin geliştirilmesidir (6,7). Hukuki açıdan hekimler suçun kanıtlanmasından sorumlu değildir. Sorumlulukları yalnızca çocuk istismarı şüphesi olan her olgunun adli makamlara bildirmektir. İstismar olgularında hekimin rolü doğru raporlamak, çocuğun gelişimsel kapasitesini, hasarı tanımlamak, diğer uzmanlarla iletişim halinde uzun süreli tedavi ve izlemine yapmaktır (8,9).

Bu çalışmada, çocuk istismarı ve ihmali olgularının belirlenmesinde önemli görevler üstlenecek ve birinci basamakta çalışacak olan Aile Hekimliği uzmanlığı asistanlarının konu hakkındaki bilgi tutum ve davranışlarının belirlenmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca aile hekimliği asistanlarının konuya olan ilgilerinin artırılması ve konuyla ilgili eksikliklerin ortaya koyularak ihtiyaç duyulan eğitim programlarının düzenlenmesine katkı sağlamak amaçlandı.

## Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı kesitsel tipte olan araştırma, etik kurul onayı ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü’nden gerekli izinler alındıktan sonra 15.04.2018–15.10.2018 tarihleri arasında İzmir ilinde Aile Hekimliği Anabilim Dalı’nda asistanlık eğitimi veren dört ayrı anabilim dalı ve klinikte yürütüldü. Çalışmanın evrenini toplam 184 aile hekimliği asistanı/araştırma görevlisi oluşturmaktadır. Örnek büyüklüğü %80 güç, %5 hata payı, %50 bilinmeyen sıklık ve %5 sapma olarak alındığında en az 125 asistan hekim olarak hesaplandı.

Veriler anket yöntemiyle toplandı. Kullanılan anket iki bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk bölümünde hekimlerin demografik özellikleri ile bilgi toplamak için düzenlenmiş 17 sorudan oluşan sosyodemografik veri anketi, ikinci bölümüne ise 50 sorudan oluşan “Çocuk İstismarı ve İhmali Bilgi Testi (ÇİİB-T)” yer almakta idi. Bu test Altan ve arkadaşları tarafından Türkiye’de geliştirilmiş ve geçerlilik –güvenirlilik testleri yapılmış 50 sorudan oluşan bir bilgi testidir. Her doğru cevap için 1 puan, toplam en fazla 50 puan olacak şekilde puanlama yapılmaktadır. Çoktan seçmeli bilgi testi 5 seçenekli olup, toplam 50 puan üzerinden değerlendirilmektedir. Konu başlıklarına göre soruların dağılımı; 1-8 arası sorular fiziksel istismar, 9-13 arası sorular

çocuğun ihmali, 13-17 arası sorular çocuğun gelişim basamakları ve sınırlar, 18-22 arası sorular cinsel istismar, 23-27 arası sorular istismarın hukuksal yönü, 28-31 arası sorular çocuğun ruhsal ve sosyal gelişimi, 32-38 arası sorular ergenlik ve adölesanla iletişim, 39-40 arası sorular sosyal hizmetin bütüncül yaklaşımı, 41-42 arası sorular cinsel istismarın adli ve tıbbi değerlendirilmesi, 43-46 arası sorular çocuk istismarı risk faktörleri, 47-48 arası sorular çocuğun korunması, 49-50 arası sorular duygusal istismar ile ilgilidir.

Araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve araştırmanın yapıldığı tarihler arasında izinli olan, başka bölümlerde rotasyonda olan ve anket formunu uygun şekilde doldurmayan asistanlar çalışma dışı bırakıldı.

İstatistiksel analiz için SPSS v.22 programı kullanıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov Smirnov testleri) incelendi. Çalışmada toplanmış olan verilerden sayısal olanlar ortalama, ortanca, standart sapma, değer aralığı; kategorik veriler ise oran, yüzde gibi tanımlayıcı yöntemlerle ifade edildi. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunlukları grafiksel olarak ve Shapiro–Wilk, Kolmogorov Smirnov testi ile incelendi. Tanımlayıcı istatistikler sürekli değişkenler için normal dağılıma bağlı olarak ortalama  $\pm$  standart sapma ya da ortanca (ÇAG – Çeyreklikler Arası Genişlik, IQR – Interquartile Range) ile gösterildi. Sürekli değişkenleri normal dağılıma bağlı olarak student's t testi ya da Mann-Whitney U testi; kategorik değişkenler ki-kare testi ile değerlendirildi. İstatistiksel analiz sonuçlarının değerlendirilmesinde  $p < 0,05$  anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edildi.

### Bulgular

Çalışma için toplam 136 araştırma görevlisine ulaşıldı ve çalışmaya katılmayı kabul eden ve anketleri eksiksiz dolduran 130 araştırma görevlisi çalışmaya alındı. Katılımcıların 88'i (%67,7) kadın, 42'si (%32,3) erkekti. Katılımcıların yaşları 24 ile 36 arasında değişmekte olup yaş ortalaması  $27,8 \pm 2,5$  yaş olarak hesaplandı. Çalışmaya katılan asistanlara ait sosyodemografik özellikler Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1.** Çalışmaya katılan asistanların sosyodemografik özellikleri

Çalışmaya katılan aile hekim asistanları	Asistan sayısı	Yüzde %
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	88	67,7
Erkek	42	32,3
<b>Yaş</b>		
30 yaş altı	95	73,1
30 yaş ve üzeri	35	26,9
<b>Meslek süresi</b>		
5 yıl	89	68,5
5 yıl ve üzeri	41	31,5
<b>Asistanlık yılı</b>		
1. yıl asistanı	71	54,6
2. yıl asistanı	33	25,4
3. yıl asistanı	26	20
<b>Çalıştığı kurum</b>		
Eğitim araştırma hastanesi	64	50,8
Üniversite hastanesi	66	48,2

Çalışmaya katılan 59 (%45,4) asistan tıp fakültesi eğitimleri sırasında çocuk istismarına yönelik eğitim aldığını, 71 (%55,6) asistan ise tıp fakültesi eğitimleri sırasında çocuk istismarına yönelik eğitim almadığını belirtti. Tıp fakültesinde Çocuk İstismarı ve İhmali (ÇİVi) eğitimi alanların ortalama ders süresi  $3,5 \pm 2,8$  saat olarak saptandı. Çalışmaya katılan asistanlardan 38'i (%29,2) tıp fakültesinden mezun olduktan sonra çocuk istismarı konusunda eğitim aldığını, 92'si (%70,8) ise tıp fakültesi mezuniyeti sonrasında çocuk istismarı konusunda herhangi bir eğitim almadığını belirtti. Mezuniyet sonrası ÇİVi konusunda eğitim aldığını belirtenlerin ortalama ders süresi  $3,3 \pm 3,9$  saattir.

Çalışmaya katılan asistanların 19'u (%14,6) meslek hayatı boyunca çocuk istismar vakası tespit ettiğini, 111'i (%85,4) ise daha önce hiç çocuk istismarı vakası tespit etmediğini belirtti. Vaka tespit eden asistanların 1'i (%10,5) bildirim yapmadığını, 12'si (%63,2) adli rapor tuttuğunu ve 5'i (%26,3) polise haber verdiğini bildirdi.

Çocuk istismarı vakası tespit eden asistanlara en çok hangi konularda zorlandıkları sorulduğunda,

**Tablo 2.** ÇİİB-T'teki soruların konulara göre dağılımı ve doğru yanıtlanma durumu

Konu	Soru No	n (%)
Fiziksel istismar	Soru 1	70 (53,8)
	Soru 2	123 (94,6)
	Soru 3	109 (83,8)
	Soru 4	113 (86,9)
	Soru 5	19 (14,6)
	Soru 6	119 (91,5)
	Soru 7	54 (41,5)
	Soru 8	109 (83,8)
İhmal	Soru 9	68 (52,3)
	Soru 10	116 (89,2)
	Soru 11	95 (73,1)
	Soru 12	109 (83,8)
Gelişim basamakları ve sınırlar	Soru 13	101 (77,7)
	Soru 14	112 (86,2)
	Soru 15	121 (93,1)
	Soru 16	90 (69,2)
	Soru 17	60 (46,2)
Cinsel istismar	Soru 18	122 (93,8)
	Soru 19	72 (55,4)
	Soru 20	114 (87,7)
	Soru 21	85 (65,4)
	Soru 22	79 (60,8)
İstismarın hukuksal yönü	Soru 23	19 (14,6)
	Soru 24	37 (28,5)
	Soru 25	98 (75,4)
	Soru 26	113 (86,9)
Çocuğun ruhsal ve sosyal gelişim soruları	Soru 27	18 (13,8)
	Soru 28	96 (73,8)
	Soru 29	98 (75,4)
	Soru 30	109 (83,8)
	Soru 31	113 (86,9)
	Soru 32	117 (90)
Ergenlik, cinsel kimlik, adölesanla iletişim	Soru 33	109 (83,8)
	Soru 34	107 (82,3)
	Soru 35	95 (73,1)
	Soru 36	93 (71,5)
	Soru 37	120 (92,3)
	Soru 38	118 (90,8)

**Tablo 2'nin devamı:** ÇİİB-T'teki soruların konulara göre dağılımı ve doğru yanıtlanma durumu

Konu	Soru No	n (%)
Sosyal hizmet yaklaşımı	Soru 39	14 (10,8)
	Soru 40	7 (5,4)
Cinsel istismar adli, tıbbi değerlendirilmesi	Soru 41	74 (56,9)
	Soru 42	20 (15,4)
Çocuk istismarı risk faktörleri	Soru 43	104 (80)
	Soru 44	45 (34,6)
	Soru 45	63 (48,5)
Çocuğun korunması	Soru 46	109 (83,8)
	Soru 47	112 (86,2)
Duygusal istismar	Soru 48	103 (79,2)
	Soru 49	98 (75,4)
	Soru 50	125 (96,2)

asistanların 15'i (%11,5) bildirim yapmadaki yasal süreçte, 11'i (%8,5) öykü - anamnez almada, 9'u (%6,9) fizik muayenede, 7'si (%5,4) rapor - kayıt tutmada zorluk yaşadığını, 1 kişi ise zorluk yaşamadığını belirtti. Asistanlar çocuk istismarı olgularının bildirim konusunda en çok zorlandıkları konunun 'yasal süreç' olduğunu belirtti.

Çalışmaya katılan asistanların 8'i (%6,2) ÇİVİ konusunda kendini yeterli gördüğünü, 56'sı (%43,1) ÇİVİ konusunda kendini kısmen yeterli gördüğünü, 54'ü (%41,5) kendini yeterli görmediğini, 12'si (%9,2) hiç yeterli görmediğini belirtti.

Çalışmaya katılan asistanlara ÇİVİ hakkında bilgilendirme gereksinimi sorulduğunda 126'sı (%96,9) bilgilendirme ihtiyacı duyduğunu, 4'ü (%3,1) bilgilendirme ihtiyacı duymadığını ifade etti. Asistanların ÇİİB-T'ten aldıkları ortalama puan  $33,8 \pm 5,8$  (minimum 10-maksimum 42 puan) olarak hesaplandı.

ÇİİB-T'teki 50. soru doğru cevaplanma durumu en yüksek olan (%96,2), 40. soru doğru cevaplanma durumu en düşük olan (%5,4) soruydu. Soruların konulara göre dağılımı ve doğru yanıtlanma durumu Tablo 2'de verilmiştir.

Katılımcıların ÇİİB-T'te aldıkları ortalama puanlar, sosyodemografik özelliklerine göre

**Tablo 3.** Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre bilgi düzeylerinin karşılaştırılması

Özellikler		n	Aritmetik ortalama $\pm$ standart sapma	Medyan (min.-max.)	p
Cinsiyet	Kadın	88	34,7 $\pm$ 4,9	36(15-42)	0,014
	Erkek	42	31,8 $\pm$ 7,0	33(10-40)	
Yaş	30 yaş altı	95	34,2 $\pm$ 5,8	36(10-42)	0,101
	30 yaş ve üzeri	35	32,7 $\pm$ 5,9	34(17-42)	
Meslek süresi	5 yıl	89	34,1 $\pm$ 5,8	36(10-42)	0,262
	5 yıl ve üzeri	41	33,1 $\pm$ 6,0	34(16-42)	
Asistanlık yılı	İlk 1 yıl asistanı	71	34,5 $\pm$ 5,6	36(10-42)	0,172
	2. yıl asistanı	33	32,9 $\pm$ 6,6	35(13-42)	
	3. yıl asistanı	26	33,0 $\pm$ 5,5	34(16-40)	
Çalıştığı kurum	Eğitim araştırma hastanesi	64	33,4 $\pm$ 5,5	35(13-41)	0,220
	Üniversite hastanesi	66	34,1 $\pm$ 6,2	36(10-42)	

karşılaştırıldığında cinsiyete göre aldıkları ortalama puanlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulundu ( $p=0,014$ ). Kadınların ortalama puanı ( $34,7\pm 4,9$ ), erkeklerin ortalama puanına ( $31,8\pm 7,0$ ) göre daha yüksektir. 30 yaşın altındaki hekimlerin ortalama puanı ( $34,2\pm 5,8$ ) 30 yaş ve üzerindeki hekimlerin ortalama puanına ( $32,7\pm 5,9$ ) göre daha yüksektir. Yaşa göre aldıkları ortalama puanlar kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadı ( $p=0,101$ ). 5 yılın altında hekimlik tecrübesine sahip asistanların ortalama puanı ( $34,1\pm 5,8$ ) 5 yıl ve üzerinde hekimlik yapmakta olanların ortalama puanından ( $33,1\pm 6,0$ ) yüksektir. Asistanlıklarının ilk yılında olanların ortalama puanı ( $34,5\pm 5,6$ ) ikinci yılında ( $32,9\pm 6,6$ ) ve üçüncü yılında ( $33,0\pm 5,5$ ) olan asistanların ortalama puanından daha yüksektir. Asistanların meslekte çalışma süresine göre aldıkları ortalama puan kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadı ( $p=0,172$ ). Çalıştığı kuruma göre aldıkları ortalama puanlar kıyaslandığında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadı ( $p=0,220$ ). Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre aldıkları ortalama puanların karşılaştırılması Tablo 3'te verilmiştir.

Tıp fakültesinde ÇİVİ eğitimi alanların ortalama puanı ( $35,1\pm 3,7$ ) tıp fakültesinde ÇİVİ eğitimi alamayanların ortalama puanına ( $32,7\pm 7,0$ ) göre daha yüksektir. Tıp fakültesinde ÇİVİ eğitimi alma

ve almama durumuna göre ortalama puanlarda istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p=0,172$ ). Mezuniyet sonrası ÇİVİ eğitimi alma ve almama durumunda ortalama puanlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılık bulunmadı ( $p=0,172$ ).

Çalışmamızdaki asistanların ÇİVİ hakkında yeterli hissedenlerin ortalama puanı ( $33,0\pm 6,7$ ) ÇİVİ konusunda kendini yetersiz hisseden asistanların ortalama puanına ( $34,6\pm 4,8$ ) göre daha düşük saptandı. Çocuk istismarı ve ihmali konusunda hekimleri kendini yeterli görmesi ya da görememesi durumunda bilgi düzeyleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmadı ( $p=0,344$ ).

### Tartışma

Çocuk istismarı ve ihmali tüm dünya ülkeleri ve kültürleri için ortak bir sorundur. Her yıl 1,6 milyon çocuğun fiziksel, cinsel, duygusal istismarın ya da ihmalin kurbanı olduğu; 1000'den fazla çocuğun bu nedenlerle öldüğü tahmin edilmektedir (10). Yaşanan olayların yeterince bildirilmemesi, tanı konulmasında güçlük yaşanması, inkar edilmesi ve gizlenmesi sorunun önemini daha da artırmaktadır (2). Bu açıdan başvuruların çoğunun ilk yapıldığı yer olması nedeniyle birinci basamak hekimlerinin çocuk istismarının tanısı, tedavisi ve korunmasına ilişkin bilgi ve becerilerinin artırılması önem taşımaktadır.



Ancak literatür incelendiğinde tıp fakültesinde ÇİVİ konusunda eğitim alma oranı yeterli düzeyde olmayıp çalışmamızla uyumlu olarak %40-50 arasında değişmektedir (11,12). Çalışmamızda araştırma görevlilerinin mezuniyet sonrası eğitim alma oranları ise %29,2 olarak tespit edilmiş olup literatürdeki %80'e varan oranlar tespit edilen diğer araştırmalara göre daha düşüktür (11,13,14). Bu sonuç çalışmamızın uzmanlık eğitim sürecinde olan mesleki tecrübeleri daha az, yaş ortalaması düşük hekimler ile yürütülmesi ile açıklanabilir.

Konu hakkında eğitim alınmış olsa dahi yurtiçi ve yurtdışı çalışmalarda hekimlerin böyle bir durum ile karşılaştıklarında en çok yasal süreç konusunda zorluk yaşadıkları belirtilmiştir (11,15,16). Çalışmamıza katılan asistanların yalnızca %14,6'sı meslek hayatı boyunca çocuk istismar vakası tespit etmiştir. Yine bu oran mesleki tecrübelerinin az olmasıyla açıklanabilir. Çalışmamızda da çocuk istismarı vakası tespit eden asistanlara en çok hangi konularda zorlandıkları sorulduğunda, asistanların %11,5'i "bildirim yapma ve yasal süreç" cevabını vermiştir. Bu cevabı "öykü - anamnez alma" ve "fizik muayene" izlemiştir.

Hekimlerin yasal süreç ve bildirim yapmada zorluk yaşaması ve kendini eksik hissetmesi, ÇİVİ vakalarının daha az raporlanmasına ve daha az kayıt tutmasına neden olabilmektedir. Aslında doktorları hekimlik mesleğini icra ederken istismar gibi başka adli olaylarla da karşılaşma durumları hiç de az değildir. Yasal süreçler hakkında hekimlerin mutlaka eğitim alması ve yasalarda

herhangi bir değişiklik meydana geldiğinde de konu hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Hekimlerin yoğun iş yükü arasında hukuksal değişiklikleri takip etmeleri çok mümkün olmamaktadır. Bu nedenle yalnızca hekimler tarafından değil aynı zamanda hukukçular tarafından da hizmet içi eğitimlerin yapılması kurum yöneticileri ve karar vericiler tarafından sağlanması gerektiği kanaatindeyiz.

Gölge ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada hekimlerin %43,8'inin meslek yaşamları süresince ÇİVİ olgusuyla karşılaştıkları saptanmıştır. Gölge'nin yaptığı çalışmada hekimlerin %70,9'unun böyle bir olguyla karşılaştıklarında nasıl bir prosedür izlemeleri gerektiğini bilmediklerini belirtmişlerdir. Hekimlerin %87,5'i bu konuyla ilgili daha fazla bilgi almaları gerektiğini ve %96,4'ü bu konuya yönelik özel profesyonel merkezlerin olması gerektiğini belirtmiştir. Hekimlerin %96,4'ü, çocuk istismarı olgusu ile karşılaştıklarında adli bildirimde bulunacaklarını ifade etmiştir. Bildirimde bulunmayan grup ise gerekçe olarak, yasal sürece ilişkin bilgileri olmadıklarını, başına olumsuz bir şey geleceği endişesi yaşadıklarını, adli makamların ve sosyal servislerin konuyla ilgilenmeyeceklerini düşündüklerini belirtmişlerdir (17).

Solak ve arkadaşlarının çalışmasında aile hekimleriyle yaptığı çalışmada, ÇİVİ vakası ile karşılaşan hekimlere vakaya müdahale konusunda kendilerini nasıl değerlendirdikleri sorulduğunda hekimlerin %27,8'i kendisini yeterli olarak değerlendirmiştir (18). Türker'in çalışmasında kendisini yeterli bulan aile hekimi %46,2 olarak



tespit edilmiştir (14). Kara'nın çalışmasında da daha önce ÇİVİ olgusu ile karşılaşan hekimlerde ÇİVİ konusunda yetersiz kaldıkları ya da zorlandıkları durumlar değerlendirilmiş; hekimlerin bildirim yapmama nedenlerinin başında %78,3 ile ÇİVİ hakkında yeterli bilginin olmayışı gelmiştir (13). Kocaer'in çalışmasında hekimlerin %48,6'sı öğrenimleri sırasında ÇİVİ konusunda eğitim aldıklarını belirtmiş ancak %64,4'ü, aldıkları bu eğitimin yeterli olmadığını ifade etmiştir (19). Lazenbatt ve Freeman'ın İrlanda'da yaptıkları birinci basamak sağlık çalışanlarının farkındalığı çalışmasında, katılımcıların %74,0'i ÇİVİ vakalarının bildirimini bilmelerine karşın, %79'u eğitim gereksinimleri olduğunu belirtmişlerdir (20). Geçmişte yapılmış bu çalışmalarla bulgularımızı karşılaştırdığımızda, öğrenim sırasında verilen eğitimin yıllar içerisinde artış gösterdiğini ancak bu konuda bilgi gereksinimine duyulan ihtiyacın değişmediğini hatta arttığını görmekteyiz. Bu durum verilen eğitimin içeriğinin sağlık çalışanları tarafından yeterli bulunmadığını göstermektedir. Bu yetersizlik, planlı ve etkili verilecek hizmet içi eğitimlerle giderilebilir.

Çalışmamızda katılımcıların ÇİİB-T'nde aldıkları ortalama puanlar karşılaştırıldığında kadınların ortalama puanı ( $34,7 \pm 4,9$ ) erkeklerin ortalama puanına ( $31,8 \pm 7,0$ ) göre daha yüksektir.

Kamiloğlu'nun çalışmasında, kadın hekimlerin ÇİVİ konusundaki bilgi puanı erkek hekimlerden daha yüksek bulunmuştur. Araştırmaya katılan hekimlerin ÇİVİ konusunda bilgi düzeyleri cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (21). Pakiş ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada sağlık çalışanlarının ÇİVİ konusunda bilgi düzeyi kadınlarda önemli ölçüde yüksek bulunmuştur (15). Al-Moosa ve arkadaşlarının Kuveyt'te 117 pediatri hekimi ile yaptıkları çalışmada kadın hekimlerin erkek hekimlere göre çocuk istismarı olgularını daha fazla tanıdığı saptanmıştır (22). Dolayısı ile çalışmamızda cinsiyet faktörüne göre ÇİVİ bilgi düzeyi değerlendirilmesi literatürdeki diğer çalışmalarla uyumludur. Kadın hekimlerin çocuk istismarı konusunda bilgi düzeylerinin farkındalıklarının daha yüksek olması, genellikle kadınların çocuklarla daha fazla zaman geçirmesi, bakımlarıyla daha fazla ilgilenmeleri dolayısı ile onları daha iyi anlamaları ile açıklanabilir.

Çalışmamızda meslek süresi ve asistanlık yılına göre ÇİVİ bilgi düzeyi değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Diğer çalışmaların (13,21) aksine çalışmamızda asistanlık eğitiminin birinci yılında olan hekimlerin ortalama puanının daha yüksek olmasının tıp fakültesinden yakın zamanda mezun olmaları ve son yıllarda tıp fakültelerimizde verilen ÇİVİ eğitimine daha çok önem verilmesi ve sevindirici bir şekilde üniversite hastanelerindeki Çocuk Koruma Merkezi sayılarının giderek artması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda katılımcıların tıp fakültesinde ÇİVİ eğitim alma durumuna göre bilgi puan ortalaması kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ( $p=0,172$ ).

Ancak Bahadır'ın çalışmasında tıp fakültesinde ya da mezuniyet sonrasında istismar konusunda eğitim alan asistanların eğitim almayan asistanlara göre istatistiksel açıdan anlamlı olarak, istismar konusunu daha fazla göz önünde bulundurduğu belirlenmiştir (23). Benzer şekilde Özen ve arkadaşlarının 2017'de yaptığı çalışmada acil serviste çalışan doktor ve hemşirelerin ÇİVİ hakkında eğitim alma durumunun bilgi düzeylerinde belirleyici olduğu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (16). Bu durum ÇİVİ eğitimlerinin, hekimlerin bilgi ve farkındalıklarını artırdığı, günlük klinik pratiklerinde karşılaşacakları ÇİVİ vakalarını tespit etmelerine fayda sağlayacağını düşündürmektedir.

Regnaut' un yaptığı bir çalışmada hekimlerin ÇİVİ vakalarının erken tanısı hakkında çok az bilgiye sahip oldukları, yanlış tanı korkusunun şüpheli vakaların bildirilmesinin önündeki en önemli engel olduğu saptanmıştır (24). Yadav tarafından Kırgızistan'da yapılan bir çalışmada, aile hekimlerinin ÇİVİ hakkındaki bilgi düzeylerinin istenilen düzeyde olmadığı ve birçok hekimin ÇİVİ vakalarını bildirmesi gerektiğinin farkında olmadığı ortaya konmuştur (25). Çocuk istismarı çocuklarda ciddi morbidite ve mortaliteye neden olan sosyal ve tıbbi bir sorundur. Genellikle gizlenme eğilimi olduğundan, çocuk istismarının tanısının konmasında ve ölümcül sonuçların önlenmesinde hekimin farkındalığı, bilgi birikimi ve motivasyonu çok önemlidir. ÇİVİ'nin tanısında hekimler çok önemli bir role sahiptir. Daha önceki araştırmalar, hekimlerin ÇİVİ'yi bildirme

konusunda birçok değişik faktörden etkilendiğini göstermiştir. Bu faktörler arasında ÇİVİ konusu hakkında bilgi ve farkındalık eksiklikleri ön planda yer almaktadır.

Geçmiş yıllarda yapılmış benzer çalışmalarda da sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmalini tanımlamada yetersiz bilgi düzeyine sahip oldukları anlaşılmaktadır. İstismara bağlı minör bulgular ve risk faktörleri bilinemezse daha ağır istismarlar kaçınılmaz olacaktır.

Birinci basamak sağlık sisteminin, sağlık sistemine ilk giriş aşaması olması, bu basamakta görev yapan aile hekimlerinin hastalara ait bilgileri içeren kayıtlara sahip olması, hasta ile uzun dönemli bir ilişki içinde bulunması ve sistemin diğer aşamaları ile bilgi aktarımı gerçekleştirilebilmesi vb. özelliklere sahiptir. Bu nedenle birinci basamak sağlık sisteminde görev yapan aile hekimlerinin ihmal ve istismarı erken dönemde fark etme açısından kritik bir durumda oldukları söylenebilir (26).

Çocukları şiddetten korumada hekimler başta olmak üzere diğer sağlık çalışanları ve pek çok meslekten insanların çabası gereklidir. Birinci basamaktaki hekimlerin çocuk istismarının tanısı, tedavisi ve korunmasına ilişkin bilgi ve becerilerinin artırılması önem taşımaktadır.

Hekimlerin ÇİVİ konusu tıp fakültesi ders müfredatında yeterli düzeyde işlenmeli, hekimlere mezuniyet sonrasında da periyodik olarak düzenlenecek hizmet içi eğitim programları ile anlatılmalı, bu konudaki farkındalık üst düzeyde tutulmaya çalışılmalıdır. ÇİVİ önleme ve tedavi süreçlerinde multidisipliner ekip çalışması gerekmektedir. Çocukla karşılaşan bütün meslek gruplarına konuya ilişkin farkındalık eğitimleri yapılabilir.

Hekimler ÇİVİ olgularının tespitinde ve yönetiminde bazı zorluklarla karşılaşmaktadır. Bu durum şüpheli vakaların bildirim konusunda hekimi isteksiz kılar. Bu nedenle hekimlere güvenli bir çalışma ortamı sağlanmasına ihtiyaç vardır.

**İletişim:** Dr. Hilal Aksoy

**E-posta:** hilal.aksoy35@gmail.com

## Kaynaklar

1. WHO. World Report on Violence and Health; Child Abuse and Neglect by Parents and other Caregivers, Geneva. 2002; 60.
2. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Child abuse and prevention in primary care Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi 2006;15(9):153-7.
3. Güner Şİ, Güner S, Şahan MH. A social and medical problem of children: Abuse. Van Tıp Dergisi 2010;17(3):108-13.
4. Yarar F, Yarış F. Birinci basamakta çocuk istismarı ve ihmaline yaklaşım. Türk Aile Hekimliği Dergisi 2011;15(4):178-83.
5. Bülent KB, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2004;47:140-51.
6. Kılıç A, Özçetin M. Çocuk istismarı ve ihmalini önlemede kanıta dayalı yaklaşımlar. Fırat Tıp Dergisi. 2018;23(3):107-12
7. Ozbaran B, Erermis S, Bukusoęlu N, Bildik T, Tamar M, Ercan E. et al. S. Social and emotional outcomes of child sexual abuse: A clinical sample in Turkey. Journal of Interpersonal Violence 2009;24(9):1478-93
8. Koç EM, Şahin Dağlı F. Çocuk istismarına toplumsal bakış: Aile hekiminin bilinçlendirme ve koruma sorumluluğu. Aile Hekimliğinde Sosyal Psikiyatri ve Toplum Ruh Sağlığı Uygulamaları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.26-30.
9. Kurt S. Çocuk haklarına ilişkin mevzuat ve uygulamalar. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi 2016;36:99-127.
10. Alparslan AH. Çocukluk döneminde cinsel istismar. Kocatepe Tıp Dergisi, Afyonkarahisar, 2014;15(2):194-201.
11. Yaman S. Cumhuriyet Üniversitesi hastanesinde çalışan araştırma görevlisi hekimlerin çocuk istismarı ve ihmal hakkındaki bilgi ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi (uzmanlık tezi). Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2017.
12. Demir H. Edirne ili Aile Sağlığı Merkezlerinde görevli hekimlerin çocuk istismarı ve ihmal hakkında bilgi, farkındalık ve tutumlarının belirlenmesi (uzmanlık tezi). Edirne: Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı.; 2012.
13. Kara Ö. Ankara ilinde görev yapan pediatri asistanları, uzmanları ve pratisyen hekimlerin çocuk istismarı ve ihmal konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması (uzmanlık tezi). Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2010.
14. Türker G. Aile Hekimleri, hemşire ve ebelerin çocuk istismarı ve ihmal konusunda farkındalık düzeyleri : Burdur örneği. (yüksek lisans tezi). Konya; 2017.
15. Pakiş İ, Demir F, Bektaş G, Altun U, Yıldırım S.

- Investigation of the awareness and knowledge about child abuse and negligence among doctors and nurses working in the east part of turkey. Rom. J. Leg. Med 2015; 23(2):151–6.
16. Özen M, Ramadan H, Vural S, Coşkun F. Acil sağlık çalışanlarının çocuk istismarı ve ihmali hakkında genel bilgilerinin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Clinics and Laboratory 2017;8(1):16–22.
  17. Gölge ZB, Hamzaoglu N, Turk B. Assesment of medical staff awareness about child abuse and neglect. J For Med 2012;26(2): 86-96.
  18. Solak Y, Yoldascan BE, Okyay RA. Assessment of the knowledge, awareness, and attitudes of family physicians in Adana regarding child abuse and neglect. Journal of Public Health: From Theory to Practice 2020 <https://doi.org/10.1007/s10389-020-01220-3>.
  19. Kocaer Ü. Hekim ve hemşirelerin çocuk istismarı ve ihmaline yönelik farkındalık düzeyleri (yüksek lisans tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi; 2006.
  20. Lazenbatt A, Freeman R. Recognizing and reporting child physical abuse: A survey of primary healthcare professionals. Journal of Advanced Nursing 2006;56(3):227–36.
  21. Kamiloğlu M. Ankara ilinde görev yapan aile hekimliği asistanlarının çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. (tıpta uzmanlık tezi). Ankara; 2018.
  22. Al-Moosa A, Al-Shaiji J, Al-Fadhli A, Al-Bayed K, Adib SM. Pediatricians' knowledge, attitudes and experience regarding child maltreatment in Kuwait. Child Abuse and Neglect. 2003;27(10):1161–78.
  23. Bahadır V. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi uzmanlık öğrencilerinin çocuk istismarı ve ihmali hakkında bilgi, tutum ve farkındalık düzeylerinin değerlendirilmesi ile eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi (uzmanlık tezi). Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2018.
  24. Regnaut o, Jeu-Steenhouwer M, Manaouil C, Gignon M. Risk factors for child abuse: Levels of knowledge and difficulties in family medicine. A mixed method study. BMC Res. Notes 2015;8(1):4–9.
  25. Yadav S, Goel SK. A prospective study to evaluate the knowledge about child abuse amongst family physicians. Pravara Medical Review 2018;10(2):4–8.
  26. Özyürek A, Çetin A, Yıldırım R. Aile hekimi ve öğretmenlerin çocuk ihmal ve istismarı konusundaki görüş ve tutumları. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi 2018;7(1):436–53.



DOI: 10.17942/sted.629676

Geliş/Received : 10.05.2019

Kabul/Accepted : 24.02.2021

### Öz

**Amaç:** Bu araştırma, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılan bu araştırmanın örneklemini araştırmayı kabul eden 119 öğrenci oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında anket formu ve "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)" kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması  $19,74 \pm 1,53$  olup, %79'u kız ve %86,6'sı birinci sınıfta okumaktadır. Öğrencilerin %43,7'si yaşlı bakım, %29,4'ü ilk ve acil yardım ve %26,9'u fizyoterapi programında öğrenim görmektedir. Katılımcıların TSOY-32 indeks ortalaması  $35,98 \pm 5,83$  olup, yeterli sağlık okuryazarlığına sahip oldukları saptanmıştır. TSOY-32 ölçeği en yüksek toplam puan ortalamasını ilk ve acil yardım programı öğrencilerinin ( $36,16 \pm 6,04$ ) aldığı, ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı bulunmuştur ( $p > 0,05$ ). Öğrencilerin TSOY-32 ölçeğinden almış oldukları puan ortalamalarına bakıldığında %1,7'sinin yetersiz, %29,4'ünün sorunlu-sınırlı, %50,4'ünün yeterli ve %18,5'i ise mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip oldukları saptanmıştır. Çalışmaya katılanların TSOY-32 ölçeğinden aldıkları puanlar ile cinsiyet, sınıf, program, gelir durumu, yaşamının geçtiği yer, aile tipi ve son bir yıl içinde acile başvuru durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ).

**Sonuç:** Araştırmamızın sonuçları, sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin çoğunun istenilen sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu fakat yine de sorunlar olduğunu göstermektedir. Öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin daha da geliştirilebilmesi ve farkındalıklarının artması için müfredat programlarında sağlık okuryazarlığı ile ilgili düzenlemeler yapılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Öğrenci, Sağlık okuryazarlığı, Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği

### Abstract

**Objective:** This study was conducted to examine health literacy levels of students in a Vocational School of Health Services.

**Methodology:** The sample of this survey planned as a descriptive and cross-sectional one consists of 119 students who accepted to participate. A questionnaire form and "Turkey Health Literacy Scale-32 (TSOY-32)" were used in collecting data.

**Findings:** The average age of students participating to the survey is  $19.74 \pm 1.53$ ; 79% of these students are females and 86.6% are in their freshmen year. 43.7% of students study elderly care, 29.4% first and emergency medical aid, and 26.9% are physiotherapy students. The TSOY-32 index average of participants is  $35.98 \pm 5.83$  denoting sufficient level of health literacy. The highest average TSOY-32 score is obtained by first and emergency medical aid students ( $36.16 \pm 6.04$ ) though this does not represent any statistically significant difference with scores of other students ( $p > 0.05$ ). According to students' TSOY-32 scale scores, 1.7% are at poor level, 29.4% are problematic with limited information, 50.4% are satisfactory, and 18.5% are at excellent level in health literacy. These scores in TSOY-32 scale do not display any significant variation with respect to such variables as gender, class, programme, income status, place of living, family type and status of applying to emergency services within the last year ( $p > 0.05$ ).

**Conclusion:** The outcomes of the survey show that while majority of students in medicine have attained desired levels in health literacy there are still some problems. This points out to the need for health literacy-related arrangements in curricula to further improve the levels of literacy and awareness.

**Key words:** Student, Health literacy, Turkey Health Literacy Scale

1 Öğr. Gör.; Trabzon Ü. Tonya Meslek Yüksek Okulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Trabzon (Orcid No: 0000-0003-2608-8584)

2 Öğr. Gör.; Muş Alparslan Ü., Sağlık Hizmetleri MYO, Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Muş (Orcid No: 0000-0003-4352-101X)

3 Öğr. Gör.; Trabzon Ü. Tonya MYO Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Trabzon (Orcid No: 0000-0002-4802-3063)

## Giriş

"Sağlık okuryazarlığı" (health literacy) kavramı, ilk kez Simond tarafından 1974 yılında "sosyal politika olarak sağlık okuryazarlığı" başlıklı makalede kullanılmıştır (1). Dünya Sağlık Örgütü, sağlık okuryazarlığını "sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bir bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi" olarak tanımlamıştır (2).

Dünyadaki sağlık okuryazarlığı durumu incelendiğinde, Amerika'da yetişkin bireylerin yarısı temel sağlık okuryazarlık düzeyinde değildir. Dünyada ise 776 milyon birey temel sağlık okuryazarı değildir (3). Buna göre dünyada sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan kişi sayısı çok yüksektir (4). Sekiz Avrupa ülkesinde (Hollanda, Yunanistan, İrlanda, Avusturya, Polonya, İspanya, Bulgaristan ve Almanya) sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek amacıyla yapılan çalışmanın sonucunda; ülkelerin sağlık okuryazarlığı ölçeğinden aldıkları puan düzeyleri "yetersiz, sorunlu, yeterli, çok iyi" olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın sonucuna göre "yetersiz" puan alanlar %2-%27 arasındadır (5,6). Araştırmaya katılan bireylerin; Hollanda'da %29'u, Bulgaristan'da ise %62'si yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyindedir. Bütün olarak çalışmanın sonuçları değerlendirildiğinde ise araştırmaya katılan bireylerin %12'sinde yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi belirlenmiştir (5,6). Bununla birlikte, ülkeler arasında seviyelerin dağılımı büyük ölçüde farklılık göstermiştir (%29-%62) (7). Türkiye'de ise 2014 yılında yapılan, 12 bölge ve 23 ili kapsayan geniş kapsamlı bir çalışmada Türkiye'nin genel sağlık okuryazarlığı düzeyi %30.4' tür (8). Türkiye ve Avrupa sağlık okuryazarlığı kategorileri karşılaştırıldığında Türkiye'de bireylerin %24.5'i yetersiz, %40.1'i sorunlu, %27.8'i yeterli ve %7.6'sı mükemmel sağlık okuryazarı iken, Avrupa'da ise %12.4'ü yetersiz, %35.2'si sorunlu, %36'sı yeterli ve %16.5'i mükemmel sağlık okuryazarlığı seviyesindedir (8). Buna göre Türkiye'nin sağlık okuryazarlığı ortalamaları, her kategoride Avrupa ülkelerden daha düşük ve Avrupa ortalamalarının altındadır.

Sağlık okuryazarlığı etkin sağlık hizmeti sunumu için, hizmet alan ile veren için çok önemlidir.

Sağlık hizmeti sunucuları için, iletişim ve klinik becerilere sahip olmasında, sağlık hizmeti alıcıları için ise, hizmet sunumu esnasında anlaşılabilir olma ve karar alma noktasında dahil olabilmesi için oldukça önemli bir kavramdır. Yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi sağlık durumlarını değerlendirmede yanlış tutumların oluşmasını ve hastalanma riskini artırır ve sağlık hizmet maliyetlerinin artmasına neden olur (9). Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyi ise bireylerin yaşam kalitesini yükseltir, sağlık hizmetlerinden etkin yararlanabilme düzeyini geliştirir, sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltir ve maliyetlerini azaltır (9).

Toplumun sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinde sağlık personeline çok önemli roller düşmektedir. Bu doğrultuda sağlık çalışanlarının hasta ile daha iyi iletişim kurmak için hastayı etkin dinlemesi, tüm süreçlerde hastayı anlayabileceği dilde bilgilendirmesi, hastaların çekinmeyecekleri bir ortam sağlaması, yazılı ve görsel materyallerin hazırlanmasında hasta ile işbirliği yapması, iletişimin hasta üzerindeki etkilerini değerlendirmesi gerekmektedir. Ayrıca sağlık çalışanlarının sağlık okuryazarlığı ile ilgili problemleri tespit etmeleri ve sağlık okuryazarlığı düşük olan hastalarla iletişim kurma yöntemlerini bilmeleri gerekmektedir (10).

Sağlık çalışanları, mesleğinin getirdiği sorumluluklar çerçevesinde bireylere sağlık eğitimi vermek ve sağlık danışmanlığı yapmak gibi rolleri üstlenmektedir. Sağlık çalışanlarının bu rollerini yerine getirebilmeleri için kendi sağlık okuryazarlığı düzeylerinin de iyi düzeyde olması gerekir. Bu nedenle mezuniyet öncesi sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalıklarının artması önemlidir (11).

Sağlık okuryazarlığı hakkında yeterli bilgiye sahip olmayanlara sorumluluk vermek hasta güvenliğini ve sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini tehdit edebilir. Bu nedenle, sağlık çalışanlarının sağlık hizmetleri sistemine katılımını ve sağlıkla ilgili sorumluluk alma yeteneklerini değerlendirirken, sağlık okuryazarlığı seviyesini belirlemek gerekir (8). Sağlık alanında eğitim veren meslek yükseköğretim kurumlarında eğitim alan öğrencilerin gelecek yıllarda sağlık ekibinin bir üyesi olarak

hizmet vermesi beklendiği için, bu öğrencilerin sağlık okuryazarlığı seviyelerinin belirlenmesi önemlidir. Bu nedenle, bu çalışma sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeylerini ve sağlık okuryazarlığı düzeyini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

### Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırmanın evrenini, Eylül 2018- Ocak 2019 tarihleri arasında Trabzon Üniversitesi Tonya Meslek Yüksekokulu'nda öğrenim gören 141 öğrenci oluşturdu. Araştırma grubunu Mart 2019-Mayıs 2019 tarihleri arasında Trabzon Üniversitesi Tonya Meslek Yüksekokulu'nda öğrenim gören ve araştırma kriterlerine uyan 119 öğrenci oluşturdu.

Araştırmanın uygulamasına başlamadan önce KTÜ Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (07.03.2019 Tarih ve Sayı:24237859-197) onay ve Tonya Meslek Yüksekokulu Müdürlüğü'nden yazılı izinler alınmıştır. Veri toplama formu doldurulmaya başlamadan önce formun ilk sayfasında çalışma hakkında katılımcılara bilgi verildi.

Çalışmanın verileri "Anket Formu" ve sağlık okuryazarlığına ilişkin ifadelerin bulunduğu "Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)" ile toplandı.

**Anket Formu:** Bu form, araştırmacılar tarafından ilgili literatür taranarak oluşturulmuştur. Anket formunda öğrencilerin tanıtıcı özellikleri ve sağlık okuryazarlığına ilişkin ifadelerin bulunduğu özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, hangi programda öğrenim gördüğü, sınıfı, yaşanan yer, aile tipi, gelir durumu, son 1 yıl içinde acil servise başvurma durumu, sağlıkla ilgili başvurulan bilgi kaynakları) belirlemeye yönelik olmak üzere toplam 10 soru yer almaktadır.

**Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32):** Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)" Okyay ve arkadaşları tarafından güvenilirlik ve geçerliliği değerlendirilmiş, HLS-EU Çalışması Kavramsal Çerçevesi temelinde geliştirilen 32 soruluk yeni bir sağlık okuryazarlığı ölçeğidir (12). Kavramsal çerçeve, sağlıkla ilgili iki

boyut (tedavi, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi) ve sağlıkla ilgili karar verme ve uygulamalar ile ilgili dört bilgi edinme sürecini (ulaşma, anlama, değerlendirme ve kullanma/kullanmama) içermektedir. Her madde çok kolay, kolay, zor, çok zor ve fikrim yok şeklinde derecelendirilmiştir. Sorulara verilen cevaplara göre ölçekten 0-50 arasında değerler alınabilmektedir. 0; en düşük sağlık okuryazarlığını, 50; en yüksek sağlık okuryazarlığını göstermektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyi, elde edilen değere göre dört kategoride de değerlendirilebilmektedir;

0-25: yetersiz sağlık okuryazarlığı,  
>25-33: sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı,  
>33-42: yeterli sağlık okuryazarlığı,  
>42-50: mükemmel sağlık okuryazarlığı.

**Verilerin değerlendirilmesi:** Araştırmanın verileri SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21.0 programı ile değerlendirildi. Çalışma verilerinin değerlendirilmesinde yüzdeler, ortalama, standart sapma, t testi ve ANOVA kullanıldı. Sonuçlar %95 güven aralığında anlamlılık  $p < 0.05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

### Bulgular

Araştırmaya katılanların yaş ortalaması  $19,74 \pm 1,53$ 'dür. Katılımcıların %79'u kadın, %43,7'si yaşlı bakım programında okumakta ve %86,6'sı birinci sınıftadırlar. Öğrencilerin %48,7'si yaşamının büyük bölümünü ilçede geçirmiş olup %70,6'sı çekirdek aileye sahiptir. Katılımcıların %68,9'u orta düzey gelire sahip olduğunu, %67,2'si ise son bir yıl içinde acil servise en az bir kez başvurduğunu belirtmektedir. Araştırma grubundaki katılımcıların %58,8'i sağlıkla ilgili bilgiye erişirken interneti kullandığını, %33,6'sı ise sağlık personellerinden bilgi aldıklarını belirtmektedirler (Tablo 1).

Araştırmaya katılanların TSOY-32 indeks ortalaması  $35,98 \pm 5,83$  olup tedavi ve hizmet alt boyutu indeks ortalaması  $37,21 \pm 6,28$  ve hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutu indeks ortalaması ise  $34,75 \pm 6,51$ 'dir. Katılımcıların TSOY-32 indeks ortalamasına bakıldığında yeterli sağlık okuryazarlığına sahip oldukları saptanmıştır. Katılımcılar tedavi ve

**Tablo 1. Öğrencilerin Sosyo-demografik özellikleri**

Özellikler	n	%
<b>Yaş ortalaması</b> 19,74±1,53		
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	25	21
Kadın	94	79
<b>Program</b>		
Yaşlı bakım	52	3,7
İlk ve acil yardım	35	9,4
Fizyoterapi	32	6,9
<b>Sınıf</b>		
1.sınıf	103	6,6
2.sınıf	16	3,4
<b>Yaşamın geçtiği yer</b>		
İl	41	4,5
İlçe	58	8,7
Köy	20	6,8
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek	84	0,6
Geniş	35	9,4
<b>Gelir durumu</b>		
Düşük	30	5,2
Orta	82	8,9
İyi	7	5,9
<b>Son 1 yıl içinde acile başvuru</b>	80	7,2
Evet	39	2,8
Hayır		
<b>Sağlıkla ilgili bilgiye erişim</b>		
İnternet	70	8,8
Aile üyeleri, arkadaşlar	7	5,9
Sağlık personelleri	40	3,6
Diğer (kitap, radyo ve televizyon)	2	1,6

hizmet alt boyutunda en fazla bilgiyi kullanma/uygulama bileşeninden (40,51) aldıkları, en düşük puanı ise bilgiyi değerlendirme bileşeninden (32,14) aldıkları gözlemlenmiştir. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda ise en fazla puan bilgiyi anlama bileşeninden (36,79) alınırken en düşük puan ise bilgiyi değerlendirme bileşeninden (33,33) alınmıştır (Tablo 2).

Katılımcıların TSOY-32 ölçeğinden almış oldukları indeks puan ortalamalarına bakıldığında % 1,7'sinin yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, %29,4'ünün sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, % 50,4'ünün yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ve % 18,5'i ise mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip oldukları saptanmıştır (Tablo 3).

Çalışmaya katılanların TSOY-32 ölçeğinden aldıkları indeks puanları ile cinsiyet, sınıf, program, gelir durumu, yaşamının geçtiği yer, aile tipi ve son bir yıl içinde acile başvuru durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ) (Tablo 4).

### Tartışma

Çalışmamızda araştırmaya katılan öğrencilerin TSOY-32 indeks ortalaması  $35,98\pm 5,83$  bulunmuştur. Malatyalı ve Biçer, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi'nde, TSOY-32 Ölçeği kullanılarak yaptıkları çalışmada genel sağlık okuryazarlığı puanı 35,77 olarak bulmuştur (13). Yılmaz ve arkadaşları tarafından Karabük Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada TSOY-32 ölçeğinin genel puan ortalaması 34,53 (11), Ergün tarafından Balıkesir Sağlık Yüksekokulu'nda yapılan bir araştırmada öğrencilerin TSOY-32 ölçeği genel puan ortalaması  $26,48\pm 16,54$  olarak bulunmuştur (14). Çalışmamızın TSOY-32 indeks puan ortalamasını karşılaştırdığımızda, Yılmaz ve Ergün'ün çalışmasından yüksek, Malatyalı ve Biçer'in çalışması ile hemen hemen aynı değerlerde olduğu bulunmuştur.

Katılımcılar tedavi ve hizmet alt boyutunda en fazla puanı bilgiyi kullanma/uygulama bileşeninden aldıkları (40,51), en düşük puanı ise bilgiyi değerlendirme bileşeninden (32,14) aldıkları gözlemlenmiştir. Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi alt boyutunda ise en fazla puan bilgiyi anlama bileşeninden (36,79) alınırken, en düşük puan ise bilgiyi değerlendirme bileşeninden (33,33) alınmıştır. Benzer şekilde Malatyalı ve Biçer de çalışmalarında tedavi ve hizmet alt boyutunda en fazla puanı bilgiyi kullanma/uygulama bileşeninden (39,30), en düşük puanı ise bilgiyi değerlendirme bileşeninden (32,69) aldıkları saptanmıştır. Hastalıklardan korunma ve sağlığın



**Tablo 2.** Katılımcıların TSOY-32 ölçeğinin matris bileşenleri indeks puan ortalamaları ve %95 güven aralığı değerleri

Boyut	Ortalama puan	%95 güven aralığı	
Genel	35,98	34,92	37,04
Tedavi ve hizmet	37,21	36,07	38,35
Bilgiye ulaşma	38,62	37,23	40,00
Bilgiyi anlama	37,57	36,26	38,87
Bilgiyi değerlendirme	32,14	30,65	33,62
Bilgiyi kullanma uygulama	40,51	39,23	41,78
<b>Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi</b>	34,75	33,56	35,93
Bilgiye ulaşma	35,39	34,14	36,65
Bilgiyi anlama	36,79	35,77	38,22
Bilgiyi değerlendirme	33,33	34,14	34,91
Bilgiyi kullanma uygulama	33,47	35,37	35,03

geliştirilmesi alt boyutunda ise en fazla puanı bilgiyi anlama bileşeninden (36,44) alınırken, bizim çalışmamızdan farklı olarak en düşük puan ise bilgiyi kullanma/uygulama bileşeninden (32,83) alınmıştır.

Çalışmamızda katılımcıların TSOY-32 ölçeğinden almış oldukları indeks puan ortalamalarına bakıldığında %1,7'sinin yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, %29,4'ünün sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığına sahip olduğu, %50,4'ünün yeterli sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ve %18,5'i ise mükemmel sağlık okuryazarlığına sahip oldukları saptanmıştır.

Şahinöz ve arkadaşlarının Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde yaptığı çalışmasında öğrencilerin %28,5'inin yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu, %29,3'ünün sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu,

**Tablo 3.** Katılımcıların TSOY-32 indeks puanlarının değerlendirilmesi

TSOY-32 İndeks değerlendirme	n	%
Yetersiz sağlık okuryazarlığı	2	1,7
Sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı	35	29,4
Yeterli sağlık okuryazarlığı	60	50,4
Mükemmel sağlık okuryazarlığı	22	18,5
Toplam	119	100

**Tablo 4.** Katılımcıların TSOY-32 indeks ortalamaları ile sosyo-demografik özelliklerinin karşılaştırılması

Değişkenler	TSOY-32 İndeks X±S.S t/F	p
<b>Cinsiyet*</b>		
Erkek	36,91±3,57	0,224
Kadın	35,73±6,29	-1,226
<b>Sınıf*</b>		
1. sınıf	35,78±5,82	0,344
2. sınıf	37,27±5,88	-0,951
<b>Program**</b>		
Yaşlı bakım	35,87±5,71	0,976
İlk ve acil yardım	36,16±6,04	
Fizyoterapi	35,95±5,97	0,025
<b>Gelir durumu**</b>		
Düşük	36,33±5,80	0,929
Orta	35,86±5,94	
İyi	35,78±5,34	0,074
<b>Yaşamın geçtiği yer**</b>		
İl	34,98±6,83	
İlçe	36,29±5,53	0,350
Köy	37,10±4,15	1,058
<b>Aile tipi *</b>		
Çekirdek	36,06±5,95	0,803
Geniş	35,77±5,59	0,249
<b>Son 1 yıl acile başvuruya durumu*</b>		
Evet	36,15±6,04	0,649
Hayır	35,63±5,43	0,457

\* t testi \*\* One-Way ANOVA

%38,4'ünün yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu ve %3,8'inin de mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu belirlenmiştir (10). Yılmaz ve arkadaşlarının Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri ile yaptığı çalışmasına göre öğrencilerin %6,7'sinin yetersiz, %37,7'sinin sorunlu-sınırlı, %38'inin yeterli, %17,7'sinin ise mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları saptanmıştır (11). Araştırma bulgularımızı sağlık fakültelerinde okuyan öğrencilerle yapılan çalışmalar ile karşılaştığımızda çalışmamızın yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyi diğer çalışmalardan daha yüksek düzeyde bulunmuştur. Araştırmamızın yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı sonuçları daha iyi olsa da öğrencilerin üniversitede sağlıkla ilgili bölümlerde okudukları düşünüldüğünde sonuç beklenenden düşüktür. Sağlık okuryazarlığı kavramının yeni olması ve sağlıklı yaşamın ve koruyucu sağlık



Fotoğraf: Elif Ceren Tiryaki  
TTB-STED Fotoğraf yarışması arşivinden

hizmetlerinin ve kültürünün ülkemizde yeni yerleşmekte olması bu sonucun nedeni olabilir.

Bizim çalışmamızda öğrencilerin TSOY-32 ölçeğinden aldıkları indeks puanları ile cinsiyet, sınıf, program, gelir durumu, yaşamının geçtiği yer, aile tipi ve son bir yıl içinde acile başvuru durumuna göre anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Ancak Akçilek'in, ve Ergin'in üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada, kız öğrencilerin erkek öğrencilere göre sağlık okuryazarlığı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir (15). Yine Ergin'in çalışmasında dördüncü sınıfların TSOY-32 ölçeği toplam puanlarının anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır. Şahinöz ve arkadaşlarının çalışmasında ise Hemşirelik ve Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencilerinin diğer bölümlere göre sağlık okuryazarlığı düzeyi daha yüksek bulunmuştur (10). Hemşirelik ve Beslenme ve Diyetetik bölümü öğrencilerin aldıkları derslerin müfredatları incelendiğinde "sağlık okuryazarlığı" dersi aldıkları görülmüştür.

### Sonuç ve öneriler

Hollanda'da yapılan bir çalışmada 15 yaş ve üzeri kişilerin %23,7, Bulgaristan'da %53,7'sinin yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyinden bağımsız olarak sağlık okuryazarlığı düzeyinin dünya genelinde düşük olduğu görülmektedir (16-18). Türkiye genelinde yürütülen bir araştırmada ise genel sağlık okuryazarlığı Türkiye genelinde toplumun %64,6'sının yetersiz ya da sorunlu sağlık okuryazarlığına sahip olduğu belirlenmiştir (9).

Sağlık okuryazarlığı düzeyi tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yetersiz düzeydedir. Çalışmamızda da ise öğrencilerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin %31,7'sinin sorunlu ya da yetersiz olduğu bulunmuştur. Mesleğinin getirdiği sorumluluklar çerçevesinde bireylere sağlık eğitimi vermek ve sağlık danışmanlığı yapmak gibi rolleri üstlenecek olan öğrencilerin, bu rollerini yerine getirebilmeleri için kendi sağlık okuryazarlığı düzeylerinin de iyi düzeyde olması gerekir. Bu nedenle mezuniyet öncesi öğrencilere sağlık okuryazarlığı konusunda farkındalıklarının artması için üniversitelerin sağlık ile ilgili bölümlerinde müfredat programlarında sağlık okuryazarlığı ile ilgili düzenlemeler yapılması önerilmektedir.

**İletişim:** Elif Okur

**E-posta:** elifcengiz\_ec@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Selden CR, Zorn M, Ratzan S, Parker. Health literacy; current bibliographies in medicine; National Institute of Health CBM. U.S. Department of Health and Human Services 2000, 1-33.
2. The World Health Organization Report Life in the 21st century: A vision for all. Accessed December 10, 2018, at <http://www.who.int/whr/1998/en/>
3. Nielsen-Bohman L, Panzer AM, Kindig DA. Health Literacy: A Prescription to End Confusion, National Academies Press, Washington, p. 31-55. Accessed November 10, 2018, at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK21603/1/>
4. Sezer A. Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi. Yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2017.
5. Sykes S, Wills J, Rowlands G, Popple K. Understanding critical health literacy: A conceptual analysis. Biomed Central Public Health 2013;13(150): 1- 10.
6. Chinn D. Critical health literacy: A review and critical analysis. Social Science & Medicine 2011; 73(1): 60-67.
7. Sorensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). HLS-EU Consortium. Eur J Public Health 2015 Dec;25(6):1053-8.
8. Durusu Tanrıöver M, Yıldırım HH, Demiray Ready ND, Çakır B, Akalın EH . Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması. Sağlık-Sen Yayınları Aralık 2014.
9. Sönmez B. Sağlık Okuryazarlığının Önemi. Antalya: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009.
10. Şahinöz T, Şahinöz S, Kıvanç A. üniversite son sınıf öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri üzerine karşılaştırmalı bir araştırma. GÜSB 2018; 7(3): 71- 79.
11. Yılmaz Güven D, Bulut H, Öztürk S. Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. Journal of History Culture and Art Research 2018; 7(2): 400-409.
12. Okyay P, Abacıgil F, Harlak H. Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32). Okyay P, Abacıgil F, Editörler. Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. 1. Baskı. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1025. ISBN: 978-975-590-594-5. Ankara. Anıl Reklam Matbaa. 2016; 43-62
13. Malatyalı İ, Biçer EB. Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi örneği. ASHD 2018;17(2):1-15.
14. Ergün S. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı. Kocaeli Medical J 2017;6;3:1-6
15. Akçilek E. Üniversite öğrencilerinde sağlık okuryazarlığı ve yaşam kalitesinin incelenmesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı 2017.
16. Yılmazel G, Çetinkaya F. Sağlık okuryazarlığının toplum sağlığı açısından önemi. TAF Prev Med Bull 2016;15(1), 69.
17. Kanj M, Mitic W. Health Literacy and Health Promotion. Geneva: World Health Organization 2009.
18. Balçık PY, Taşkaya S, Şahin B. Sağlık okuryazarlığı. TAF Preventive Medicine Bulletin 2014;13(4): 321-326.

# İnfertilite Tedavisi Sonrası Gebe Kalan Kadınlarda Prenatal Bağlanma\*

## Prenatal Bonding in Women Becoming Pregnant after Infertility Treatment



Oya Kavlak<sup>1</sup>, Endam Çetinkaya<sup>2</sup>, Figen Kazankaya<sup>3</sup>, Sayime Mısırlı<sup>4</sup>,  
Belgin İyik Aksakal<sup>5</sup>

DOI: 10.17942/sted.422876

Geliş/Received : 11.05.2018  
Kabul/Accepted : 29.12.2020

### Öz

**Amaç:** Bu çalışma, infertilite tedavisi sonucu oluşan gebeliklerde anne-bebek bağlanma düzeyini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

**Yöntem:** Araştırmanın evrenini tüp bebek ve obstetri kliniğinde yatan, infertilite tedavisi sonucu gebe kalan tüm kadınlar oluşturmuştur. Araştırmada örneklem seçimine gidilmemiştir. İnfertilite tedavisi sonucu gebe kalmış, daha önce yaşayan çocuğu olmayan, fetüste anomalisi olmayan, herhangi bir psikiyatrik tanı almayan, iletişim kurulabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 133 gebe kadın araştırma kapsamına alınmıştır. Verilerin toplanmasında "Gebe Tanıtım Formu" ve "Prenatal Bağlanma Envanteri (PBE)" kullanılmıştır. Araştırmanın verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 21.0 programı kullanılmış, tanımlayıcı analizlere yönelik sayı yüzde ve ortalama dağılımları, karşılaştırmalara yönelik student t test, one way anova test ve bonferroni testi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Gebelerin PBE puan ortalamalarıyla gebelik trimestirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, farkın da ikinci ve üçüncü trimestirdaki gebelerden kaynaklandığı bulunmuştur.

**Sonuç:** Gebelikte, kadınların fetüs sayısının bağlanma düzeyini etkilemediği, prenatal bağlanma puan ortalamalarının gebelik haftası artıkça düştüğü sonucuna varılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** İnfertilite, Prenatal bağlanma, Gebelik

### Abstract

**Objective:** This study was planned as a descriptive one seeking to examine the level of mother -child bonding in pregnancies occurring after infertility treatment.

**Methodology:** The universe of the survey consisted of all women inpatients in tube baby and obstetrics clinic who became pregnant after infertility treatment. In other words there was no sample selection. The survey covered 133 women who became pregnant after infertility treatment, without any other living child, without any anomaly in foetus and any psychiatric diagnosis, capable of communicating and accepted to take part in the survey. "Pregnant Information Form" and "Prenatal Bonding Inventory" (PBE) were used in collecting data. The SPSS 21.0 programme was used in data analysis accompanied by percentage and average distributions for descriptive analyses of student's t-test, one-way Anova test and Bonferroni test for comparisons.

**Findings:** It is found that there is statistically significant difference between pregnant women's average PBE scores and pregnancy trimesters which derives from pregnant women in their second and third trimesters.

**Conclusion:** It is concluded that the number of foetuses in pregnant women does not affect the level of bonding and average prenatal bonding scores tend to fall as weeks in pregnancy increases.

**Key words:** Infertility, Prenatal bonding, Pregnancy

\*Bu çalışma, 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, 29 Haziran-1 Temmuz 2017, Aydın'da sözel bildiri olarak sunulmuştur.

1 Prof. Dr.; Ege Ü. Hemşirelik Fak. İzmir (Orcid No: 0000-0003-3242-5313)

2 Dr. Öğr. Üyesi, Mehmet Akif Ersoy Ü. Bucak SYO, Burdur (Orcid No: 0000-0003-2667-2633)

3 Arş. Gör.; Ege Ü. Hemşirelik Fakültesi İzmir (Orcid No: 0000-0001-5028-0563)

4 Uzm. Hemşire, Ege Ü. Tıp Fak. Hast. Kısırlık Arş. ve Uygulama Merkezi Tüp Bebek Servisi İzmir (Orcid No: 0000-0003-1057-7594)

5 Hemşire, Ege Ü. Tıp Fak. Hast. Kısırlık Arş. ve Uygulama Merkezi Tüp Bebek Servisi İzmir (Orcid No: 0000-0001-6146-9134)

## Giriş

Kadın hayatının, en mutlu anlardan biri olarak kabul edilen annelik, ortak özellikleri olmasına karşın her kadının farklı şekilde yaşadığı çok önemli deneyimlerden birisidir. Özel bir tanımı ve kuralları olmayan, sosyokültürel çevre içerisinde şekillenen ve değişiklik gösteren annelik, gelişimsel ve bilişsel bir süreçtir. Gebelik planlandığında ya da planlanmamış bir gebeliği sürdürmeye karar verildiğinde başlayan anneliğe geçiş, amaçları, sorumlulukları ve davranışları ile bir bütündür. Bebeğin varlığı anne gibi hissetmeye başlamada önemli olmakla birlikte, kadınlar daha gebe iken vücutlarına baktıklarında kendilerini anne gibi görebilir ve annelik sorumluluklarını hissetmeye başlayabilirler. Bu sorumluluk hissi, annenin bebeği uğruna kendisine daha iyi bakmasına ve çeşitli kaynaklardan doğum ve anneliğe hazırlanmasına neden olabilir (1,2).

Gebelik sırasında bir bebeğe bağlanma; gebe bir kadının doğmamış bebeğine ilişkin duygularını, onunla etkileşimlerini ve gebelik sırasında kendini bir anne olarak tanımlamasını, yani anne kimliğini geliştirme sürecini ifade eder. Sağlık profesyonelleri tarafından bir kadın ve doğmamış bebeği arasındaki bağ genellikle anne-bebek bağlanması ya da doğum öncesi bağlanma olarak kavramsallaştırılır. Bilim insanları 1960 ve 1970'lerde doğum sırasında ölen bebekleri için yas tutan kadınları gözlemledikten sonra, anne-bebek bağlanması konusunu çalışmaya başlamıştır. Araştırma sonuçları doğum öncesi bağlanmanın gebelik sırasında iyi sağlık uygulamalarını motive ettiğini, ebeveynlik rolüne uyumu kolaylaştırdığını, perinatal depresyona karşı koruyucu bir işlev gördüğünü göstermiştir. Bu sonuçlar tıp, psikiyatri ve sosyal hizmet gibi disiplinlerin hem akademik hem de klinik olarak yaklaşması sonucunu doğurmuştur (3,4).

Ryan (2010)'a göre; doğum öncesi bağlanma (prenatal attachment) ebeveynler ve doğmamış çocukları arasında kurulan duygusal bir bağlıdır. Bağlanma gebeliğe olumlu bir şekilde tepki verdiği zaman başlar. Bağlanmış bir anne adayı doğmamış bebeğinin kendisiyle ilişki kurduğuna inanır ve onu ayrı bir birey olarak görür. Aynı zamanda doğmamış bebeğin beslenme ve korunma için kendine bağımlı olduğunu anlar.

Bebeğin neye benzeyeceğini, nasıl hareket edeceğini ve yaşamı boyunca nasıl bir gelişim göstereceğini düşünür. Bağlanma ile ilgili bu duygular anne adayının bebeğine sevgi ve şefkat göstermesine, onu korumasına ve beslemesine, ona ilgi göstermesine ve etkileşim kurmasına ve bebeğinin gereksinimlerine duyarlı olmasına yardımcı olur (3).

Fizyolojik süreçler ile duygusal dinamikleri birbirleriyle ilişkilidir ve biri diğerini etkisi altına alabilir. Üreme konusundaki yetersizlik sıklıkla sosyal bir damgalanma yaratır ve utanç verici bir yetersizlik olarak algılanır. Ani ve beklenilmeyen bir yaşam krizi olarak kendini gösteren infertilite, beklenilmeyen, belki de açıklanamayan, tanısı uzun bir zamana yayılan, aşırı stres yaratan ve uyum mekanizmalarını zorlayan bir durumdur (5).

İstenilen bir bebeğe gebe kalmak, doğum yapmak ve sonucunda anne olmak, özellikle infertilite öyküsü olan ve dolayısı ile daha fazla duygusal, fiziksel ve ekonomik olarak çaba harcayan kadınlar için, genellikle mutlu bir olay olarak değerlendirilir. Çünkü prenatal dönemden postnatal döneme geçiş arzu edilmesine ve çoğu zaman planlanmasına karşın karışık duygusal tepkilerin verildiği gelişimsel ve bilişsel bir geçiş sürecidir. Bu süreçte kadınlarda ortaya çıkan duygu durum bozuklukları; doğum sonrası dönemde ruhsal problemlere yol açmaktadır (2). Bu araştırma, infertilite tedavisi sonucu oluşan gebeliklerde anne-bebek bağlanma düzeyini incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır. Elde edilen verilerin bu yönüyle literatüre katkı yapması beklenmektedir.

## Yöntem

### Araştırmanın tipi

Tanımlayıcı-kesitsel nitelikteki bu çalışma, Ege Üniversitesi Kısırlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Tüp Bebek Servisi'nde ve Doğum Kadın Hastalıkları Obstetri Servisinde, 01.01.2015–31.06.2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

### Araştırmanın evren ve örneklemi

Araştırmanın evrenini Ege Üniversitesi Kısırlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Tüp Bebek Servisi'ne ve Doğum Kadın Hastalıkları Obstetri kliniğinde yatan, infertilite tedavisi sonucu gebe kalan tüm kadınlar oluşturmuştur. Araştırmada

örneklem seçimine gidilmemiştir. İnfertilite tedavisi sonucu gebe kalan 172 kadın 01.01.2015–31.06.2015 tarihleri arasında kliniğe başvurmuştur. Bu kadınlardan 21 tanesi araştırmanın dahil edilme kriterlerine uymadığı için, 12 tanesi araştırmaya katılmayı kabul etmediği için ve altı tanesi de formları eksik doldurduğu için araştırma kapsamına alınamamıştır. İnfertilite tedavisi sonucu gebe kalmış, daha önce yaşayan çocuğu olmayan, fetüste anomalisi olmayan, herhangi bir psikiyatrik tanı almayan, iletişim kurulabilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 133 gebe kadın araştırma kapsamına alınmıştır.

### Veri toplama araçları ve verilerin toplanması

Araştırma verilerinin toplanmasında, ilgili literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen, sosyodemografik (9), doğurganlık (9), sigara/alkol kullanımına ilişkin (2) toplam 20 soruyu içeren Gebe Tanıtım Formu (3,4,6) ve Prenatal Bağlanma Envanteri kullanılmıştır.

Prenatal Bağlanma Envanteri (The Prenatal Attachment Inventory) 1993 yılında Mary Muller tarafından geliştirilmiştir. Gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları, durumları açıklamak ve bebeğe prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1 ile 4 arasında puan alabilen dördümlü likert tiptedir. Ölçekten en az 21 en fazla 84 puan alınabilmektedir. Gebenin aldığı puanın artması bağlanma düzeyinin de arttığını göstermektedir. 1:Hiçbir zaman, 2:Bazen, 3:Sık sık, 4:Her zaman şeklinde puanlanmaktadır. Ülkemizde Yılmaz ve Beji (2013) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçeğin iç tutarlılık analizinde Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı 0.84 olarak bulunmuştur (7). Yapılan bu çalışmada da ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.85 olarak bulunmuştur.

### Araştırmanın etik yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Bilimsel Etik Kurulu'ndan, araştırma verilerinin toplanacağı Ege Üniversitesi Kısırlık Araştırma ve Tüp Bebek Merkezi Müdürlüğü'nden ve Doğum Kadın Hastalıkları Kliniği Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan gerekli izinler alınmıştır. Araştırma kapsamına alınacak

infertilite tedavisi sonucu gebe kalan kadınlara araştırmanın amacı ve önemi anlatılarak, araştırmaya katılmaya gönüllü olan katılımcıların sözlü onamları alınmıştır. Araştırma verileri toplanırken kullanılan ölçeğin (Prenatal Bağlanma Envanteri) Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Doç. Dr. Sema Dereli Yılmaz'dan ölçek kullanım izni alınmıştır.

### Verilerin değerlendirilmesi

Araştırmanın verilerinin değerlendirilmesinde SPSS 21.0 paket programı kullanılmış, tanımlayıcı analizlere yönelik sayı-yüzde ve ortalamalarına bakılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğuna kolmogrov-smirnov testiyle değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılıma uygunluk gösterdiği için ( $p>0.05$ ), verilerin analizinde parametrik testler

**Tablo 1.** Gebelerin tanımlayıcı özelliklerinin dağılımı

Tanımlayıcı özellikler	n	%
<b>Eğitim düzeyi</b>		
İlkokul/ortaokul	40	30.1
Lise ya da eşdeğeri	31	23.3
Üniversite	38	28.6
Lisansüstü	24	18
<b>Çalışma durumu</b>		
Evet	64	48.1
Hayır	69	51.9
<b>Oturulan yer</b>		
Köy/kasaba	12	9
İlçe merkezi	44	33.1
İl merkezi/büyük şehir	77	57.9
<b>Aile tipi</b>		
Çekirdek aile	130	97.7
Geniş aile	3	2.3
<b>Sosyal güvence</b>		
Evet	119	89.5
Hayır	14	10.5
<b>Sigara kullanma (gebelikte)</b>		
Evet	10	7.5
Hayır	123	92.5
<b>Alkol kullanma (gebelik öncesi)</b>		
Evet	5	3.8
Hayır	128	96.2
Toplam	133	100

**Tablo 2.** Gebelerin obstetrik özelliklerinin dağılımı

Obstetrik özellikler		n	%
Mevcut gebelik için kullanılan tedavi yöntemi	Aşılama (inseminasyon)	17	12.8
	Tüp bebek (IVF-ET)	43	32.3
	Mikroenjeksiyon (ICSI)	69	51.9
	Diğer	4	3
Kaçınıcı gebelik	1	93	69.9
	2 ve üstü	40	30.1
Fetüs sayısı	Tek	98	73.7
	İkiz	33	24.8
	Üçüz	2	1.5
Gebelik Trimestrini (haftası)	Birinci trimestir (0-12hf)	12	9
	İkinci trimestir (13-24hf)	47	35.3
	Üçüncü trimestir (25-40hf)	74	55.6
Gebelikte hastaneye yatış	Evet	105	78.9
	Hayır	28	21.1
<b>Toplam</b>		133	100
Gebelikte hastaneye yatış nedeni	EDT	23	21.9
	Düşük tehdidi/kanama/ağrı	57	54.3
	Diğer sorunlar (OHSS, FMF vd)	25	23.8
<b>Toplam</b>		105	100

kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren parametrelerin iki grup karşılaştırmalarında Student T Test, üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Oneway Anova Test ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Bonferroni Testi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi  $\alpha=0.05$  düzeyinde kabul edilmiştir.

### Bulgular

Çalışmaya katılan gebelerin tanımlayıcı özelliklerine ait bulgular Tablo 1'de verilmiştir. Gebelerin yaş ortalamalarının  $33.24 \pm 4.90$  olduğu, %30.1'inin ilköğretim mezunu, %28.6'sının üniversite mezunu olduğu, %51.9'unun çalışmadığı, ortalama gelirin  $2502.63 \pm 1435.32$  TL olduğu ve %97.7'sinin çekirdek tip aile yapısına sahip olduğu belirlenmiştir.

Araştırmaya katılan gebelerin obstetrik özelliklerine ait bulgular Tablo 2'de verilmiştir. Gebelerin ortalama  $7.25 \pm 4.60$  yıldır evli olduğu,  $5.44 \pm 4.35$  yıldır çocuk istediği,  $3.26 \pm 3.54$  yıldır infertilite nedeniyle tedavi gördüğü, %78.2'sinin gebelikte rahatsızlık yaşadığı, %78.9'unun gebelikte meydana gelen hastalık nedeniyle hastanede yattığı belirlenmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %73.7'si tek, %24.8'i iki ve %1.5'i üç fetüse gebedir.

Tablo 3'te görüldüğü gibi; tekil gebeliği olan kadınların PBE puan ortalamaları  $42.21 \pm 10.51$ , çoğul gebeliği olan kadınların PBE puan ortalamaları  $45.19 \pm 9.80$  olarak bulunmuştur. Tekil ve çoğul gebeliği olan kadınların PBE puan ortalamalarının karşılaştırılması için yapılan t testi sonrasında, tekil ve çoğul gebeliği olan kadınların

**Tablo 3.** PBE puan ortalamaları

	n	Ortalama	SD	t	df	p
Tekil	98	42.21	10.51	-1.463	131	0.146
Çoğul	35	45.19	9.80			
Toplam	133	42.99	10.37			

**Tablo 4.** Gebelerin trimestirlerine göre PBE puan ortalamalarına ilişkin değerlendirme

	Gebelik trimestiri	n	Min-max	Ort±SD	Test değeri	p
PBE	Birinci trimestir (0-12hf)	12	36-65	47.75±9.90	F: 6.279	a0.002*
	İkinci trimestir (13-24hf)	47	25-79.5	46.04±10.41		
	Üçüncü trimestir (25-40hf)	74	21-60	40.28±9.71		

aOneway ANOVA Test, \*p<0.05

PBE puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (t: -1.463, p>0.05).

Gebelerin PBE puan ortalamalarıyla yaş, çocuk isteme yılı, infertilite tedavi yılı, infertilite tedavi yöntemi ve gebelik sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (sırasıyla t=-1.348, p=0.180; F=0.130, p=0.878; F=0.709, p=0.494; F=0.416, p=0.741; t=0.016, p=0.987; p>0.05).

Gebelik haftalarına göre PBE puan ortalamalarına bakıldığında; birinci trimestir puan ortalamasının 47.75±9.90, ikinci trimestir puan ortalamasının 46.04±10.41 ve üçüncü trimestir puan ortalamasının 40.28±9.71 olduğu görülmüştür. Gebelerin PBE puan ortalamalarıyla gebelik trimestirleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu (F=6.279, p=0.002, p<0.05) (Tablo 4), farkın da ikinci ve üçüncü trimestirdaki gebelerden kaynaklandığı bulunmuştur (p<0.05).

### Tartışma

Araştırma kapsamına alınan gebelerin yaş ortalaması 33.24±4.90 olarak saptanmıştır. Araştırma bulgusuyla benzer olarak Hjelmstedt ve arkadaşları (2006) tarafından in vitro fertilizasyon (IVF) yöntemiyle gebe kalan kadınların prenatal bağlanmalarının incelendiği çalışmada gebelerin yaş ortalaması 32.3±2.1 (8), Winter ve arkadaşları (2016) tarafından preimplantasyon genetik tanılama sonrası intra stoplazmik sperm enjeksiyonu (ICSI) uygulanan kadınların prenatal bağlanmalarının incelendiği çalışmada gebelerin yaş ortalaması 31.45±3.56 olarak bulunmuştur (9). Udry-Jørgensen ve arkadaşlarının (2015) YÜT uygulanan ve spontan gebe kalan kadınlarda prenatal bağlanmanın incelendiği çalışmada yaş ortalaması, YÜT uygulanan kadınlarda 34.82±3.86 iken, spontan gebe kalan kadınlarda 30.21±4.13 olarak bulunmuştur (10). Chen ve arkadaşları (2011) tarafından yapılan YÜT ile ve

spontan yolla gebe kalan kadınlarda prenatal bağlanmanın karşılaştırıldığı çalışmada, YÜT ile gebe kalan kadınların %11.71'i 36 yaşın üzerindeyken, spontan gebe kalan kadınların %7.7'sinin 36 yaş üzerinde olduğu belirlenmiştir (11). İnfertilite tedavisi uzun zamana yayılan bir süreç olduğu için kadınların yaş ortalamalarının ileri olması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmada gebelerin evlilik yılı ortalamasının 7.25±4.60 olduğu saptanmıştır. Udry Jørgensen ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında birlikte yaşanan yıl YÜT uygulanan grupta 6.53±2.80, spontan gebe kalan grupta 3.23±2.53 olarak belirlenmiştir (10). Yılmaz ve Beji (2013a) tarafından PBE'nin Türkçe'ye uyarlandığı çalışmada gebelerin evlilik yılı 6.4±4.6 olarak bulunmuş (7) ve araştırma bulgularının benzer olduğu görülmüştür.

Araştırmada gebelerin aylık ortalama gelirin 2502.63±1435.32 TL, Yılmaz ve Beji'nin (2010) gebelerde prenatal bağlanmayı inceledikleri çalışmada ise 1479.2±1079.9 TL olduğu belirlenmiştir (12).

Araştırmada yer alan kadınların %69.9'unun ilk kez gebe kaldığı, %30.1'inin iki ve üstü gebeliği olduğu belirlenmiştir. Benzer şekilde Huang ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, kadınların %60.3'ünün ilk gebeliği olduğu belirlenmiştir (13).

Çalışmaya katılan gebelerin PBE puan ortalamaları 42.99±10.37 olarak bulunmuştur. Siddiqui ve Hagglöf (2000) tarafından spontan gebe kalan kadınların doğum öncesi ve sonrası prenatal bağlanmalarının değerlendirildiği çalışmada PBE puan ortalaması 57.42±8.89 (14); Vedova ve arkadaşlarının (2008) spontan gebe kalan kadınlarda prenatal bağlanmanın incelendiği çalışmada PBE puan ortalaması 60.91±9.28 (15); Yılmaz ve Beji (2013b) tarafından önceki



gebeliklerinde perinatal kayıp öyküsü olan gebelerin mevcut gebeliklerindeki prenatal bağlanmalarının incelendiği çalışmada ise PBE puan ortalaması  $60 \pm 10.43$  olarak bulunmuştur (16). İnfertilite tedavisi sonucu gebe kalan kadınlarla yapılan bu çalışmada PBE puan ortalamalarının diğer üç çalışmaya göre daha düşük olduğu görülmüştür. Bu durumun infertilite tedavisi sürecinde yaşadıkları stres, korku (özellikle gebeliğin sonlanabileceğine yönelik korku) ya da kaygıdan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Gebelerin PBE puan ortalamalarıyla gebelik haftaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $F=6.279$ ,  $p=0.002$ ,  $p>0.05$ ). Bu farkın ikinci ve üçüncü trimestirdaki gebelerden kaynaklandığı ( $p<0.05$ ), prenatal bağlanma puanlarının da gebelik haftası arttıkça düştüğü görülmüştür. Yılmaz ve Beji'nin (2010) spontan gebe kalan kadınlarla yaptığı çalışmada gebelik haftasıyla PBE puanı arasında ilişki olmadığı saptanmıştır (12). Kuo ve arkadaşlarının (2013) IVF yöntemiyle gebe kalan kadınlarla yaptığı çalışmada ise gebelerin maternal fetal bağlanma ölçeği toplam puan ortalamalarının gebelik haftası arttıkça yükseldiği belirlenmiştir (17). Tayvan'da YÜT tedavisiyle gebe kalan kadınlarda maternal fetal bağlanmanın incelendiği çalışmada, gebelik haftası arttıkça, bağlanma puanlarının arttığı (13), benzer şekilde Hjelmstedt ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada gebelik haftası arttıkça PBE puan ortalamalarının da arttığı belirlenmiştir (8). Bu çalışmada son üç çalışmasının aksine PBE puan ortalamasının gebelik haftası arttıkça düştüğü görülmüştür. Üçüncü trimestirda artan fiziksel sorunlar ve yaşanan ambivalan duyguların bu duruma yol açabileceği, ayrıca infertil bireylerde uzun ve zahmetli bir tedavi sonucu elde edilen gebelikten kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.

### Sonuç

İnfertilite tedavisi sonucu gebe kalan kadınlarla yapılan bu çalışmada PBE puan ortalamasının spontan gebe kalan kadınlara göre daha düşük olduğu görülmüştür.

Gebelikte, kadınların fetüs sayısının bağlanma düzeyini etkilemediği, prenatal bağlanma puan ortalamalarının gebelik haftası arttıkça düştüğü sonucuna varılmıştır.

Sonuç olarak; infertilite tedavisiyle gebe kalan kadınların prenatal bağlanma puanlarının diğer gebelere göre daha düşük olmasına yol açan ve özellikle gebelik haftasıyla puan ortalamaları arasındaki farkın nerden kaynaklandığını belirlemeye yönelik nitel araştırmalar yapılması önerilmektedir.

**İletişim:** Figen Kazankaya

**E-posta:** fgndgn@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Bozoky I, Corwin EJ. Fatigue as a predictor of postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 2001;31(4):436-443. doi: 10.1111/J.1552-6909.2002.Tb00066.X
2. Seven M, Akyüz A. Postpartum depresyon gelişiminde etkisi az bilinen bir faktör: İnfertilite. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2013;10(3):7-11.
3. Duyan V, Kapisız SG, Yakut Hİ. Doğum öncesi bağlanma envanteri'nin bir grup gebe üzerinde Türkçeye uyarlama çalışması. *The Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology* 2013;10(39):1609-1614.
4. Brandon AR, Pitts S, Denton WH, Stringer CA, Evans HM. A history of the theory of prenatal attachment. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 2009;23(4):201-222.
5. Oğuz HD. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda İnfertilitenin Ruh Sağlığına, Evlilik İlişkileri Ve Cinsel Yaşama Etkileri (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2004. [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/ruh\\_ag\\_hast/dr\\_havva\\_deniz\\_oguz.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/tez/pdf/ruh_ag_hast/dr_havva_deniz_oguz.pdf) adresinden alındı
6. Kavlak O, Saruhan A. İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Tıp Dergisi* 2002;41(4):229-232.
7. Yılmaz SD, Beji NK. Prenatal bağlanma envanterinin Türkçe'ye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013(a);16(2):103-109.
8. Hjelmstedt A, Widstrom AM, Collins A. Psychological correlates of prenatal attachment in women who conceived after in vitro fertilization and women who conceived naturally. *Birth* 2006;33:303-310. doi: 10.1111/j.1523-536X.2006.00123.
9. Winter C, Van Acker F, Bonduelle M, Van Berkel K, Belva F, Liebaers I, Nekkebroeck J. Depression, pregnancy-related anxiety and parental-antenatal

- attachment in couples using preimplantation genetic diagnosis. *Human Reproduction* 2016;31(6):1288-1299. doi: 10.1093/humrep/dew074.
10. Udry-Jørgensen L, Darwiche J, Germond M, Wunder D, Vial Y. Anxiety, depression, and attachment before and after the first-trimester screening for Down syndrome: comparing couples who undergo ART with those who conceive spontaneously. *Prenatal Diagnosis* 2015;35(13):1287-1293. doi: 10.1002/pd.4688
  11. Chen CJ, Chen YC, Sung HC, Kuo PC, Wan CH. Perinatal attachment in naturally pregnant and infertility-treated pregnant women in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing* 2011;67(10):2200-2208. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05665.x
  12. Yılmaz SD, Beji NK. Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler. *Genel Tıp Dergisi* 2010;20(3):99-108.
  13. Huang MZ, Kao CH, Lin KC, Hwang JL, Puthussery S, Gau ML. Psychological health of women who have conceived using assisted reproductive technology in Taiwan: findings from a longitudinal study. *BMC Women's Health* 2019;19(1):1-11. doi: 10.1186/s12905-019-0801-7
  14. Siddiqui A, Hagglöf B. (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother–infant interaction? *Early Human Development* 200;59:13-25. doi: 10.1016/S0378-3782(00)00076-1
  15. Vedova AMD, Dabrassi F, Imbasciati A. (2008). Assessing prenatal attachment in a sample of Italian women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2008;26(2):86-98. doi: 10.1080/02646830701805349
  16. Yılmaz SD, Beji NK. The effects of perinatal loss on the current pregnancy in Turkey. *Midwifery* 2013(b);29:1272-1277. doi: 10.1016/j.midw.2012.11.015
  17. Kuo PC, Bowers B, Chen YC, Chen CH, Tzeng YL, Lee MS. Maternal–foetal attachment during early pregnancy in Taiwanese women pregnant by in vitro fertilization. *Journal of Advanced Nursing* 2013;69:2502-2513. doi:10.1111/jan.121355.

# Çölyak Hastalığının Sıklık Artışında Helicobacter Pylori'nin Etkisi

## Effect of Helicobacter Pylori in Increasing Prevalence of Celiac Disease

Nezih Pişkinpaşa<sup>1</sup>



DOI: 10.17942/sted.797554

Geliş/Received : 20.09.2020  
Kabul/Accepted : 17.02.2021

### Öz

**Amaç:** Çölyak hastalığının rastlanma sıklığına Helicobacter pylori'nin etkisi araştırıldı.

**Gereç ve Yöntemler:** Histolojik ve serolojik olarak teşhis edilen 38 çölyak hastası (27 kadın, 11 erkek) çalışmaya dahil edildi. Ayrıca çölyak ile uyumlu bulgu saptanmamış 50 hasta da araştırmaya ilave edildi. İki grubun Helicobacter pylori prevalansları saptanarak aralarında farklılık olup olmadığı araştırıldı.

**Bulgular:** Çölyak hastalığı olgularının 20'sinde (%52,6), çölyak hastalığı olmayan grupta 36 (%72,0) hastada Helicobacter pylori pozitif bulundu. Çölyak hastaları grubu ile çölyak olmayan hastalar grubu arasında, Helicobacter pylori enfeksiyonu görülmesi bakımından, istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı (p=0,100).

**Sonuç:** Helicobacter pylori ile çölyak hastalığı arasındaki ilişki tartışmalıdır. Helicobacter pylori ile çölyak hastalığı arasındaki bağlantıyı anlamak için virülans araştırmaları da yapılmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Çölyak hastalığı, Helicobacter pylori, Prevalans

### Abstract

**Objective:** Investigating the effect of helicobacter pylori on the prevalence of celiac disease.

**Material and Methodology:** 38 celiac patients diagnosed in histologic and serologic terms (27 women and 11 men) were included in the survey. 50 more patients with no indication of celiac were also included in order to see if there is any difference by determining their helicobacter pylori prevalence.

**Findings:** Helicobacter pylori turned out as positive in 20 cases with celiac disease (52.6%) and in 36 cases without the disease (72%). No statistically significant difference was found between the two groups in terms of helicobacter pylori infection (p=0.100).

**Conclusion:** The relationship between helicobacter pylori and celiac disease is debatable. There is need to conduct virulence surveys as well to go deeper in understanding this relationship.

**Key words:** Celiac disease, Helicobacter pylori, Prevalence

1 Öğr. Gör. Dr.; Üsküdar Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Beslenme ve Diyetetik, İstanbul (Orcid No: 0000-0003-4509-19579)

## Giriş

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de tahıl ürünleri diyetin en önemli bileşenlerindedir. Çölyak hastalığında, bazı tahıl ürünlerinin diyetten çıkarılması gerekmektedir. Çölyak hastalığı (ÇH) genetik olarak yatkın olan bireylerde, gluten içeren gıdaların alınması ile ortaya çıkan, proksimal ince bağırsağı tutan ve glutene karşı kalıcı intolerans ile karakterize olup her yaşta görülebilen bir enteropatidir (1,2,3). Çölyak hastalığının tedavisi buğday (gliadin), çavdar (sekalin), arpa (hordein) ve yulaf gibi prolamin fraksiyonlarının kaynaklarının diyetten çıkarılmasıdır (4,5).

Günümüzde ÇH prevalansının neden arttığı iyi bilinmemektedir (6-10). Çalışmada çölyak hastalığının rastlanma sıklığına *Helicobacter pylori*'nin etkisi araştırıldı.

## Gereç ve Yöntem

Üsküdar Devlet Hastanesi'nde (Eski İstanbul Polis Hastanesi) çeşitli nedenlerle gastroskopi yapılan 14542 hastanın verileri değerlendirilmiştir. Rutin bir uygulama olarak antrum ile korpustan, gerekli görüldüğünde duodenum ikinci kitudan alınan örneklerin histolojik analizi yapılmıştır. Histolojik ve serolojik olarak teşhis edilen 38 çölyak hastası (27 kadın, 11 erkek) çalışmaya dahil edilmiştir. Malabsorbsiyon, diyare (steatore), kilo kaybı, vitamin eksiklikleri gibi semptomatik seyreden olgulardan, serolojik testleri pozitif olup, biyopside klasik patolojik değişiklikler görülenlerin tamamı çalışmaya katılmıştır. Ayrıca endoskopik işlem sırasında görünümün şüpheli olarak değerlendirilip duodenum 2. kitudan biopsiler alınan ama histolojik bulguların çölyak hastalığını desteklemediği ve latent, sessiz ve potansiyel çölyak hastalığını dışlamak için serolojik testleri de negatif olan yaş ve cinsiyet uyumlu, son dört hafta içerisinde antibiyotik ve proton pompa inhibitörü kullanımı olmayan 50 hasta (Bu kriterleri karşılayan hastaların tamamı) kontrol grubuna alınmıştır. İki grubun *H. pylori*

prevalanslarının saptanarak aralarında farklılık olup olmadığı belirlenmiştir.

Çalışmanın istatistiksel analizleri R 3.5.1. paket programında yapılmıştır. Değişkenlere ait tanımlayıcı ölçüler frekans ve yüzde ile gösterilmiştir. *Helicobacter pylori* varlığının gruplar arası karşılaştırmalarında Yates ki-kare ve Pearson ki-kare testleri kullanılmıştır. Çalışmadaki tüm istatistiksel analizlerde p değerinin 0,05'in altındaki sonuçları istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

## Bulgular

Çölyak olan ve olmayan hastaların demografik özellikleri tablo 1 de sunulmuştur. Çölyak hastası olgularının 20'sinde (%52,6) *H.pylori* var, 18 (%47,4) tanesinde yoktu (Tablo 2). Çölyak hastalığı olmayan grupta 36 (%72,0) hastada *H.pylori* pozitif bulundu. Hastaların 14 (%28,0) tanesinde *H.pylori* yoktu. Gruplar arasında *H.pylori* görülmesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmadı ( $p=0,098$ ) (Pearson ki-kare testi). Çölyak hastaları grubu ile Çölyak olmayan hasta grubu arasında *H.pylori* enfeksiyonu görülmesi bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmadı ( $p=0,100$ ) (Yates ki-kare testi).

## Tartışma

Çölyak Hastalığı ile *H. pylori* arasındaki ilişkiyi gösteren çalışmalarda farklı sonuçlara ulaşılmıştır. Bazı çalışmalarda ilişki bulunmazken, bazılarında *H. pylori* enfeksiyonunun koruyucu rolü olduğu iddia edilmiştir. Çölyak Hastalığı sıklığının, *H. pylori* enfeksiyonu varlığında arttığını ileri süren araştırmacılar da vardır.

Çalışmamızda ÇH olan ve olmayan hastaların *H.pylori* prevalansları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatürde ÇH grubu ve kontrol grubu arasında *H. pylori* prevalansı bakımından fark olmadığını gösteren

**Tablo 1.** Hastaların demografik özellikleri

	Çölyak hastaları	Çölyak olmayan hastalar
Yaş (yıl)	35,5±13,0	38,1±12,2
Kadın sayısı(Yüzde)	27 (%71,0)	35 (%70,0)
<i>Helicobacter pylori</i> pozitifliği sayısı (yüzde)	20 (%52,6)	36 (%72,0)

**Tablo 2.** Hastaların helicobacter pylori pozitifliği dağılımı

Hasta grupları	Helicobacter pylori var	Helicobacter pylori yok
Çölyak hastaları	20 (%52,6)	18 (%47,4)
Çölyak olmayan hastalar	36(%72,0)	14 (%28,0)

çok sayıda çalışma vardır. Luzzza ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ÇH teşhisi konulan 81 çocuk ve 81 yaş cinsiyet uyumlu kontrol grubu çalışmaya dahil edilmiş, H. pylori prevalansı sırasıyla %18,5 ve %17,3 olarak bulunmuştur (11). Diamanti ve arkadaşlarının çalışmasında ÇH grubunda %89,0 kontrol grubunda %97,0 değerleri elde edilmiş ve arasında istatistiki olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Rostami-Nejad ve ark.'nın ÇH hasta grubunda %82,0 kontrol grubunda %86,0 Jocefczuk ve ark.'nın çocuklarda yaptıkları çalışmada ÇH hasta grubunda %5,8, kontrol grubunda %6,4 ile istatistiki olarak anlamlı fark olmayan sonuçlara ulaşılmıştır (12-15).

Helicobacter pylori enfeksiyonun, ÇH açısından koruyucu rolünün olduğunu savunan araştırmacılar da bulunmaktadır (10,16-18). Lebowohl ve ark. çalışmalarında bu görüşü ileri sürmüştür. Kalabalık bir hasta grubuna üst gastrointestinal sistem endoskopisi yaparak hem mide hem de duodenumdan biopsiler almış, hasta sayısının 136179 olduğu çalışmada H.pylori ÇH birlikteliğinde %4,4 diğer grupta %8,8 değerlerine ulaşılmış ve istatistiki olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur(p<0,0001) (19). Narang ve arkadaşları da benzer sonuca ulaşmış; çalışmalarına 324 çölyak hastasını dahil etmişler ve H.pylori 37 (%11,4) hastada saptanmıştır. Çölyak hastalığı ve H. pylori arasında zıt ilişki olması H.pylori enfeksiyonunun koruyucu etkisinin olabileceği fikrini desteklemektedir (19). Villanacci ve arkadaşları da aynı düşünceyi savunmuş, H. pylori ile çölyak hastalığı birlikteliğinde villöz atrofi şiddetinin azlığından söz etmişlerdir (20).

Helicobacter pylori varlığında, çölyak hastalığının daha fazla görülebileceğini gösteren çalışmalar da vardır. Konturek ve arkadaşları ÇH'da H. pylori prevalansının arttığını saptamışlardı. Cag-A pozitif Helicobacter pylori prevalansının azalmış olmasının farklılıkların nedenini açıklayabilecek bir bulgu olabileceği düşünülmüştü(21).

Çalışma sonuçlarındaki farklılıkların nedeni virülans olabilir. Araştırmacılara göre düşük virulanslı H. pylori suşları ÇH'na eğilimi artırabilmektedir. Yüksek virülanslı H. pylori suşları ÇH sıklığını azaltabilmektedir (20). Bu tezin yeni araştırmalarla test edilmesi gereklidir.

**İletişim:** Dr. Nezh Piskinpaşa

**E-posta:** nezih.piskinpasauskudar.edu.tr

#### Kaynaklar

1. Green PH, Cellier C. Celiac disease. The New England Journal of Medicine 2007;357(17):1731-43.
2. Akbulut D, Ensari A. Çölyak hastalığı: Kapadokyalı Aretaeus'dan günümüze, bir hastalığın (d)evrimi. Güncel Gastroenteroloji 2020;24(1):1-5.
3. Yıldırım E. Çölyak hastalığı ve glutensiz besleme. Genel Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;2(3):175-187.
4. Gatti S, Lionetti E, Balanzoni L, Anil KV, Galeazzi T, Gesuita R, Scattolo N, Cinquetti M, Fasano A, Catassi C. Increased prevalence of celiac disease in school-age children in Italy. Clinical Gastroenterology and Hepatology 2020;18(3):596-603.
5. Metin S. Çölyak hastalığında nutrisyon. Güncel Gastroenteroloji 2016;20(3):259-62.
6. Rubio-Tapia A, Kyle RA, Kaplan EL, Johnson DR, Sayfa W, Erdtmann F, Brantner TL, Kim WR, Phelps TK, Lahr BD, Zinsmeister AR, Melton LJ, Murray JA. Increased prevalence and mortality in undiagnosed celiac disease. Gastroenterology 2009; 137(1): 88-93.
7. Catassi C, Kryszak D, Bhatti B, Sturgeon C, Helzlsouer K, Clipp SL, Gelfond D, Puppa E, Sferruzza A, Fasano A. Natural history of celiac disease autoimmunity in a USA cohort followed since 1974. Annals of Medicine 2010; 42(7):530-8.
8. Lohi S, Mustalahti K, Kaukinen K, Laurila K, Collin P, Rissanen H, Lohi O, Bravi E, Gasparin M, Reunanen A, Mäki M. Increasing prevalence of coeliac disease over time. Alimentary Pharmacology and Therapeutics 2007; 26(9):1217-25.
9. Uyanikoğlu A, Dursun H, Yenice N. Çölyak hastalığı ve Helicobacter pylori arasında bir ilişki var mı? Euroasian Journal of Hepatogastroenterology 2016;6(2):103-5.

10. Chen Y, Segers S, Blaser MJ. Association between *Helicobacter pylori* and mortality in the NHANES III study. *Gut* 2013;62(9):1262-9.
11. Luzza F, Mancuso M, Imeneo M, Mesuraca L, Contaldo A, Giancotti L, La Vecchia AM, Docimo C, Pensabene L, Strisciuglio P, Pallone F, Guandalini S. *Helicobacter pylori* infection in children with celiac disease: prevalence and clinicopathologic features. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 1999;28(2):143-6.
12. Diamanti A, Maino C, Niveloni S, Pedreira S, Vazquez H, Smecuol E, Fiorini A, Cabanne A, Bartellini MA, Kogan Z, Valero J, Mauriño E, Bai JC. Characterization of gastric mucosal lesions in patients with celiac disease: a prospective controlled study. *The American Journal of Gastroenterology* 1999; 94(5): 1313-9.
13. Rostami-Nejad M, Villanacci V, Mashayakhi R, Molaei M, Bassotti G, Zojaji H, Mirstatori D, Rostami K, Zali MR. Celiac disease and Hp infection association in Iran. *Revista espanola de enfermedades digestivas : organo oficial de la Sociedad Espanola de Patologia Digestiva* 2009;101(1):850-4.
14. Rostami Nejad M, Rostami K, Yamaoka Y, Mashayekhi R, Molaei M, Dabiri H, Al Dulaimi D, Mirsattari D, Zojaji H, Norouzinia M, Zali MR. Clinical and histological presentation of *Helicobacter pylori* and gluten related gastroenteropathy. *Archives of Iranian Medicine* 2011;14(2):115-8.
15. Jozefczuk J, Bancierz B, Walkowiak M, Glapa A, Nowak J, Piescikowska J, Kwiecien J, Walkowiak J. Prevalence of *Helicobacter pylori* infection in pediatric celiac disease. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 2015;19(11):2031-5.
16. Konturek PC, Karczewska E, Dieterich W, Hahn EG, Schuppan D. Increased prevalence of *Helicobacter pylori* infection in patients with celiac disease. *The American Journal of Gastroenterology* 2000;95(12):3682-3.
17. Aydoğdu S, Çakır M, Yüksekaya HA, Tümgor G, Baran M, Arıkan C, Yağcı RV. *Helicobacter pylori* infection in children with celiac disease. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 2008;43(9):1088-93.
18. Ciacci C, Squillante B, Rendina D, Limauro S, Bencivenga C, Labanca F, Romano R, Mazzacca G. *Helicobacter pylori* infection and peptic disease in coeliac disease. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology* 2000;12(12):1283-7.
19. Lebowohl B, Blaser MJ, Ludvigsson JF, Yeşil PH, Rundle A, Sonnenberg A, Genta RM. Decreased risk of celiac disease in patients with *Helicobacter pylori* colonization. *American Journal of Epidemiology* 2013(12);178:1721-30.
20. Villanacci V, Bassotti G, Liserre B, Lanzini A, Lanzarotto F, Genta RM. *Helicobacter pylori* infection in patients with celiac disease. *The American Journal of Gastroenterology* 2006;101(8):1880-5.
21. Konturek PC, Karczewska E, Dieterich W, Hahn EG, Schuppan D. Increased prevalence of *Helicobacter pylori* infection in patients with celiac disease. *The American Journal of Gastroenterology* 2000;95(12):3682-3.

# Birinci Basamak Sağlık Çalışanlarının Tüberküloz Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi (Sivas)

Assessment of Tuberculosis-Relation Information Level of Primary Healthcare Providers (Sivas)

Araştırma



Research

Esma Kılıç<sup>1</sup>, İrem Akova<sup>2</sup>, Öznur Hasdemir<sup>3</sup>

DOI:10.17942/sted.770287

Geliş/Received : 16.07.2020

Kabul/Accepted : 25.12.2020

## Öz

**Amaç:** Araştırmada birinci basamak sağlık çalışanların tüberküloz tanı ve tedavisindeki yaklaşımlarının ve farkındalıklarının değerlendirilmesi amaçlandı.

**Gereç ve Yöntem:** Kesitsel tipteki araştırma, Nisan 2019- Haziran 2019 tarihleri arasında Sivas il genelinde görev yapmakta olan aile hekimleri ve aile sağlığı çalışanları ile yürütüldü. Etik Kurul ve ilgili kamu kurumunun onayı alındı. Katılımcılara sosyodemografik veri formu ve Tüberküloz Bilgi Düzeyi Formu uygulandı. Verilerin analizinde Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis testi (post-hoc Mann Whitney U testi) ve Ki kare testi kullanıldı.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının önemli bir kısmı daha önce Verem Savaş Dispanserinde hiç çalışmamıştı (%96.5), son 12 ayda tüberküloz ile ilgili eğitim almamıştı (%88.3) ve mesleki yaşantısında tüberküloz hastası takibi ve tedavisi sırasında aktif olarak görev yapmamıştı (%53.6). 40 yaş üstünde olanların 40 yaş altında olanlara göre, erkeklerin kadınlara göre, hekimlerin ebe ve hemşirelere göre, daha önce Verem Savaş Dispanserinde çalışanların çalışmayanlara göre, son bir yılda tüberküloz eğitimi alanların eğitim almayanlara göre, tüberküloz hastasıyla karşılaşan ve takip-tedavide aktif görev yapanların aktif görev yapmayanlara göre Tüberküloz Bilgi Düzeyi Formu puan ortalamaları daha yüksekti. Tüberküloz bilgi düzeyi erkeklerin (%57.8) ve hekimlerin (%57.9) çoğunda çok iyi seviyedeydi.

**Sonuç:** Tedaviye dirençli vakaların giderek arttığı gerçeği de göz önünde bulundurularak yalnızca aile sağlığı çalışanlarının değil aile hekimlerinin de tüberküloz tedavisi ve görülme sıklığı konusundaki bilgi eksikliği düşündürücüdür. Bu yüzden tüberküloz ile ilgili bilgilerin güncellenmesi ve yeni gelişmeler konusundaki farkındalığın artırılması için daha sık eğitim düzenlenmesi önerilebilir.

**Anahtar sözcükler:** Tüberküloz, Aile hekimi, Aile sağlığı çalışanı

## Abstract

**Objective:** The study sought to assess the approach to and awareness of tuberculosis diagnosis and treatment by health workers in primary health care delivery.

**Material and Methodology:** This cross-sectional survey was conducted in the period April – June 2019 with the participation of family medicine physicians and family health workers in Sivas province. Approvals were taken from the ethics committee and relevant government authorities. Participants were applied sociodemographic data form and Tuberculosis Knowledge Level Form. Mann Whitney U test, Kruskal Wallis test (post-hoc Mann Whitney U test) and chi-square test were used in data analysis.

**Findings:** An overwhelming majority of health workers covered by the survey have never worked in a tuberculosis control dispensary (96.5%), not taken any training about tuberculosis within the last 12 months (88.3%) and performed no active duty in patient follow up and treatment in tuberculosis in their professional life (53.6%). Average scores in Tuberculosis Knowledge Level Form are higher among those over age 40 than under, among men than women, among physicians than midwives and nurses, among those who have earlier worked in Tuberculosis Control Dispensaries than those who have not, among those who have received training in tuberculosis within the last year than others who have not, and among those who have met tuberculosis patients and took active duty in their care than others who have not. The level of tuberculosis information is at satisfactory level among men (57.8%) and physicians (57.9%).

**Conclusion:** Given the fact that there is increase in treatment-resistant cases, the shortness of information on the part of both family health workers and family physicians on tuberculosis prevalence and treatment is well worth noting. It may therefore be suggested to update tuberculosis-related information and introduce more frequent trainings to build awareness about new developments in this field.

**Key words:** Tuberculosis, Family physician, Family health worker

1 Uzm. Dr.; Verem Savaşı Dispanseri, Sivas (Orcid No: 0000-0001-8503-4995)

2 Dr. Öğr. Üyesi., Sivas Cumhuriyet Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD, Sivas (Orcid No: 0000-0002-2672-8863)

3 Uzm. Ebe, İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Başkanlığı, Sivas (Orcid No:0000-0003-1087-2112)

## Giriş

En ölümcül bulaşıcı hastalıklardan biri olmaya devam eden Tüberküloz (TB) dünya genelinde önemli bir sağlık problemidir (1). M. tuberculosis, aktif pulmoner TB hastalığı olan bir kişiden aerosol damlaları yoluyla bulaşır. Aerosol damlacıklarını inhale eden kişilerin yaklaşık %10'u yaşamlarının herhangi bir döneminde aktif TB hastalığına yakalanır. Maruziyet sonrasındaki ilk iki yılda risk en fazladır (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya nüfusunun üçte birinde latent TB enfeksiyonu bulunduğunu tahmin etmekle birlikte, küresel 2014 TB raporunda, 2013 yılında, aktif TB vaka sayısının 14.1 milyon olduğu, 9 milyon yeni tanı alan vaka olduğu ve TB'ye bağlı 1.5 milyon ölüm meydana geldiği bildirilmiştir. Bunların yarısından fazlası %56'sı Güney Doğu Asya ve Batı Pasifik bölgelerindedir. Nüfusa göre hesaplandığında ise en yüksek vaka ve ölüm oranları 1/4 ile Afrika kıtasındadır (3). Ülkemizdeki verilere göre ise 2017 yılında yeni TB vaka sayısı 12.046 olarak belirlenmiştir (4).

TB ile mücadelede başta birinci basamakta çalışan hekimler olmak üzere sağlık çalışanlarının yaklaşımı, hastaların doğru yönlendirilip tedavilerinin uygulanması oldukça önemlidir. Kötü TB kontrolüne bağlı olarak ortaya çıkan ilaç direnci TB kontrolünü zorlaştıran önemli bir güncel sorun olarak özellikle düşük gelirli ülkelerde olmak üzere bütün insanlığın sağlığını etkilemektedir. Bu yüzden TB tanısını koyacak ve tedavi ve takip edecek olan hekimlerin bilgilerinin yeterli olması esastır.

Bu çalışmada birinci basamak sağlık çalışanlarının TB tanı ve tedavisindeki yaklaşımlarının ve farkındalıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, Nisan 2019- Eylül 2019 tarihleri arasında Sivas il genelinde İl Sağlık Müdürlüğüne (İSM) bağlı birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan aile hekimlerine (AH) ve aile sağlığı çalışanları (ASÇ) üzerinde yapılan kesitsel bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı merkezde 27 ve ilçelerde 22 Aile Sağlığı Merkezi (ASM)'nde görev yapmakta olan AH'lerin tümü (200 kişi) ve ASÇ'lerin tümü

(172 kişi) oluşturdu. Çalışma için örneklem seçilmedi, söz konusu kişilerin tümüne ulaşmak planlandı. Ancak araştırmaya katılmayı kabul eden 343 (171 AH-%85, 172 ASÇ-%100) sağlık çalışanı ile çalışma yürütüldü. Herhangi bir dışlama kriteri uygulanmadı.

Çalışma öncesi Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan etik onay (Karar No: 2019-04/16, Tarih: 17.04.2019) ve İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı'ndan kurum izni (14.05.19 tarih ve 19448395-044 sayılı) alındı. Katılımcılara çalışma hakkında bilgi verildi, çalışmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onam alındı. Araştırmacılar tarafından, çalışmanın amacına uygun olarak demografik bilgiler ve TB tanı, tedavi ve takibine yönelik sorulardan oluşan sosyodemografik veri formu ve Tüberküloz Bilgi Düzeyi Formu (TBBDF) hazırlandı. Bu veri toplama araçları çalışmanın yapılacağı ASM'lerde çalışan tüm AH ve ASÇ'lere araştırmacılar tarafından elden ulaştırılıp, aynı gün içerisinde toplandı.

Katılımcıların TB hastalığı hakkında bilgi düzeyini ölçmek için TBBDF kullanıldı. Formda toplam 20 soru yer almaktadır. Sorular; TB etkeni, belirtileri, tanı yöntemleri, bulaştırıcılığı etkileyen faktörler, tedavisi, tedavi sonrası ne zaman bulaştırıcılığın kalktığı, TB'de ilaç direnci ve ilaç direncine neden olan faktörlerin neler olduğu, TB'den korunma yöntemleri (kişisel ve kurumsal önlemler) gibi konuları içermektedir. Her bir soru alt seçeneklerden oluşmaktadır. Soruların cevapları DSÖ TB tedavi kılavuzu dikkate alınarak değerlendirildi. Her bir soru, seçenekleri doğru yanıtlayanlar için biliyor (5 puan), doğru yanıtlamayanlar için bilmiyor (0 puan) olarak puanlandı. Bilgi düzeyi puanı alt ve üst dilimlere kullanılarak zayıf (49 puan ve altı), orta (50-64 puan), iyi (65-79) ve çok iyi (80 puan ve üstü) şeklinde sınıflandırıldı. Toplam puan arttıkça bilgi düzeyi artmaktadır.

Çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS 22.0 programı ile değerlendirildi. Değerlendirmede ortalama, standart sapma ve yüzdelik dağılımı gibi tanımlayıcı istatistikler hesaplandı. Verilerin normalliğine Kolmogorov-Smirnov testi ile bakıldı. Veriler parametrik şartları sağlamadığından bağımsız iki grup için Mann Whitney U, ikiden fazla grup için Kruskal Wallis



**Tablo 1.** Sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre tüberküloz bilgi düzeyleri ve puan ortalamalarının dağılımı

Kişisel özellikler	Tüberküloz bilgi düzeyi				X ± SD
	Zayıf	Orta	İyi	Çok iyi	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Yaş (n; %)</b>					
<40 (218; 63.6)	15 (6.9)	48 (22.0)	87 (39.9)	68 (31.2)	69.70 ± 14.52
≥40 (125; 36.4)	5 (4.0)	13 (10.4)	51 (40.8)	56 (44.8)	74.16 ± 12.24
<b>Ortama yaş (X ± SD):</b>					
35,9 ± 8,1 (Min = 19, Max = 64)			$\chi^2 = 11.246$ p = 0.010		
<b>Cinsiyet (n; %)</b>					
Erkek (116; 33.8)	6 (5.2)	5 (4.3)	38 (32.8)	67 (57.8)	76.46 ± 12.80
Kadın (227; 66.2)	14 (6.2)	56 (24.7)	100 (44.1)	57 (25.1)	68.70 ± 13.71
			$\chi^2 = 43.093$ p = 0.001		U = 8040.50 p = 0.001
<b>Medeni durum (n; %)</b>					
Bekar+dul (84; 24.5)	2 (2.4)	13 (15.5)	29 (34.5)	40 (47.6)	74.04 ± 12.78
Evli (259; 75.5)	18 (6.9)	48 (18.5)	109 (42.1)	84 (32.4)	70.44 ± 14.13
			$\chi^2 = 7.552$ p = 0.056		U = 9404.50 p = 0.060
<b>Meslek (n; %)</b>					
1. Hekim (171; 49.9)	7 (4.1)	7 (4.1)	58 (33.9)	99 (57.9)	77.07 ± 12.31
2. Hemşire (52; 15.2)	6 (11.5)	16 (30.8)	22 (42.3)	8 (15.4)	65.57 ± 13.95
3. Ebe (120; 35.0)	7 (5.8)	38 (31.7)	58 (48.3)	17 (14.2)	65.62 ± 12.62
			$\chi^2 = 88.063$ p = 0.001		$\chi^2 = 78.133$ p = 0.001*
*Anlamlı fark ( $\chi^2$ ; p)	2-1 (93.969; 0,001)		3-1 (93.973; 0,001)		3-2 (No difference)
<b>Mesleki çalışma yılı (n; %)</b>					
≤5 (82; 23.9)	5 (6.1)	20 (24.4)	25 (30.5)	32 (39.0)	70.91 ± 14.57
6-10 (72; 21.0)	7 (9.7)	11 (15.3)	30 (41.7)	24 (33.3)	70.34 ± 14.59
11-15 (70; 20.4)	2 (2.9)	15 (21.4)	32 (45.7)	21 (30.0)	70.35 ± 14.30
≥16 (119; 34.7)	6 (5.0)	15 (12.6)	51 (42.9)	47 (39.5)	72.77 ± 12.73
			$\chi^2 = 11.798$ p = 0.225		$\chi^2 = 2.126$ ; p = 0.547

Kişisel özellikler	Tüberküloz bilgi düzeyi				X ± SD
	Zayıf	Orta	İyi	Çok iyi	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Daha önce verem savaşı dispanserinde çalışmış olma durumu (n; %)</b>					
Hayır (331; 96.5)	20 (6.0)	60 (18.1)	136 (41.1)	115 (34.7)	70.92 ± 13.77
Evet (12; 3.5)	0 (0.0)	1 (8.3)	2 (16.7)	9 (75.0)	82.50 ± 12.88
		$\chi^2 = 8.257$ p= 0.052			U=3040.50
<b>Son 12 ayda tüberkülozla ilgili eğitim alma durumu (n; %)</b>					
Hayır (303; 88.3)	18 (5.9)	58 (19.1)	124 (40.9)	103 (34.0)	70.70 ± 13.65
Evet (40; 11.7)	2 (5.0)	3 (7.5)	14 (35.0)	21 (52.5)	76.00 ± 14.94
		$\chi^2 = 6.402$ p= 0.094			U=7637.00
<b>Mesleki yaşantıda tüberküloz hastasıyla karşılaşma durumu (n; %)</b>					
Hayır (76; 22.2)	10 (13.2)	24 (31.6)	24 (31.6)	18 (23.7)	65.59 ± 15.61
Evet (267; 77.8)	10 (3.7)	37 (13.9)	114 (42.7)	106 (39.7)	72.95 ± 12.92
		$\chi^2 = 25.451$ p= 0.001			U=13086.50
<b>Mesleki yaşantıda tüberküloz hastası takibi ve tedavisi sırasında aktif görev yapma durumu (n; %)</b>					
Hayır (184; 53.6)	15 (8.2)	43 (23.4)	67 (36.4)	59 (32.1)	69.45 ± 15.19
Evet (159; 46.4)	5 (3.1)	18 (11.3)	71 (44.7)	65 (40.9)	73.49 ± 11.89
		$\chi^2 = 13.904$ p= 0.003			U=17022.50
<b>Aile bireyleri arasında tüberküloz hastalığı geçirme durumu (n; %)</b>					
Hayır (323; 94.2)	19 (5.9)	59 (18.3)	129 (39.9)	116 (35.9)	71.14 ± 13.89
Evet (20; 5.8)	1 (5.0)	2 (10.0)	9 (45.0)	8 (6.5)	74.25 ± 13.79
		$\chi^2 = 0.956$ p= 0.834			U=3694.50
<b>Sigara kullanma durumu (n; %)</b>					
Hayır (263; 76.7)	15 (5.7)	50 (19.0)	101 (38.4)	97 (36.9)	71.52 ± 13.63
Evet (80; 23.3)	5 (6.3)	11 (13.8)	37 (46.3)	27 (33.8)	70.68 ± 14.74
		$\chi^2 = 2.091$ p= 0.554			U=10457.00

testi (post-hoc Mann Whitney U testi) uygulandı. Sayımla elde edilmiş verilerin değerlendirilmesinde Ki kare testi kullanıldı. Hem asimptotik hem de exact p değerleri Ki kare analizi için hesaplandı. Yanılma düzeyi 0,05 olarak alındı.

### **Bulgular**

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının demografik özelliklerine göre tüberküloz bilgi düzeyleri ve puan ortalamalarının dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. Katılımcıların yaş ortalaması  $35,9 \pm 8,1$  olup, 40 yaş altında olanlar çoğunlukta (%63.6). 40 yaş üstünde olanların TBBD puan ortalamaları daha yüksekti ( $p < 0.05$ ). Her iki yaş grubunda da TBBD (Tüberküloz Bilgi Düzeyi) iyi ve çok iyi olanların oranı daha fazlaydı ( $p < 0.05$ ). Katılımcıların çoğu kadındı (%66.2) ve erkeklerin TBBD puan ortalamaları daha yüksekti ( $p < 0.05$ ). TBBD erkeklerin çoğunda (%57.8) çok iyi seviyede, kadınların %44.1'inde iyi seviyede ( $p < 0.05$ ). Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çoğu (%75.5) evliydi ve medeni duruma göre TBBD ve TBBD puan ortalamaları arasında fark yoktu ( $p > 0.05$ ). Katılımcıların %49.9'u hekimdi ve hekimlerin TBBD puan ortalamaları ebe ve hemşirelere göre daha yüksekti ( $p < 0.05$ ). Ebe ve hemşireler arasında ise puan ortalamaları açısından fark yoktu ( $p > 0.05$ ). Hekimlerin çoğunda (%57.9) TBBD çok iyi seviyede, hemşire (%42.3) ve ebelerde (%48.3) ise iyi seviyede olanların oranı daha fazlaydı ( $p < 0.05$ ). Mesleki çalışma yılı açısından 16 yıldan fazla çalışanlar çoğunlukta (%34.7) ve çalışma yılı grupları arasında TBBD ve TBBD puan ortalamaları arasında fark yoktu ( $p > 0.05$ ).

Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının önemli bir kısmı daha önce Verem Savaş Dispanserinde (VSD) hiç çalışmamıştı (%96.5) ve son 12 ayda TB ile ilgili eğitim almamıştı (%88.3) (Tablo 1). Beklendiği şekilde daha önce VSD' de çalışanların ve TB eğitimi alanların TBBD puan ortalamaları daha yüksekti ( $p < 0.05$ ). Katılımcıların çoğu (%77.8) mesleki yaşantıları boyunca TB hastasıyla karşılaşmışken, mesleki yaşantısında TB hastası takibi ve tedavisi sırasında aktif olarak görev almayanların oranı %53.6 idi. TB hastasıyla karşılaşan ve takip-tedavide aktif görev yapanlarda TBBD puan ortalamaları daha yüksekti ( $p < 0.05$ ) ve TBBD iyi ve çok iyi olanların oranı daha fazlaydı ( $p < 0.05$ ). Sağlık çalışanlarının %94.2'sinin aile bireylerinde TB geçiren yoktu ve

%76.7'si sigara kullanmıyordu. Ailesinde TB geçiren olma ve sigara kullanma durumları açısından TBBD ve TBBD puan ortalamaları arasında fark yoktu ( $p > 0.05$ ) (Tablo 1).

Genel olarak bakıldığında TBBD sorularının çoğunun doğru cevaplanma yüzdesi fazlaydı. Doğru cevaplanma yüzdesi en yüksek olan sorular TB' nin bildirimi zorunlu bir hastalık olduğu (%95.9), en sık akciğerler olmak üzere akciğer dışı birçok organda da görülebildiği (%93) ve akciğer TB' li hastaya sağlık hizmeti sunarken ortamın havalanmasının sağlanması, hastaya ve kendisine maske takması gerektiği (%93) ile ilgili sorulardı. Yanlış cevaplanma yüzdesi en yüksek olan sorular ise TB' nin ülkemizde hangi sıklıkta (bir yılda) görüldüğü (%79.9) ve ülkemizdeki TB tedavisinin hangi ilaçlardan oluştuğu (%71.7) ile ilgili sorulardı. Söz konusu bu sorular hekimlerin de çoğu tarafından yanlış cevaplanan sorulardı (sırasıyla %78.4, %56.7). Ebe ve hemşireler ise bu iki soruya ek olarak TB hastalığı için en yüksek risk yapan faktör ve BCG aşısı yapılmış birinde PPD (+) demek için endurasyon çapının ne olması gerektiği ile ilgili soruları da çoğunlukla (sırayla ebe; %66.7 ve %53.3, hemşire; %65.4 ve %55.8) yanlış cevapladı. Hemşireler bu sorularla birlikte TB bulaşmış bir kişinin hastalanmadan hayatı geçirip geçiremeyeceği, VSD'nin özelliklerinin neler olduğu ve TB'li bir annenin çocuğunu emzirip emziremeyeceği ile ilgili sorulara da çoğunlukla yanlış cevap verdi (sırayla %61.5, %53.8, %57.7).

### **Tartışma**

Sağlık kuruluşlarının her basamağında, her kademedeki sağlık çalışanlarının TB'li vaka ile karşılaşma oranları yüksek olduğundan, TB'den korunma ve tüberküloz yayılımını kontrol etme adına, korunma yöntemleri ve TB ile mücadele eylem planı hakkında yeterli ve sürekli hizmet içi eğitim almaları mutlak önem arz etmektedir.

Çalışmamızda TBBD puanını etkileyen faktörlerden yaş, cinsiyet, yakınlarında TB geçirme öyküsü olma ve meslek grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık elde edilmiştir. Araştırmamızda 40 yaş üzerindeki sağlık çalışanlarında TBBD puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Topbaş ve ark. tarafından yapılan çalışmada da benzer şekilde öğrencilerin toplam

bilgi puanı ile yaş arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu ve yaş arttıkça TBBDF puanı arttığı tespit edilmiştir (5). Araştırmamıza katılan erkeklerde TBBDF puan ortalaması kadınlara göre anlamlı yüksek bulunmuştur. Daha önce yapılan bir araştırmada ise toplam bilgi puanı ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olmadığı saptanmıştır (6). Araştırmamızda hekimlerin TBBDF puan ortalamaları ebe ve hemşirelere göre daha yüksekti. Enginyurt'un yaptığı çalışmada da benzer şekilde doktorların TBBDF puanı diğer sağlık personeline göre daha yüksek bulunmuştur (6).

İstanbul'da yapılan bir araştırmada birinci derece yakınında TB bulunan bireylerin TB bilgi puan ortalaması daha yüksek olduğu bulunmuştur (7). Çalışmamızda ise ailesinde TB geçiren bireyin olma durumunun bilgi düzeyini etkilemediği saptanmıştır. Bu farklılığın olmaması ailesinde TB geçiren birey sayısının düşük olması ile ilişkilendirilebilir.

Çalışmamızda TB'nin Türkiye'deki sıklığı sorulduğunda yalnızca 37 hekim yüz binde 17 gördüğünü bildirdi ve hekimlerin çoğunluğu (%78,4) bu konuda hiçbir fikri olmadığını belirtti. Kara ve ark.'nın pediatri asistanlarıyla yürüttüğü çalışmada TB'nin Türkiye'deki sıklığı sorulduğunda hekimlerin çoğunluğu (%55,5) bu konuda hiçbir fikri olmadığını belirtmiştir (8). Ülkemizde TB'nin sıklığı hakkında hekimlerin çoğunun doğru bilgiye sahip olmaması, özellikle ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiğinden oldukça düşündürücüdür.

Araştırmaya katılan hekimlerin tamamının TB hastalığının solunum yolu ile bulaştığını bilmesi ve hekimlerin %93.6'sının TB belirtileri sorusuna doğru yanıt vermesi, hekimlerin gerekli hastalarda TB hastalığını akla getirdiklerini göstermiştir. Hekimlerin 168'i (%98.2) TB'nin en sık akciğerler olmak üzere akciğer dışı birçok organda da görülebilen bir hastalık olduğunu belirtmiştir. Hekimlerin çoğunun bu konuda bilgisinin olması oldukça olumlu bulunmuştur.

Çalışmamızda hekimlerin %56.7'sinin TB tedavisinde gerekli ilaç kombinasyonunu bilmedikleri saptanmıştır. Uçan ve ark.'nın Ege

Bölgesi hekimleri üzerinde yaptıkları çalışmada, çalışmaya alınan hekimlerin %53'ünün 4'lü antitüberküloz tedavi ile tedaviye başladıkları bildirilmiştir (9).

Çalışmamızda TB tedavi süresi sorulduğunda hekimlerin %67.8'i 6 ay olarak doğru cevaplarken, %32.2'si tedavi süresini yanlış belirtmiştir. Cirit ve ark.'nın Afyon'da yaptığı çalışmada hekimlerin %34.6'sı 6 ay, %38.5'i 9 ay, %24'ü 12 ay tedavi verilmesi gerektiğini belirtmiştir (10). Buradan da hekimlerin TB tedavi süresini yüksek oranda doğru bilmelerine karşın önemli bir kısmının tedavi süresi hakkında bilgilendirilmeye ihtiyacı olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda hemşirelerin TB bilgi düzeyi puanı ortalaması  $65.57 \pm 13.95$ , ebelerin ise  $65.62 \pm 12.62$  olup, TB bilgi düzeylerinin iyi derecede olduğu ve bu iki meslek grubu arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Benzer soruların yer aldığı bir çalışmada hemşirelerin TB bilgi düzeyi puan ortalaması  $78.66 \pm 15.14$  olarak bulunmuştur (8). Bizim çalışmamıza göre bu çalışmaya katılan hemşirelerin TBBDF puan ortalamasının yüksek çıkması, göğüs hastalıkları hastanesinde çalışmaları sebebiyle TB hastası ile karşılaşma sıklıklarının daha yüksek olması ile açıklanabilir.

### Sonuç

Çalışmamız, birinci basamak sağlık çalışanlarının TB hastalarına yaklaşımları ve bu konudaki bilgi seviyesini ölçmek, eğitimin gerekli olup olmadığı hakkında fikir edinmek için planlanmıştır. Sağlık çalışanlarının verdikleri yanıtlar literatür ile karşılaştırıldığında sonuçlar benzer olmakla birlikte katılımcıların hiçbiri tüm soruları doğru yanıtlayamamıştır. AH'lerinin TB konusundaki bilgi düzeyi ve farkındalıklarının ASÇ'lere göre daha iyi seviyede olduğu görülmekle birlikte özellikle ASÇ'lerin konu hakkındaki farkındalıkları yeterli seviyede değildir. Tedaviye dirençli vakaların giderek arttığı gerçeği de göz önünde bulundurularak yalnızca ASÇ'lerin değil AH'lerinin de TB tedavisi ve görülme sıklığı konusundaki bilgi eksikliği düşündürücüdür. Bu yüzden TB ile ilgili bilgilerin güncellenmesi ve yeni gelişmeler konusundaki farkındalığın artırılması için daha sık eğitim düzenlenmesi önerilebilir.

**İletişim:** Dr. İrem Akova

**E-posta:** irem-007@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Iribarren SJ, Schnall R, Stone PW, Carballo-Diéguez A. Smartphone Applications to Support Tuberculosis Prevention and Treatment: Review and Evaluation. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2016;4(2):25. doi: 10.2196/mhealth.5022.
2. Chapman HJ, Lauzardo M. Advances in diagnosis and treatment of latent tuberculosis infection. *J Am Board Fam Med*. 2014;27(5):704-12.
3. Derseh D, Moges F, Tessema B. Smear positive pulmonary tuberculosis and associated risk factors among tuberculosis suspects attending spiritual holy water sites in Northwest Ethiopia. *BMC Infect Dis*. 2017;17(1):100.
4. Akalın Ş, Ertaş M, Varkal E, Sadık AS. Denizli merkezindeki aile hekimlerinin tüberküloz tanı ve tedavisine yaklaşımları. *Pamukkale Tıp Dergisi*. 2014;7(3):214-217.
5. Topbaş E, Bingöl G, Bulut S. Tüberküloz Farkındalık Düzeyinin Belirlenmesi: Sağlık Yüksekokulu Örneği. *Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi*. 2016;7:69-82
6. Enginyurt Ö. Tüberküloz Farkındalık Değerlendirmesi. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*. 2016;8(6):25-35
7. Taşkın Yılmaz F, Gülen Tuna A, Çevik Y, Kılıçarslan N. Göğüs Hastalıkları Hastanesinde Görev Yapan Hemşirelerin Tüberküloza İlişkin Bilgi Düzeyleri. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*. 2011;19(1):37-44 Issn 1304-4869
8. Kara A, Doğar Ö, Kanık Yüksek S, Apa H, Bayram N, Güneş T, et al. Pediatri Asistanlarının Tüberküloz Hakkında Bilinç ve Bilgi Düzeyi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*. 2015;5:48-53.
9. Uçan ES, Altınışik G, Akpınar O, Kılınç O. Tüberkülozun Endemik Olduğu Türkiye'de Ege Bölgesi Hekimlerinin Tüberküloz Savaşına Bakışları. *Solunum*. 1996;20:177-184.
10. Cirit M, Orman A, Ünlü M. Afyon İlindeki Hekimlerin Tüberküloz Tanı ve Tedavisine Yaklaşımları. *Türk Toraks Dergisi*. 2003;4(2):133-137.

# Kırsal Bölgede Yaşayan Kadınların Serviks ve Meme Kanseri Taramalarına Katılım ve Bilgi Durumları

Knowledge and Participation About Breast and Cervical Cancer Screening Among Rural Women

Araştırma



Research

Zeynep Saçıkara<sup>1</sup>, Deniz Koçoğlu Tanyer<sup>2</sup>

DOI: 10.17942/sted.652657

Geliş/Received : 28.11.2019

Kabul/Accepted : 20.04.2020

## Öz

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı kırsal bölgede yaşayan 40 yaş ve üstü kadınların serviks ve meme kanseri taramalarına katılım durumlarının saptanması ve taramalara katılımın sosyodemografik özellikler, ailesel özellikler ve taramalara yönelik bilgi durumu ile ilişkisinin incelenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı türdeki çalışmanın örneğini 40 yaş ve üstü meme ve serviks kanseri tanısı olmayan 285 kadın oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında anket formu kullanılmıştır. Analizinde ise ki-kare testi kullanılmıştır. Etik izin alınmıştır.

**Bulgular:** Meme ve serviks kanseri taramaları ilgili eğitim alan kadınların oranı %44,9 olup bunlardan %82,0'ının eğitimi hemşireden aldığı belirlenmiştir. Kadınlardan %57,5'inin KKMM'ni en az bir kez yapmıştır ve yapma sıklığı düzenli olanların oranı yalnızca %22,0'dur. Kadınların %74,7'sinin mamografiyi hiç yaptırmadığı ve %66,7'sinin hiç Pap smear testi yaptırmadığı belirlenmiştir. Sosyodemografik özelliklerden yaşanan yerin ve ekonomik durumun meme kanseri taraması(mamografi) katılım durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Kadınların meme ve serviks kanser taramalarını bilme durumu ile taramalara katılım durumları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

**Sonuç:** Çalışmamızın bulguları doğrultusunda kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına yönelik bilgi durumunun, katılım durumunu etkilediği ve yetersiz olduğu görülmüştür

**Anahtar sözcükler:** Meme kanseri, Serviks kanseri, Tarama, kırsal alan

## Abstract

**Objective:** The objective of this study was to examine the extent to which rural women at age 40 and over participate to cervical and breast cancer surveillance and changes in this participation by such variables as sociodemographic and familial characteristics and information about surveillance programmes.

**Material and Methodology:** The survey sample consisted of 285 women at age 40 and over without any diagnosis of breast and cervical cancer. A questionnaire form was used in collecting relevant data and chi-square test was used in their analysis. Ethics committee approval was taken.

**Findings:** The proportion of women receiving training in breast and cervical cancer is 44.9%, and 82% of these women received their training from nurses. 57.5% of women have had at least one BSE (Breast Self-Exam) while only 22% do it regularly. It was found that 74.7% of women have never had mammography and 67.7% have never taken Pap smear test. There is a meaningful relationship between the place of living and socioeconomic status as sociodemographic characteristics on the one side and participation to breast cancer surveillance (mammography) on the other ( $p<0.05$ ). There is also significant relationship between the status of information on the part of women concerning breast and cervical cancer surveillance services and their participation to ( $p<0.05$ ).

**Conclusion:** Findings of the study suggest that the level of information of women about breast and cervical cancer surveillance affects their participation and it is presently insufficient.

**Key words:** Breast cancer, Cervical cancer, Screening, Rural area

1 Öğr. Gör.; Necmettin Erbakan Ü. Hemşirelik Fak. Konya, (Orcid No: 0000-0003-0392-5327)

2 Doç. Dr.; Selçuk Ü. Hemşirelik Fak., Halk Sağlığı Hemşireliği, Konya (Orcid No: 0000-0001-9496-8749)

## 1. Giriş

Kanser nedeni bilinen ölümler arasında kalp ve damar hastalıklarından sonra ikinci sırada yer almakta ve bu özelliği ile önemli bir halk sağlığı problemi olarak kabul edilmektedir (1,2).

Dünya'da 2018 yılında toplam yeni kanser vakası 18,1 milyon iken kansere bağlı ölüm 9,6 milyon olmuştur. Akciğer, meme ve kolorektal kanserler insidans açısından ilk üç sıradaki kanser türleridir. Kadınlar arasında en sık kanser tanısı meme kanseri olmakla birlikte kadınlardaki kanser ölümlerinin önde gelen nedenidir. Rahim ağzı kanseri ise hem insidans hem de mortalite açısından dördüncü sıradadır (3).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre 2012 yılında 16,1 milyon kadına meme kanseri, 528.000 kadına ise serviks kanseri tanısı konulmuştur (4). Kadın cinsiyet için, 2018-2040 yılları arasında yaklaşık yeni kanser vakasının 5 milyon ve kansere bağlı ölümün 3 milyon artacağı tahmin edilmektedir (5). Ülkemizde de dünyada olduğu gibi meme kanseri kadınlarda en sık görülen ve en fazla ölüme sebep olan kanser türüdür. Kadınlarda meme kanseri en sık görülen 10 kanser türü arasında ilk sırada yer alırken, serviks kanseri ise dokuzuncu sırada yer almaktadır (6). Kanser insidansı ve mortalitesindeki artış, kanserin erken teşhis ve tedavisinin önemli olduğunu göstermektedir. Meme ve serviks kanseri insidansında 40 yaşından sonra artış olmaktadır (7).

Kanser önlenemez, erken teşhis konulduğunda tedavi edilebilir bir hastalıktır. Kanser taramasıyla bireylerde, klinik bulgu oluşmadan ve tedavi edilebilecek dönemde kanseri yakalama hedeflenmektedir (8). Taramalarla meme, serviks, kolon, rektum, prostat ve deri kanserleri erken evrede tespit edilebilmekte ve çoğu için erken tanı ile ölüm oranları düşmektedir (9, 10). Tarama çalışmaları ülkemizde 2006 yılında başlamış olup Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri (KETEM) ile yürütülmektedir. Ulusal Kanser Tarama Standartları (UKTS) içerisinde meme kanseri, serviks kanseri, kolorektal kanser için standartlar belirlenmiş ve 2012 yılında yapılan bazı değişikliklerle birlikte standartlar halen uygulanmaktadır (T.C Sağlık Bakanlığı, 2018).

Ülkemizde meme kanserinin erken tanısında kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ve

mamografi gibi tarama yöntemleri kullanılırken, serviks kanserinin tanısında Pap smear testi kullanılmaktadır. Kadınlarda kanser farkındalığını artırmak ve meme kanserinin erken tanısı için KKMM hakkında bilgi verilmeli ve ayda bir yapmaları önerilmelidir. 40-69 yaş arası bütün kadınların ise iki yılda bir mamografi çekilmesi gereklidir. Serviks kanseri erken tanısı için 30-65 yaş arası kadınlarda beş yılda bir Pap smear testi ya da HPV testi yapılmalıdır (11). Meme ve serviks kanserlerinden ölüm oranı 50 ile 75 yaş arasındaki kadınlarda rutin mamografi ve Pap smear uygulamasıyla %25-30 oranında düşmektedir (7,9).

Türkiye' de meme kanseri taramasında hedef grubun %33,5'ine, serviks kanseri taramasında ise hedef grubun %82,6'sına 2014 yılında ulaşılmıştır ve yıllar içinde de bu oranlarda düzenli bir artış görülmektedir (12). Gelişmiş ülkelerde, 40-74 yaş arası kadınlarda meme ve serviks kanseri tarama programına katılım serviks kanserinde %91'lere, meme kanserinde ise %93'lere ulaştığı saptanmıştır ve ancak halen ülkemiz bu oranların gerisinde kalmıştır. (13). Meme ve serviks kanseri taramalarıyla ölüm oranları azaltılabilmekte iken kadınların bu taramaları orta düzeyde bilmeleri ve taramalara düşük oranlarda katılmaları ciddi bir sorundur (14).

Literatürde meme ve serviks kanser taramalarına katılım durumunu düşük eğitim düzeyinin, yüksek doğum sayısının, düşük sosyoekonomik seviyenin, korku ve utanmanın olumsuz etkilediği bulunmuştur (15-17). Kırsal bölgede yaşayanların meme ve serviks kanseri taramalarına katılımının kentsel bölgeye göre daha düşük olduğu bulunmakla birlikte sağlığın sosyal belirleyicilerinin burada da etkili olduğu görülmektedir (18). Ayrıca kadınların taramalara katılım oranının artırılması için bazı programlar da geliştirilmekte ve bu programlar kadınlar için tarama ve tanı çözümüne uyumu artırmada uygun maliyetli bir yol olarak etkili görülmektedir (19, 20).

Kanser tarama programlarına katılımı artırmak amacıyla halkın kanserlerden korunma ve erken tanı konularında bilgilendirilmesi önemlidir ve bu aşamada hemşireler etkin rol oynamaktadır. Kadınların taramalara katılım ve bilgi durumlarının belirlenmesi, etkin tarama politika ve

programlarının düzenlenebilmesi, sağlık çalışanları tarafından tarama programlarına yönlendirilebilmesi ve programların etkinliğinin değerlendirilebilmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Özellikle dezavantajlı bölgelerde bu konu önemle ele alınmalıdır. Araştırmanın amacı, kırsal bölgede yaşayan 40 yaş ve üstü kadınların serviks ve meme kanseri taramalarıyla ilgili bilgi düzeyi ve katılım durumlarının saptanması ve taramalara katılımın sosyodemografik özellikler, ailedeki kanser öyküsü ve taramalara yönelik bilgi durumuna göre değişiminin değerlendirilmesidir.

### **Araştırma soruları**

- 1.Kadınların meme ve serviks kanseri taramaları hakkında bilgi durumları nedir?
- 2.Kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına katılım durumları nedir?
- 3.Kadınların taramalara katılımları sosyodemografik özelliklere göre farklılık gösterir mi?
- 4.Ailedeki kanser öyküsü kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına katılımında farklılık gösterir mi?
5. Kadınların meme ve serviks kanseri taramaları hakkında bilgi durumlarına göre taramalara katılımı oranı farklı mıdır?

### **2. Gereç ve yöntem**

Bu araştırma tanımlayıcı türde bir çalışmadır. Araştırma Konya İli Kadınhanı İlçesinde Bir Nolu Aile Sağlığı Merkezinde ve Kadınhanı Devlet Hastanesi'nde yapılmıştır. Kadınhanı İlçesi 16.431 erkek, 16.239 kadın olmak üzere toplam 32.670 nüfusa sahiptir. İlçe merkezinde bir Aile Sağlığı Merkezi ve bir ilçe devlet hastanesi bulunmaktadır. Bir Nolu Aile Sağlığı Merkezinde toplam yedi aile hekimi ve yedi ebe çalışmaktadır. Aile sağlığı merkezi toplam 13.850 nüfusa sahiptir. Araştırma verileri Şubat-Nisan 2017 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın evrenini Bir Nolu Aile Sağlığı Merkezine ve Kadınhanı Devlet Hastanesi'ne herhangi bir sebeple başvuran 40 yaş ve üstü meme ve serviks kanseri tanısı olmayan kadınlar oluşturmaktadır.

Araştırmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde "P'yi d kadarlık mutlak yüzde

puanı içinde %99 güven kestirmek için gerekli örneklem büyüklüğü" tablosundan yararlanılmıştır (21). Tabloda belirtilen örneklem büyüklükleri %99 güven aralığında standartlaştırılmış güven aralığı genişliği 0,30'e göre 284'dir. Araştırmanın çalışma grubunu veri toplanan 285 kişi oluşturmuştur. Araştırmaya 40 -70 yaş arası, iletişim problemi olmayan ve meme /serviks kanser tanısı almamış bireyler dâhil edilmiştir. Örnek seçiminde olasılıksız örnekleme yöntemlerinden belirli bir kuruma başvuranların alındığı gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Araştırma öncesi Selçuk Üniversitesi Selçuk Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan Etik Kurul onayı alınmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden gerekli izinler alınmıştır. Katılımcılara anket formları doldurulmadan önce bilgilendirilmiş onam formu imzalatılmıştır.

### **Veri toplama araçları ve tekniği**

Verilerin toplanmasında literatür (Duman ve ark 2015,Avcı ve ark 2015) incelemesi sonucunda hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Veriler araştırmacılar ve ASM' de çalışan bir sağlık personeli tarafından toplanmıştır. Anket formunda kadınların sosyodemografik özelliklerine yönelik yedi soru, ailedeki kanser öyküsüne yönelik dört soru, meme kanseri tarama özelliklerine yönelik on soru, serviks kanseri tarama özelliklerine yönelik beş soru olmak üzere toplam 30 soru bulunmaktadır.

### **Araştırmanın değişkenleri**

Bağımlı değişken meme ve serviks kanseri taramalarına katılım durumu iken; bağımsız değişken, kadınların sosyodemografik özellikleri, ailedeki kanser özellikleri ve kanser taramaları bilgi durumudur.

### **Verilerin analizi**

İstatistiklerde SPSS 20.0 programından yararlanılmıştır. Tanımlayıcı istatistiklerde ortalama, yüzde ve standart sapma; önemlilik testlerinde ki-kare analizi kullanılmıştır. Analizlerde 2×2 tablolarda gözlenen değerler 25 ve 25'in üzerinde ise Pearson ki -kare testi, gözlenen değerler 25'in altında ve beş'in üzerinde ise Yates ki-kare testi, gözlenen değer bir ya da beklenen değer beşin altında ise Fisher kesin testi kullanılmıştır. Tabloların çok gözlü ki-kare



düzenlerinde, gruplar arasındaki farka bakılmış olup anlamlı çıktığı durumlarda farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı araştırılmıştır (22). Önemlilik düzeyi için  $p < 0,05$  kabul edilmiştir.

### 3. Bulgular

Çalışmaya katılan kadınların yaş ortalaması  $51,4 \pm 8,4$ 'tür. Evli olanların oranı %85,3 iken, kadınların %56,1'i ilköğretim mezunu ve %93,7'si ise ev hanımıdır. En uzun süre yaşadığı yer ilçe merkezi olanların oranı %64,9 olarak belirlenmiş ve %91,2'sinin sağlık güvencesi vardır. Kadınların %82,5'i ekonomik durumunu orta-kötü olarak değerlendirmekte, %71,6'sı sağlık kurumuna ulaşım sorununun yaşamamaktadır.

Meme ve serviks kanseri taramaları ilgili eğitim alan kadınların oranı %44,9'dur ve eğitim alanların %82,0'inin hemşireden eğitim aldığı belirlenmiştir. Kadınlardan KKMM'ni bilenlerin oranı %59,6 iken KKMM'nin yapılma sıklığını %29,5'i ayda bir kez olarak belirtmiştir. Kadınların %46,7'si mamografiyi bilmektedir ve bilenlerin %23,2'sinin mamografiyi iki yılda bir kez yaptırmaya gerektiğini belirttiği görülmüştür. Kadınların %47,0'ı Pap smear testini bildiğini, yapılma sıklığına ise %24,2'si beş yılda bir kez olarak belirtmiştir.

Kadınlardan %57,5'inin KKMM'ni en az bir kez yaptığı, yapma sıklığı düzenli olanların oranının yalnızca %22,0 olduğu ve yapmayanların ise %63,6'sının nasıl yapıldığını bilmediği için yapmadığı belirlenmiştir. Kadınlardan mamografiyi %74,7'sinin hiç yaptırmadığı, yaptıranların ise %29,2'sinin iki yılda bir kez yaptırdığı, mamografi hiç yaptırmayanların %44,6'sinin bilgisizlikten, %41,8'inin ise gereksiz bulunduğu için yaptırmadığı belirlenmiştir. Kadınlardan %66,7'sinin hiç Pap smear testi yaptırmadığı, Pap smear testini %41,1'inin ihmalinden, %38,4'ünün bilgisizlikten yaptırmadığı belirlenmiştir. Pap smear yaptıranların ise %25,3'ünün yaptırmaya sıklığı beş yılda bir kez olarak belirlenmiştir (Tablo 1).

Yapılan analizlere göre; sosyodemografik özelliklerden yaşanan yer ve ekonomik durum ile meme kanseri taraması(mamografi) katılım durumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p < 0,05$ ). Meme kanseri taramasına köyde

yaşayan kadınların %85'i katılmamıştır. Ekonomik durumu orta ve kötü olan kadınların ise %77,4'ünün meme kanseri taramasına katılmadığı belirlenmiştir. Medeni durum, eğitim durumu ve sağlık kurumuna ulaşım sorunu yaşama durumunun meme kanseri taraması katılım durumu arasında bir ilişki bulunmamıştır ( $p > 0,05$ ). Sosyodemografik özelliklere göre serviks kanser taramasına (Pap smear) katılım oranının değişmediği bulunmuştur ( $p > 0,05$ ) (Tablo 2).

Ailedeki meme ve serviks kanser öyküsü ile meme ve serviks kanseri taramalarına katılım durumları birbirine benzerdir ( $p > 0,05$ ) (Tablo 3).

Mamografiyi bilen kadınların %75,2'sinin KKMM yapmakta ve %47,4'ü ise mamografi yaptırmamaktadır ( $p < 0,05$ ). Mamografiyi iki yılda bir kez yaptırmaya gerektiğini belirten kadınların ile meme kanseri taramalarına katılım oranı daha yüksek olarak bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Kadınların Pap smear testini bilme durumu ile yaptırmaya katılım durumu arasında anlamlı bir ilişki vardır ( $p < 0,05$ ). Pap smear testini bilen kadınların %59,7'si Pap smear testi yaptırmıştır. Pap smear testinin ne sıklıkla yapılması gerektiğini bilme durumu ile pap smear testini yaptırmaya katılım durumu arasında bir fark bulunmuş olup farklılığın Pap smear testinin beş yılda bir kez yapılması gerektiği söyleyen grupta tarama katılım oranı yüksek bulunmuştur (Tablo 4).

### 4. Tartışma

Günümüzde nüfusun yaşlanmasıyla beraber, meme ve serviks kanserinin görülme oranında artış gözlenmektedir. Kansere bağlı ölümlere kadınlarda en sık meme ve serviks kanseri neden olmaktadır (5). Meme ve serviks kanserlerine erken dönemde tanı konulması önemli olmakla birlikte bunun için taramalardan faydalanılmaktadır. Bu çalışma da, kırsal bölgede yaşayan 40 yaş ve üstü kadınların serviks ve meme kanseri taramalarına katılım durumlarının saptanması ve taramalara katılımın sosyodemografik özellikler, ailedeki kanser öyküsü ve taramalara yönelik bilgi durumunun ele alınarak incelenmesi yapılmıştır.

Çalışmada meme ve serviks kanser taramaları ile ilgili eğitim alan kadınların oranı %44,9 olup

**Tablo 1.** Meme ve serviks kanseri tarama davranışları ( n=285 )

	Sayı	%
<b>KKMM yapma durumu</b>		
Evet	164	57,5
Hayır	121	42,5
<b>KKMM yapma sıklığı</b>		
Bazen	109	66,5
Düzenli olarak her ay	36	22,0
Bir kez	19	11,6
<b>KKMM yapmama nedeni</b>		
Nasıl yapıldığını bilmiyorum	77	63,6
Şikayetim olmadığı için gereksiz buluyorum.	34	28,1
Kitle bulmaktan korkuyorum.	4	3,3
Kendim yapsam bile karar veremem	4	3,3
Ailemde meme kanseri olmadığı için gereksiz buluyorum	2	1,7
<b>Mamografi çektirme durumu</b>		
Evet	72	25,3
Hayır	213	74,7
<b>Mamografi çektirme sıklığı</b>		
İki yılda bir kez	21	29,2
Bir kez	20	27,8
Ara sıra	17	23,6
Yılda bir kez	14	19,4
<b>Mamografi yaptırmama nedeni</b>		
Bilgisizlik	95	44,6
Gereksiz bulma	89	41,8
Utanma-çekinme	17	8,0
Kitle bulmaktan korkma	10	4,7
Ağrılı bir işlem olması	2	0,9
<b>Pap smear testi yaptırma</b>		
Evet	95	33,3
Hayır	190	66,7
<b>Pap smear testi yaptırma sıklığı</b>		
Bir kez	34	35,8
Ara sıra	26	27,4
Beş yılda bir kez	24	25,3
Yılda bir kez	11	11,6
<b>Pap smear testi yaptırmama nedeni</b>		
İhmal	78	41,1
Bilgisizlik	73	38,4
Korku	20	10,5
Utanma-çekinme	19	10,0

**Tablo 2. Sosyodemografik özelliklere göre meme kanseri taramasına (mamografi) ve serviks kanser taramasına (Pap smear) katılım durumu(n=285)**

Sosyo demografik özellikler	Meme kanseri taramasına(mamografi)				Test değeri/p	Pap smear taramasına katılım durumu				Test değeri/p	
	Katılan		Katılmayan			Katılan		Katılmayan			
	Sayı	%	Sayı	%		Sayı	%	Sayı	%		
<b>Medeni durum</b>											
Evli	61	25,1	182	74,9	X <sup>2</sup> : 0,000	86	35,4	157	64,6	X <sup>2</sup> : 2,545	
Bekar /Boşanmış/ Dul	11	26,2	31	73,8	p: 1,000	9	21,4	33	78,6	p: 0,111	
<b>Eğitim durumu</b>											
Okur-yazar değil /Okur-yazar ilkokul mezunu	57	24,3	178	75,7	X <sup>2</sup> : 0,448	82	34,9	153	65,1	X <sup>2</sup> :1,095	
Ortaokul Mezunu ve üzeri	15	30,0	35	70,0	p: 0,503	13	26,0	37	74,0	p: 0,295	
<b>Yaşanılan yer</b>											
Köy	15	15,0	85	85,0	X <sup>2</sup> : 7,777	39	39,0	61	61,0	X <sup>2</sup> :2,226	
İlçe merkezi	57	30,8	128	69,2	p: 0,005	56	30,3	129	69,7	p : 0,136	
Ekonomik durum											
İyi	19	38,0	31	62,0	X <sup>2</sup> : 4,424	13	26,0	37	74,0	X <sup>2</sup> :1,095	
Orta / kötü	53	22,6	182	77,4	p: 0,035	82	34,9	153	65,1	p: 0,226	
<b>Sağlık kurumuna ulaşım sorunu yaşama</b>											
Evet	18	22,2	63	77,8	X <sup>2</sup> : 0,352	34	42,0	47	58,0	X <sup>2</sup> :3,803	
Hayır	54	26,5	150	73,5	p: 0,553	61	29,9	143	70,1	p: 0,051	

bunlardan çoğunluğu eğitimi hemşireden aldığını belirtmiştir. Kadınların meme ve serviks kanseri taramalarında bilgi kaynağı çoğunlukla sağlık personelidir (23, 24). Güner, Tetik (25)'in çalışmasında da KKMM'ni sağlık personelinden duyanların çoğunluğu hemşireden bu bilgiyi aldığını belirtmiştir. Meme ve serviks kanseri taramaları hakkında eğitim ve bilgi durumunun en çok sağlık personeli kaynaklı olduğunun ve bunda da özellikle hemşirelerin rol aldığı görülmektedir. Bunun yanı sıra eğitim alan kadınların oranının düşük olması önemli bir sorundur. Sağlığın sosyal belirleyicilerinden dezavantajlı bir bölge olan kırsal alanda yaşamının bir sonucu olduğu söylenebilir.

Kadınlardan KKMM'ni %57,5'inin en az bir kez yapmasına karşın KKMM yapanların %22,0'ı her ay düzenli olarak yaptığını, yarıdan fazlası ise nasıl yapıldığını bilmediği için yapmadığını belirtmiştir. Kanser taramalarından KKMM'nin devamlılığı önemli iken kadınlar düzenli olarak KKMM'ni yapmadığı ve yapamama nedeni olarak da bilgisizlik bulunmuştur (26, 27). Kadınlar KKMM yapmama nedeni olarak bilgi eksikliği dışında sağlık inançlarının da etkisiyle en çok kitle bulmaktan korkmaktadır (15).



**Tablo 4.** Meme ve serviks kanseri taramaları bilgi durumuna göre kanser taramaları katılım durumları (n=285 )

Meme ve serviks kanseri taramaları bilgi durumu	Katılan		Katılmayan		Test Değer/p
	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Mamografiyi bilme durumu</b>					
Evet	63	47,4	70	52,6	X <sup>2</sup> : 62,362 p:0,000
Hayır	9	5,9	143	94,1	
<b>Mamografiyi ne sıklıkla etkireceğini bilme</b>					
Ayda bir kez	5	13,2	33	86,8	
Yılda bir kez	40	22,1	141	77,9	
İki yılda bir kez*	27	40,9	39	59,1	
<b>Pap smear testini bilme durumu</b>					
	Pap smear testi		Test Değer/p		
Evet	80	59,7	54	40,3	X <sup>2</sup> : 76,907 p:0,000
Hayır	15	9,9	136	90,1	
<b>Pap smear testini ne sıklıkla yapılması gerektiğini bilme</b>					
Ayda bir kez	3	7,3	38	92,7	
Yılda bir kez	54	30,9	121	69,1	
İki yılda bir kez*	38	55,1	31	44,9	

\* (p<0.05) anlamlı bulunmuştur.

çektirmeyenlerin oranı çalışmamıza benzer bulunmuştur (27, 30). Meme kanseri tarama kapsamı en yüksek olan Avrupa ülkelerinden birinde ise kadınların düşük ekonomik durumun taramaya katılımını olumsuz etkilediği ve %73,2'sinin mamografi çektirdiği bulunmuştur (17). Eğitim ve ekonomik durumu yüksek olan kadınların meme ve serviks kanser taramalarına katılmalarının fazla olduğu görülmektedir (18).

Çalışmamızda eğitim durumunun anlamlı çıkmamasının nedeninin bölgedeki kadınların eğitim durumunun benzer olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ekonomik durumun iyileştikçe mamografi oranının artması genel olarak ekonomik durumla sağlık hizmetleri kullanım durumunun ilişkisinden kaynaklanabilir. Ayrıca kırsal alanda ücretsiz olan tarama hizmetinin yaygınlaşmamasından ya da ulaşamamasından olabilir. Bu değerlendirmeler de göstermektedir ki kırsal alana ücretsiz olan tarama programlarının götürülmesi hem yerleşim yeri dezavantajını hem de ekonomik dezavantajı kontrol altına almada en etkili uygulama olacaktır.

Sosyodemografik özelliklere göre serviks kanser taramasına (Pap smear) katılım durumu benzer bulunmuştur. Literatüre bakıldığında ise kadınların yaşının, medeni durumunun, eğitim düzeyinin ve çalışma durumlarının Pap smear testini yaptıрма durumunda etkili olduğu bulunmuştur (14, 26, 29). Bulguların anlamlı bulunmamasının bu çalışmaya katılan kadınların yaş aralığının 40-69 yaş arası olması, popülasyon olarak da benzer çalışma durumlarına, eğitim ve medeni duruma sahip olmalarından kaynaklandığı söylenebilirken; aynı zamanda kırsal alanda sosyodemografik özelliklerden bağımsız olarak serviks taramalarına katılımın düşük olmasından da kaynaklandığını söyleyebiliriz.

Çalışmaya katılan kadınların ailesinde meme ve serviks kanseri tanısı almış bireyin yakınlığı en sık üçüncü derecede olup; ailedeki meme ve serviks kanser öyküsü taramalara katılım durumunu etkilememektedir. Ailede serviks kanseri öyküsünün bulunması ile serviks kanseri taraması yaptıрма arasında ilişki olmayan bir çalışma bizi desteklemektedir (31). Ailesinde meme/serviks

kanseri öyküsü olan kadınlar bu kanserlere yakalanma yönünden yüksek risk taşımakta ve çalışmalarda bu öykülere sahip kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına katılımında etkili olduğunu bulmuştur (32, 33). Sağlık taramalarına katılımı artıran önemli faktörlerden birisi de hastalığa karşı duyulan ciddiyet algısıdır. Çalışma grubunun yakınlarında meme ve serviks kanseri tanısı alma oranının düşüklüğü yanı sıra görülen vakaların üçüncü derece akrabalarda olması ciddiyet algısının gelişmesini önleyebilir. Bu nedenle kırsal alanda yapılan eğitimlerde bireylerin ciddiyet algısının geliştirilmesi önemli bir yer edinmelidir.

Kadınların meme ve serviks kanseri taramaları bilgi durumları meme ve serviks kanser taramalarına katılım durumlarını etkilemektedir. Bu konuyla ilgili yapılan birçok çalışmada da kadınların kanser taramaları bilgi durumlarının taramalara katılımında anlamlı olduğu görülmektedir. (23, 34, 35). Asyalı kadınlarda meme ve serviks kanseri tarama katılımını artırmada işyeri temelli grup eğitim programlarının mobil tarama hizmetleri ile kullanılmasının etkili olduğunu belirlenmiştir (36). Ülkemizde de dezavantajlı olan kırsal bölge kadınlarına yönelik ulaşılabilir ve etkin sağlık eğitim programlarının yaygınlaştırılması sağlık taramalarına katılımı yararlı olacaktır. Çalışmanın sınırlılığı, incelenen bölgeyi kısmen yansıtmaması nedeniyle tüm topluma genellenememesi ve bilgi düzeyinin yapılandırılmış kapsamlı bir ölçek ile değerlendirilmemesidir.

## 5. Sonuçlar ve öneriler

Çalışma sonunda kırsal alanda kadınların meme ve serviks kanseri taramalarına katılım oranının düşük olduğu, özellikle köyde yaşayanların dezavantajlı olduğu; bilgi durumunun, katılım durumunu etkilediği ve bilgi düzeyinin de yetersiz olduğu görülmüştür. Ayrıca hemşirelerin bilgi kaynağı olma bakımından ulaşılabilir olduğu görülmüştür.

Yaşanılan yer ve ekonomik durum meme kanseri taramasına (mamografi) katılım durumu arasında bir ilişki olduğu saptanmış olup meme kanseri taramasına köyde yaşayan kadınların %85'i katılmamıştır. Ekonomik durumda kırsal alanda meme kanseri taramasına katılımı etkilemektedir.

Sosyodemografik özelliklere göre serviks kanser taramasına (Pap smear) katılım durumu benzer bulunmuştur.

Kadınlarda en sık görülen kanser türlerine yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinde periyodik sağlık muayeneleri ve taramalar artırılmalı, eğitim ve danışmanlıklar verilmeli, toplumsal farkındalığı artırıcı uygulamalara daha çok yer verilmelidir. Kanser taramalarında özellikle risk grupları belirlenerek orta ve kötü sosyoekonomik duruma sahip kırsal alanda yaşayan kadınlar hedef alınmalıdır.

**İletişim:** Zeynep Saçıkara

**E-posta:** zeynep156hagar@gmail.com

## Kaynaklar

1. WHO, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. 2016, Accessed.
2. Günay Aktaş, S., Türkiye'de Kadınlarda Meme Kanseri Nedeniyle Ölüm: Mekânsal Dağılım Ve Şehirlerin Sosyoekonomik Gelişmişlik Düzeyi İle İlişkisi. *Journal of International Social Research*, 2014. 7(29).
3. WHO. Latest global cancer data. 2018 (cited 10.10.2019; Available from: <https://www.who.int/cancer/PRGlobocanFinal.pdf>.
4. GLOBOCAN, Cancer fact sheets: All cancers excluding non-melanoma skin. *Cancer Today*, International Agency for Research on Cancer, World Health Organization. Available from: <http://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers>, 2012.
5. Ferlay, J., et al., Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *International journal of cancer*, 2019. 144(8): p. 1941-1953.
6. T.C Sağlık Bakanlığı, TC Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Müdürlüğü, Türkiye Kanseri İstatistikleri 2015. 2018.
7. Kimmick, G.G. and L. Balducci, Breast cancer and aging: clinical interactions. *Hematology/oncology clinics of North America*, 2000. 14(1): p. 213-234.
8. Colditz, G., *Scaling Up Cancer Prevention*. 2019.
9. American Cancer Society, *Cancer Facts & Figures 2019*, in *Basic Cancer Facts*. 2017. p. 1-3.
10. Santamaría-Ulloa, C. and C. Valverde-Manzanares, Inequality in the incidence of cervical cancer: Costa Rica 1980–2010. *Frontiers in oncology*, 2019. 8: p. 664.
11. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, *Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Muayeneleri ve Tarama Testleri Rehberi*. 2015. p. 47-49.

12. T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Kanser Daire Başkanlığı:Kanser taramalarında artış. 2016, <http://kanser.gov.tr/haberler/2049-kanser-taramalarında-artış.html>).
13. T.C Sağlık Bakanlığı, Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri sıklığı çalışması. 2013: Ankara.
14. Uğur, H. and İ. Avcı, Kanser tarama merkezine başvuran kadınların sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının erken tanı bilgi ve uygulamalarına etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2015. 4(2): p. 244-258.
15. Büyükkayacı Duman, et al., Kırk Yaş Üstü Kadınların Meme ve Serviks Kanseri Taramalarına Yönelik Bilgi ve Uygulamaları. G.O.P Taksim E.A.H.JAREN, 2015. 1(1): p. 30-38.
16. Karadağ Arlı, S., A.B. Bakan, and G. Aslan, Distribution of cervical and breast cancer risk factors in women and their screening behaviours. European journal of cancer care, 2019. 28(2): p. e12960.
17. Zamorano-Leon, J.J., et al., Reduction from 2011 to 2017 in adherence to breast cancer screening and non-improvement in the uptake of cervical cancer screening among women living in Spain. Maturitas, 2020.
18. Bishwajit, G. and M.-A. Kpoghomou, Urban-rural differentials in the uptake of mammography and cervical cancer screening in Kenya. Journal of cancer policy, 2017. 12: p. 43-48.
19. Allaire, B.T., et al., Cost-effectiveness of patient navigation for breast cancer screening in the National Breast and Cervical Cancer Early Detection Program. Cancer Causes & Control, 2019. 30(9): p. 923-929.
20. Barlow, W.E., et al., Evaluating screening participation, follow-up, and outcomes for breast, cervical, and colorectal cancer in the PROSPR consortium. JNCI: Journal of the National Cancer Institute, 2020. 112(3): p. 238-246.
21. Lemeshow, S., et al., Under the Title Adequacy of Sample Size in Health Studies by World Health Organization.(translated: S. Og uz Kayaalp). Hacettepe Tas: Ankara, 2000: p. 38.
22. Alpar, R., Spor, Sağlık ve Eğitim Bilimlerinden Örneklerle Uygulamalı İstatistik ve Güvenilirlik-Geçerlik. Ankara: Detay Yayıncılık, 2016: p. 215.
23. Gökgöz, N. and D. Aktaş, Kadınların Serviks Kanseri Ve Pap Smear Testi Yaptırma Durumlarına Yönelik Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi, 2016. 3(2): p. 11-23.
24. Alpteker, H. and A. Avcı, Kırsal alandaki kadınların meme kanseri bilgisi ve kendi kendine meme muayenesi uygulama durumlarının belirlenmesi. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health, 2010. 6(2).
25. Güner, İ.Ç., A. Tetik, and H.D. Gönener, Kadınların kendi kendine meme muayenesi (KKMM) ile ilgili bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi. Gaziantep Tıp Dergisi, 2007. 13(2): p. 55-60.
26. Uğur Gök, H., et al., Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran 30-70 Yaş Grubu Kadınların Ulusal Kanser Taramalarına Yönelik Bilgi Tutum ve Davranışları: Karadeniz Bölgesi'nde Bir İl Örneği. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2019. 28(5): p. 340-348.
27. Veena, K., R. Kollipaka, and R. Rekha, The Knowledge and attitude of breast self examination and mammography among rural women. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol, 2015. 4(5): p. 1511-1516.
28. Umami, A., et al., Knowledge, Barriers, and Motivation Related to Breast and Cervical Cancer Screening Among Women in Bojonegoro, East Java: A Qualitative Study. Journal of Health Promotion and Behavior, 2020. 5(1): p. 1-10.
29. Öztürk, Y. and E. Gürsoy, Kadınların Pap Smear Tarama Testini Yaptırmalarının Önündeki Engeller. STED/Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2020. 29(1): p. 61-68.
30. Dündar, P.E., et al., The knowledge and attitudes of breast self-examination and mammography in a group of women in a rural area in western Turkey. BMC cancer, 2006. 6(1): p. 43.
31. Altinel, B. and B. Akın, Kırk İle Elli Beş Yaş Arası Kadınların Serviks Kanseri Risk Faktörlerine Göre Serviks Kanseri Taraması Yaptırma Durumları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020. 23(1): p. 54-60.
32. Duman, N.B., L. Algier, and G. Pınar, Health beliefs of the female academicians about breast cancer, screening tests and the affecting factors. International Journal of Hematology and Oncology, 2013. 28(4): p. 233-241.
33. Kılıç, D., R. Sağlam, and Ö. Kara, Üniversite öğrencilerinde meme kanseri farkındalığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi/Journal of Breast Health, 2009. 5(4).
34. Avcı, İ.A., et al., Kadınların meme ve servikal kanser taramalarına yönelik tutumları. TAF Prev Med Bull, 2015. 14(3): p. 235.
35. Ramaiah, R. and S. Jayarama, Knowledge, attitude and practices about cervical cancer among rural married women: a cross sectional study. International Journal Of Community Medicine And Public Health, 2018. 5(4): p. 1466-1470.
36. Lu, M., et al., A systematic review of interventions to increase breast and cervical cancer screening uptake among Asian women. BMC public health, 2012. 12(1): p. 413.

# Doğum Hastanelerinde Çalışan Ebelerin Mesleki Örgütlenme Durumlarının ve Beklentilerinin İncelenmesi: İzmir İli Örneği

Examination of Professional Organization Status and Expectations of Midwives Working in Maternity Hospitals: Case of İzmir Province



Aysun Ekşioğlu<sup>1</sup>, Mahide Demirelöz Akyüz<sup>2</sup>, Ummahan Yücel<sup>3</sup>, Aytül Hadımlı<sup>4</sup>, Zehra Baykal Akmeşe<sup>5</sup>, Yeliz Çakır Koçak<sup>6</sup>, Emine Serap Çağan<sup>7</sup>, Hafize Öztürk Can<sup>8</sup>

DOI: 10.17942/sted.455938

Geliş/Received : 30.08.2018  
Kabul/Accepted : 10.12.2020

## Öz

**Amaç:** Bu çalışmada, İzmir il merkezinde görev yapan ebelerin mesleki örgütlenme durumlarının ve beklentilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı nitelikteki araştırma İzmir’de bulunan üç doğumevinde yürütülmüştür. Araştırmanın evrenini oluşturan 306 ebe arasından anket doldurmayı kabul eden ve ulaşılabilen 131 kişi ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırma verilerinin toplanmasında çalışma ekibi tarafından oluşturulmuş 24 soruluk bir anket formu kullanılmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya katılan ebelerin yaş ortalaması  $35.98 \pm 6.04$  olup, %57.3’ünün 16 yıl ve daha uzun süredir çalıştığı belirlenmiştir. Katılımcıların %13.7’si Ebeler Derneği’ne üyedir ve yaklaşık üçte biri derneğe üye olmak istemekte, %70’i ise kararsız ya da üye olmayı düşünmemektedir. Üye olmama nedenlerinin başında derneği bilmiyor olmaları gelmektedir. Ebelerin %84.0’ı derneğin şubelerinin açılmasını istemektedir. Ulusal meslek örgütü tarafından yapılması istenen etkinliklere yönelik en fazla görüş bildirimi; çalışanların mesleki hak, yetki ve sorumlulukların korunması yönündedir.

**Sonuç:** Doğumevinde çalışan ebelerin ulusal meslek örgütüne üye olma durumlarının istenen düzeyde olmadığı, ulusal ve uluslararası ebelik örgütlerini yeterince bilmedikleri belirlenmiştir. Ebelerin meslek örgütünden beklentileri yönünde en fazla bildirdiği görüşler; mesleki hak, yetki ve sorumluluklarının korunması, ebelik yasası revizyon çalışmalarının yürütülmesi ile mesleki farkındalık, tanıtım ve bilimsel faaliyetlere ağırlık vermesidir.

**Anahtar sözcükler:** Ebelik, Ebeler Derneği, Örgütlenme

## Abstract

**Objective:** This study seeks to examine the professional organization status and expectations of midwives working in İzmir provincial centre.

**Methodology:** This descriptive survey was conducted in three maternity hospitals in İzmir. It was completed with 131 midwives out of a total of 306 who could be accessed and agreed to fill out the questionnaire. A questionnaire consisting of 24 questions designed by the survey team was used in collecting data. Descriptive statistics were used in data analysis.

**Findings:** The average age of midwives included in the survey was  $35.98 \pm 6.04$  and 57.6% of them have their service experience of 16 years or longer. 13.7% of participants have membership to the Association of Midwives; one-third want to join and 70% are either undecided or do not want to join. The main reason for not being member seems to be their lack of information about the existence of the association. 84% of midwives want the association to launch local branches. The common demand from the nation-wide professional organization is for the protection of the rights and status of midwives.

**Conclusion:** It is found that midwives working in maternity hospitals are not at desired level in terms of their membership to their national professional organization and they are short of information about national and international level organizations of midwives. Their major expectations from these organizations include the protection of their rights and status, revision in related legislation and giving weight to awareness building, promotion and scientific activities.

**Key words:** Midwifery, Association of Midwives, Organization

1 Dr. Öğr. Üyesi, Ege Ü. Sağlık Bilimleri Fak. İzmir (Orcid No: 0000-0002-8769-3289)

2 Dr. Öğr. Üyesi, Ege Ü. Sağlık Bilimleri Fak. İzmir (Orcid No: 0000-0002-2774-892)

3 Öğr. Üyesi Dr.; Ege Ü. Sağlık Bilimleri Fak. İzmir (Orcid No: 0000-0003-3531-8644)

4 Öğr. Üyesi Dr.; Ege Ü. Sağlık Bilimleri Fak. İzmir (Orcid No: 0000-0003-4096-7964)

5 Ar. Gör. Dr.; Ege Ü. Sağlık Bilimleri Fak. İzmir (Orcid No: 0000-0002-4753-2421)

6 Arş. Gör. Dr.; Ege Ü. Sağlık Bilimleri Fak. İzmir (Orcid No: 0000-0002-8674-9092)

7 Dr. Arş. Gör.; Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi (Orcid No: 0000-0002-3261-0431)

8 Doç. Dr.; Ege Ü. Sağlık Bilimleri Fak. İzmir (Orcid No: 0000-0001-8213-3330)



## Giriş

Dünyada en eski mesleklerden olan ebelik mesleğinin ulusal gereksinimlere yanıt verebilmesi ve uluslararası standartlara uygunluğunun sağlanması açısından profesyonel bir kimlik kazanmasında örgütlenmenin önemi büyüktür (1,2,3). Ebelik alanında pek çok ülkede profesyonel dernekler kurulmuş; politik ve bilimsel gelişmeler bu köklü derneklerin çabalarıyla mümkün olmuştur. Bu dernekler; ebelik bakım modeli ve ebelik mesleğinin gelişimini desteklemekle birlikte sağlık bakım sisteminin ayrılmaz bir parçası olarak ebeliğin daha üst düzeylere çıkması için kurumlar arası işbirliği yaparak çalışmaktadır (4,5,6). Dünyada ebelik örgütlenmesi konusunda özellikle Uluslararası Ebeler Birliği (International Confederation of Midwife-ICM), Kentucky Ebeliği Geliştirme Birliği (Kentucky Alliance for the Advancement of Midwifery-KAAM), Kuzey Amerika Ebeler Birliği (Midwives Alliance of North America-MANA), İngiltere Ebeler Birliği (Royal Collage of Midwives), Avusturalya Ebeler Birliği (Australian College of Midwives-ACMI), Ontario Ebeler Birliği, Ebeliği Geliştirme Vakfı (Foundation For The Advancement of Midwifery), Radikal Ebeler Birliği (Association of Radical Midwives), Holistik Ebelik Enstitüsü (The Holistic Midwifery Institute), Annelik Servislerini Geliştirme Koalisyonu (The Coalition for Improving Maternity Services-CIMS) ve Batı Virjinya Ebeler Birliği önemli ebelik organizasyonları arasında yer almaktadır (6). Bu organizasyonlar; ebeler arasında iletişim ve destek ağını genişletmek, ebelik mesleğinin birleşmiş politik sesi olmak, ebelerin ihtiyaçlarını, bölgesel, ulusal ve uluslararası düzeyde göstermek ve kaynak bulmak, kadın ve yenidoğanın bakım standartlarını geliştirmek ve yaşam kalitelerini yükseltmek, doğum ve aile merkezli servislerle işbirliği ve paylaşımlarda bulunmak, ebelik alanında literatür geliştirmek ve araştırmalar yapmak gibi konularda destek vermektedir (7,8,9). Ebelik mesleği açısından ülkemizdeki standartlaşmayı sağlayabilecek ve meslek temsilcisi niteliğindeki ilk örgüt 1954 yılında kurulan Ebeler Derneği'dir (6,9). Bunun yanı sıra ebelikte farklı alanlara odaklanan ve özel amaçlar taşıyan örgütlere de eğilim olmaya başlamıştır. Ebelik mesleğinin bilimsel literatürüne

katkı sağlamak için eğitim ve çalışma alanında hizmet modelleri geliştirmek, yayın, kurs, seminer, kongre gibi programları teşvik etmek amacıyla 2014 yılında Ebelikte Eğitim Araştırma ve Geliştirme Derneği kurulmuştur (10). Ebelerin, ebelik mesleğini temelde toplum yararına sunmak üzere yüksek bilgi ve beceri ile yeterli donanımı sağlanmış iş ortamlarında gerekli ve güncel yasal düzenlemeler ile yürütülebilmelerine imkân sağlamak amacıyla 2018 yılında Anadolu Ebeler Derneği de kurulmuştur (11). Ebelik mesleğinin uluslararası alanda olduğu gibi gelişmiş meslekler statüsüne ulaşabilmesi için meslek ideolojisini ve mesleki kimliğini benimsemiş, yeterli mesleki bilgi ve beceri ile donanmış, mesleki uygulamalarda otonomi sahibi, yasal düzenlemelerle belirlenmiş görev, yetki ve sorumluluklarının bilincinde olan meslek üyelerine gereksinimi vardır (3,12-16). Meslek örgütleri, ebelik alanındaki sorunların çözümünde, mesleğin profesyonelleşmesinde ve profesyonel bir meslek olarak toplumsal kabulünde önemli rol oynamaktadır. Ebeler Derneği'nin üye sayısının yıllar içinde arttığı, 2006 yılında 600 iken, 2011 yılında 4352 ancak 2018'de 3709 kişiye olduğu görülmektedir (9, 17). Ancak ülkemizde istihdam edilen ebe sayısının günümüzde 47.766 kişi olduğu düşünüldüğünde, mesleki örgütlenmenin yeterli düzeyde olmadığı görülmektedir (18). Örgütün, meslek adına yetkili bir biçimde konuşabilmesi ve yaygın standartlar geliştirebilmesi için geniş bir üye kitlesine sahip olması büyük önem taşımaktadır (1,16,19).

Ülkemizde ebelikte örgütlenme konusunda çok fazla çalışma bulunmamaktadır. Ebelik mesleğinin güçlendirilmesi için, "ebelik mesleki eğitimi" ve "mesleki örgütlenmeyi" ele alan çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmada, İzmir il merkezinde görev yapan ebelerin, mesleğin ülkemizdeki ilk kurulan ve temsilcisi niteliğindeki meslek örgütü olan Ebeler Derneği'ne üyelik durumlarının ve beklentilerinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmanın, örgütlenme konusunda ebe çalışanların farkındalıklarının artmasına, ulusal ebelik örgütlerinin (Ebeler Derneği, Ebelikte Eğitim Araştırma ve Geliştirme Derneği, Anadolu Ebeler Derneği) tanınmasına ve üye sayısının artmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikteki bu araştırma İzmir’de bulunan üç doğumevinde yürütülmüştür. Ebelerin en fazla çalıştığı birimler olması nedeniyle bu hastaneler seçilmiştir. Bu hastanelerde çalışan toplam ebe sayısı (evren) 306’dır. Epiinfo 7.2.2.16 programı Statcalc programı kullanılarak örneklem büyüklüğü hesaplanmış, %95 Güven Aralığı %7.8 görülme sıklığı ve %5 yanılğı düzeyinde n=101 olarak hesaplanmıştır. Araştırmanın evrenini oluşturan 306 ebe arasından anket doldurmayı kabul eden ve ulaşılabilen 131 kişi ile çalışma tamamlanmıştır. Araştırma verileri ebelerin sosyodemografik

özellikleriyle, örgütlenme ve ulusal ebeler örgütüne yönelik görüşlerini değerlendiren anket formu kullanılarak, yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır (Veri toplama sürecinde ülkemizde yalnız bir tane ulusal ebeler örgütü faaliyet göstermekte idi.). Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Bu çalışma İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Araştırma Kurulu tarafından 1611 nolu karar ile onaylanmıştır.

## Bulgular

Ebelerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin dağılımları Tablo 1’de gösterilmiştir. Çalışmaya katılan ebelerin yaş ortalaması 35.98±6.04 olup,

**Tablo 1.** Ebelerin mesleki örgütleri bilme ve üye olma durumları

		Sayı	%
Uluslararası ebeler örgütlerini bilme durumu	Biliyor	25	19.1
	Bilmiyor	106	80.9
Ulusal ebeler örgütünü bilme durumu	Biliyor	114	87.0
	Bilmiyor	17	13.0
Ulusal ebeler örgütünü nereden öğrendiği (n=114)*	Meslektaş	61	53.5
	Okul	22	19.3
	Medya	19	16.7
	Diğer	12	10.5
Başka bir derneğe üye olma durumu	Evet	28	21.4
	Hayır	103	78.6
Ebeler Derneği’ne üye olma durumu	Evet	18	13.7
	Hayır	113	86.3
Ebeler Derneği’ne üye olmayı düşünme durumu	Evet	39	29.8
	Kararsız / Hayır	92	70.2
Toplam		131	100.0

\*Ebeler Derneğini bilen 114 ebeye ait veriler sunulmuştur

**Tablo 2.** Ebeler Derneği’ne üye olmama nedenleri

		Sayı	%
Ebeler Derneği’ne üye olmama nedenleri	Derneği bilmiyor olması	13	46.5
	Türk Hemşireler Derneği’nin ebeleri kapsamaması	3	10.7
	Derneğin bilgilendirme/tanıtım faaliyetlerinin az olması	5	17.9
	Gerek duymaması	3	10.7
	Derneğin temsil gücünün yeterli olmayışı	2	7.1
	Üyelik işlemlerinin zor olması	2	7.1
Toplam		28	100.0

**Tablo 3.** Ebelikte örgütlenmeye ilişkin görüşler

		Sayı	%
Ebeler Derneği web sayfasını takip etme	Evet	26	19.8
	Hayır	105	80.2
Ebelik alanında düzenlenmiş kongreye katılma	Evet	22	16.8
	Hayır	109	83.2
Ebelik mesleğinin gelişim ve örgütlenme açısından istenilen düzeye geldiğini düşünme	Evet	3	2.3
	Hayır	128	97.7
Ebelikte örgütlenme konusunda yeterli çalışmalar yapıldığını düşünme	Evet	9	6.9
	Hayır	122	93.1
Ebeler Derneği'nin şubelerinin açılmasını isteme	Evet	110	84.0
	Hayır/Kararsız	21	16.0
Toplam		131	100.0

**Tablo 4.** Ulusal ebelik örgütlerinden yapılması istenen etkinliklere yönelik görüşler

Görüşler	Sayı	%
<b>Çalışanların mesleki hak, yetki ve sorumluluklarının korunması</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Görev tanımlarının netleşmesi</li><li>- Çalışma koşullarının düzenlenmesi nöbet sınırlandırması, bağımsız mesleki roller</li><li>- Özlük haklarında iyileştirme; yeterli istihdam, atama işlemlerinde kolaylık, yardımcı personel olarak tanımlanmamak</li><li>- Erken emeklilik, yıpranma payı haklarına ilişkin hak kazanımına yönelik mücadele</li><li>- Hukuksal destek sağlanması ve ebeleri haklara/sorumluluklara yönelik bilinçlendirme çalışmaları</li><li>- Ebelerin sorunlarının tespiti yönünde aylık çalışmalar</li><li>- Meslek hastalıklarının tanınması ve rehabilitasyonuna yönelik çalışmalar</li></ul>	98	38.8
<b>Ebelik yasası revizyon çalışmaları</b>	64	25.4
<b>Mesleki farkındalık ve dernek tanıtım çalışmaları</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Meslek tanıtımına yönelik çalışmalar (reklam, kamu spotu vb.)</li><li>- Hastane temsilciliklerinin olması</li><li>- Ebeler Derneği faaliyet ve planlarının duyurulması</li><li>- Mezuniyette ebelerin derneğe üye olmalarının sağlanması</li><li>- "Türk Ebeler Odası" olma yönünde çalışmalar yapmak</li><li>- Dernek şubelerinin açılması</li><li>- Ebelik alanında farklı nitelikte dernek/derneklerin teşvik edilmesi</li><li>- Ebe ziyaretleri, periferde çalışan ebelere ulaşılması</li></ul>	60	23.9
<b>Bilimsel ve sosyal etkinliklere ağırlık verilmesi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mesleki gelişim çalışmaları (Branşlaşma, mesleki sertifikalara öncülük yapılması, kariyer yapabilme çalışmaları gibi)</li><li>- Hastanelerde eğitim ve seminerler</li><li>- Klinisyen ve akademisyen iş birliğini artırma</li></ul>	30	11.9
Toplam	252	100.0

\*Birden fazla görüş bildirilmiştir.

büyük bir kısmı 30-39 yaş aralığındadır. Ebelerin %57.3'ünün 16 yıl ve daha uzun süredir çalıştığı ve %90.1'inin 657 sayılı devlet memuru olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan ebelerin %80.9'u uluslararası, %13.0'ı ulusal ebelik örgütlerini bilmediğini ifade etmiştir. Ulusal ebelik örgütünü bilen kişilerin büyük çoğunluğunun bilgi kaynağı arkadaşlarıdır. Ebeler Derneği'ne üye olanlar %13.7 olup, ebelerin yaklaşık üçte biri derneğe üye olmak istemekte, %70.2'si ise kararsız ya da üye olmayı düşünmemektedir (Tablo 1).

Ebeler Derneği'ne üye olmayan ebelerin %24.8'i (n=28) derneğe neden üye olmadığını belirtmiştir. Bu nedenler arasında ilk sırada derneği bilmiyor olması gelmektedir (Tablo 2).

Araştırmaya katılan her beş ebeden biri Ebeler Derneği'nin web sayfasını takip ettiğini belirtmiştir. Ebelerin bu alanda bir kongreye katılım sıklığı ise %16.8'dir. Çalışmaya katılanların neredeyse tamamına yakını ebelik mesleğinin gelişim ve örgütlenme açısından istenilen düzeye gelmediğini bildirmiştir. Bunun yanı sıra %93.1'i örgütlenme konusunda yeterli çalışmalar yapılmadığını düşünmektedir. Ebelerin %84.0'ı derneğin şubelerinin açılmasını istemektedir (Tablo 3).

Tablo 4'te açık uçlu olarak yapılandırılan soruya verilen yanıtlar gruplandırılmıştır. Ebelerin, ulusal ebelik örgütleri tarafından yapılmasını istedikleri etkinliklere ilişkin olarak en fazla bildirilen görüşlerin meslek örgütünün çalışan haklarına yönelik çalışmalar yapması yönünde olduğu görülmektedir.

### **Tartışma ve sonuç**

Bu çalışma ebelikte örgütlenme konusunda bir durum değerlendirmesi olarak gerçekleştirilmiş olup, ebelerin algı, düşünce ve önerilerini değerlendirme konusunda ipuçları sunmaktadır. Araştırmaya katılan ebelerin büyük bir kısmının uluslararası ebelik örgütlerine yönelik yeterli bilgi sahibi olmadığı (%80.9), ancak ulusal ebelik örgütünün katılımcıların çoğu tarafından bilindiği (%87.0) görülmüştür. Ebelik örgütlerini bilen kişilerin yarısından fazlasının bilgi kaynağı meslektaşlarıdır. Bunun yanı sıra okul, medya ve çalıştıkları kurumlar gibi ortamlardan da bilgi

edindikleri belirlenmiştir. Ancak ebelerin eğitim aldıkları okullardan bilgi edinmiş olma sıklığının oldukça düşük olması dikkat çekici bir sonuç olarak değerlendirilmiştir (%19.3). Oysaki ebelik mesleğinde örgütlenmenin benimsenmesi ve dernek tanıtımının gerçekleştirilmesi açısından gerek lisans gerekse de lisansüstü eğitimin önemli bir fırsat dönemi olduğu düşünülmektedir.

Ebelerin %13.7'si Ebeler Derneği'ne, %21.4'ü ise herhangi bir derneğe üyedir. Araştırmada ebelerin yaklaşık üçte birinin Ebeler Derneği'ne üye olmak istediği, %70.2'sinin ise kararsız olduğu ya da üye olmayı düşünmedikleri belirlenmiştir. Ebelerin örgütlenme durumunu değerlendiren yeterince çalışma olmaması bu araştırmada elde edilen sonuçları karşılaştırmada kısıtlılık yaratmaktadır. Ancak hemşirelik alanında yapılan benzer konulu çalışmaların örneklemelerinin ebeleri de kapsadığı düşünüldüğünde bildirilen dernek üyelik oranlarının oldukça yetersiz olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Katılımcıların herhangi bir derneğe ya da ebeler derneğine üye olması açısından bu sonuçlar örgütlenme bilincinin yeterince gelişmediğinin bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. Ebelerin ulusal ya da uluslararası meslek örgütlerini ve derneklerini tanıma, üye olma ve faaliyetlerine katılma konularında yetersiz oldukları literatür tarafından desteklenmektedir (20-23). Korkmaz ve Görgülü'nün hemşirelere yönelik yürütmüş olduğu bir çalışmada mesleki bir derneğe üye olma durumu %23.8 olarak bildirilmiştir (21). Hayta ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği bir çalışmaya katılan hemşirelerin %75.4'ünün mesleki bir örgüte üye olmadığı, %66.7'sinin ise üye olmayı düşünmediği belirlenmiştir (20). Merih ve Arslan'ın İstanbul'da bir doğum hastanesinde çalışan ebe ve hemşirelere uyguladıkları çalışmada, katılanların bir derneğe üye olma durumu %37.3 olarak bildirilmiştir (24). Bilgin ve arkadaşlarının İstanbul'da iki doğum hastanesinde yaptığı çalışmada da katılımcıların %30.5'inin meslekle ilgili derneklere üye olduğu; %26.8'inin ise Ebeler Derneği'ne üye olduğu saptanmıştır (6). Mesleklerin gelişmelerinin hızlanmasına en büyük katkıyı meslek örgütlerinin sağladığı düşünüldüğünde, sağlık ekibinin önemli bir payını oluşturan ebelerin örgütlenme gücünün henüz yeterli olmadığı görülmektedir.

Çalışmanın bulguları, katılımcıların ulusal ebelik örgütünü en fazla meslektaşlarından öğrendiğini göstermiştir. Bunun yanı sıra her üç kişiden biri Ebeler Derneği'ne üye olmayı düşünüyorken, büyük bir kısmı düşünmemekte ya da kararsız kalmaktadır. Bu görüşteki etkili faktörlerin başında derneği bilmiyor olmaları gelse de, derneğin tanıtım ve üyelik işlemlerinin zor olması gibi faktörlere vurgu yapıldığı da gözden kaçırılmamalıdır. Bu konuda yapılan uluslararası çalışmalarda, derneğe üye olan meslektaşları tarafından teşvik edilen kişilerde meslek derneklerine üyeliklerin arttığı vurgulanmaktadır (23,25). Ebeler Derneği'nin mevcut üyelerinin beklentilerini daha iyi karşılayabilmek adına çalışmalar yürütmesi, dernek üyeliklerinin geliştirilmesi konusunda bu kişilerin görüşlerini gözden geçirmesi ve üyeliği çekici hale getirmesi konusunda yeni yaklaşımlar edinmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Meslek Örgütlerinin mesleki ve bilimsel yayınlar çıkarma, sempozyum ve kongre gibi etkinlikler düzenleme, profesyonellerinin sorunlarını çözme konularındaki çalışmaları mesleğin profesyonelleşmesinde önemli rol oynamaktadır. Çalışmaya katılanların, ebelik alanında düzenlenmiş bir kongreye katılım oranı % 16.8'dir. Türkiye'de ebelik alanında ilk kongrelerin düzenlenmesi 2007 yılına dayanmakta olup, son yıllarda artış göstermiştir. Ulusal ebelik örgütleri tarafından düzenlenen bilimsel aktiviteler; ağ kurma, lobcilik ve mesleki savunuculuk açısından son derece önemlidir. Bu aktiviteler; üyelerin, dernek yönetimiyle bir araya gelerek yüzyüze iletişim kurması, sorunlarını ve endişelerini paylaşması açısından fırsat sunmaktadır (23). Son yıllarda düzenlenen kongre sayıları ve bunlara katılım oranları artsa da özellikle klinisyen ebelerin katılımı teşvik edilmelidir.

Araştırmaya katılan ebelerin bazıları, ulusal ebelik örgütleri tarafından gerçekleştirilmesini bekledikleri faaliyetler açısından çeşitli öneri ve isteklerde bulunmuşlardır. Bunlar; çalışanların mesleki hak, yetki ve sorumluluklarının korunması; ebelik yasasına ilişkin revizyon çalışmaları, mesleki farkındalık ve meslek örgütü tanıtım faaliyetleri ile bilimsel ve sosyal etkinliklere ağırlık verilmesi olarak özetlenebilir. Benzer sonuçlara Merih ve arkadaşlarının

çalışmasında da rastlanmakta, örgütlenme bilincinin artırılması konusunda örgütlenme tanıtımının iyi yapılması, iletişimin kolaylaştırılması ve çalışma koşullarının iyileştirilmesine vurgu yapılmaktadır (24). Özellikle çalışanların hak ve sorumluluklarının korunması yönünde çok fazla görüş bildirilmiş olması dikkat çekici bir sonuçtur. Bu durum günümüzde ulusal mesleki örgütlenme açısından varlık gösteren Ebeler Derneği, Ebelikte Eğitim Araştırma ve Geliştirme Derneği ile Anadolu Ebeler Derneği'nin; ilgili alanlarda faaliyetlerini yoğunlaştırması gerektiğini göstermektedir. Her ne kadar derneklerin temsil ettikleri meslek gruplarının çıkarlarını korumak ve onların beklentilerini karşılamak sorumlulukları olsa da bireylerin de örgütlenme bilincinde, katılımcı bir anlayış ile dernek çatısı altında yer almaları, meslek haklarının savunucusu olarak kendilerini ifade etmeleri önemlidir.

### Öneriler

Doğumevinde çalışan ebelerin mesleki örgütlenme durumları oldukça düşük düzeyde olmakla birlikte, büyük bir çoğunluğun dernek şubesinin açılması konusunda istekli olması ebelikte örgütlenme sürecinin gelişimine katkı sağlaması açısından önemlidir. Bu kapsamda ebelik alanındaki ulusal ebelik örgütlerinin tanıtım aktivitelerine ağırlık vermesi, mevcut üyelerini dernek faaliyetlerine katılımı açısından motive etmesi önemli bir girişim olacaktır. Bunun yanı sıra lisans öğrencilerinin eğitim müfredatlarında ebelikte örgütlenme konusuna ilişkin ders/içerik eklenmesi, örgütlenme bilincinin erken dönemde başlaması açısından önemlidir. Özellikle son sınıfta okuyan öğrencilerin ulusal ebelik örgütlerine üyeliklerinin kabulünün sağlanması ilerleyen yıllarda dernek üyeliğine devamlılıkları bakımından etkin bir çözüm olarak öngörülebilir. Ülkemizde son yıllarda ebelik mesleğini destekleyici kongre, panel ve çalıştay gibi etkinliklerin artması, mesleki duyarlılık ve farkındalığın güçlendirilmesi açısından önemli bir gelişme olarak değerlendirilse de, gerçekleştirilen tüm bu faaliyetlerin ebelerin gereksinimlerini ne oranda karşıladığı önemli bir araştırma sorusu olarak ele alınmalıdır. İzmir'deki doğum hastanelerinde görev yapan ebelerle sınırlı olan bu çalışmanın benzerlerinin ilerleyen dönemlerde daha geniş katılımı ile tekrarlanması gerektiği düşünülmektedir.

**İletişim:** Dr. Aysun Ekşioğlu  
**E-posta:** aysun.basgun@ege.edu.tr

### Kaynaklar

1. Korkmaz F. Meslekleşme ve Ülkemizde Hemşirelik. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2011; 59-67
2. Yıldırım G, Koçkanat P, Duran Ö. Ulusal ebelik kodları ve meslek değerleri. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), 2014; 23(4): 148-155.
3. Küçükoğlu S, Çelebioğlu A, Miroğlu A, Çağlar G, Bağcı N. Hemşirelik Öğrencilerinin Mesleki Dernekler Hakkındaki Farkındalıklarının Belirlenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi, 2014; 3 (1):9-14.
4. Bayındır Ü, Durak Hİ. (2008) Türkiye'de Ebe İnsan Gücü "Mevcut Durum ve 2013 Yılı Vizyonu". Türkiye'de Tıp-Sağlık Bilimleri Alanında Eğitim ve İnsan Gücü Planlaması. Üniversitelerarası Kurul (ÜAK) Tıp - Sağlık Bilimleri Eğitim Konseyi Başkanlığı: 1-14, Erişim tarihi: 15.12.2014, <http://www.tead.med.ege.edu.tr/Dosyalar/5/tp-salk%20bilimleri%20eitim%20konseyi%20SGP%20rapor.pdf>
5. Kahrıman İ, Karadeniz Mumcu H, Kaptan D, Candaş AA. Bir Üniversite Hastanesinin Pediatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Mesleki Dernekler ile İlgili Görüşleri. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 2(3), 132-141.
6. Bilgin, Z., Kocabey MY, Yeşilyurt G, Öztürk D. Ebelerde Örgütlenme Ve İş Doyumunun Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 2017; 4 (2):105-110.
7. Nursing, A., & Council, M. Code of professional conduct for nurses in Australia. Australian Nursing and Midwifery Council, 2008.
8. Halldorsdottir, S., & Karlsdottir, S. I. The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. Scandinavian journal of caring sciences, 2011;25(4):806-817.
9. Ebeler Derneği (2014). Ebeler Derneği Resmi Sayfası Erişim tarihi: 16.12.2014, <https://www.turkebelerderneği.org/kurumsal/tarihce/>
10. Ebelikte Eğitim Araştırma Geliştirme Derneği (EBARGE), 2018. <http://ebearge.org.tr/dernek-tuzugu/>
11. Anadolu Ebeler Derneği (AED), 2018. Dernek başkanı ile görüşme notu. (İletişim tarihi: 27.06.2018)
12. Abaan S. Mesleki kimlik tasarımı. III. Ulusal Klinisyen Hemşire ve Ebeler Kongresi Bildiri Kitabı;03-05 Eylül 2003 İzmir; s. 32-37.
13. Duygulu ÖGDS, Kublay G. Yönetici hemşirelerin ve birlikte çalıştıkları hemşirelerin liderliğe ilişkin değerlendirmeleri ve yönetici hemşirelerin sahip oldukları liderlik özellikleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 2008; 15(1); 001-015.
14. Adıgüzel O, Tanrıverdi H, Özkan DS. Mesleki Profesyonellik ve Bir Meslek Mensupları Olarak Hemşireler Örneği. Yönetim Bilimleri Dergisi 2011;9(2) :239-259
15. Sabancıoğulları S, Doğan S. Profesyonel Kimlik Gelişimi ve Hemşirelik. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences, 2012; 15(4).
16. Özdelikara A, Boğa NM, Alkan SA. Hemşirelik Öğrencilerinde Mesleki Örgütlenme Tutumunun Belirlenmesi. Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 2016; 2 (3): 58-70.
17. Karahan N. 2012. Ebeler Derneği. Erişim Adresi: <https://www.medimagazin.com.tr/assoc/tr-ebeler-derneği-675-0-200.html>
18. Sağlık Bakanlığı. Sağlık Personelinin Hizmet Birimlerine Göre Dağılımı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> (Erişim tarihi: 22.06.2018)
19. Sezgin M, Bulut B. Örgüt Kültürü ve Halkla İlişkiler. Karabük Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2013; 3(2); 182-194.
20. Hayta G, Kıvrak A, Baybek H. Hemşirelerin mesleki örgütlenme konusundaki düşüncelerinin belirlenmesi. 8. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Hemşirelik Öğrencileri Kongresi (Kongre Özet Kitabı). Ankara, 2009. s.71.
21. Korkmaz F, Görgülü S. Hemşirelerin, Meslek Ölçütleri Bağlamında Hemşireliğe İlişkin Görüşleri. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2010; 1-17
22. Güner S, Yurdakul M, Yetim N. Türkiye'de Ebelik Mesleğinin Sorunlarına Akademik Bakışı Yansıtan Nitel Bir Çalışma. Yükseköğretim ve Bilim Dergisi, 2015; 5(1):80-87.
23. Turkmani S, Nicolás CD, Gohar F, Zyaee PANeeds and Expectations: A Membership Survey of the Midwifery Association in Afghanistan. Journal of Asian Midwives (JAM), 2016; 3(1): 4-17.
24. Merih YD, Arslan H. Hemşire ve Ebelerin Mesleki Bilinç, Örgütlenmeye Yönelik Görüşlerinin ve İş Doyumlarının Belirlenmesi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2012;9 (3): 40-46
25. Fullerton J, Sipe TA, Hastings-Tolsma M, McFarlin BL, Schuiling K, Bright CD, Krulewitsch CJ. The midwifery workforce: ACNM 2012 and AMCB 2013 core data. Journal of Midwifery & Women's Health, 2015; 60(6): 751-761.

Fatma Bayrı Bingöl<sup>1</sup>, Meltem Demirgöz Bal<sup>2</sup>

DOI:10.17942/sted.887220

Geliş/Received : 01.09.2020  
Kabul/Accepted : 20.12.2020

### Öz

**Amaç:** Doğum sonrası maternal anksiyete kadının kendisi, bebeği ve ailesi için önemli bir sağlık sorunudur. Bu çalışma, doğum sonrası maternal anksiyete ve bağlanma ilişkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Bu tanımlayıcı çalışma Ocak-Aralık 2019 tarihleri arasında, aile sağlığı merkezlerine başvuran, postpartum dönemde olan kadınlarla yapılmıştır. Veriler bilgi formu, Postpartum Anksiyete Ölçeği ve Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği ile elde edilmiştir.

**Bulgular:** Kadınların %37,4'ünün anksiyetesinin yüksek olduğu (113,5 üstü puan aldığı) belirlendi. Primipar olan, eş/annesi ile ilişkisini kötü olarak tanımlayan, postpartum döneme uyum güçlüğü yaşadığını belirten ve son iki haftada kendisini üzgün/mutsuz hisseden kadınların anksiyetesinin daha yüksek olduğu belirlendi ( $p<0,05$ ). Primipar olan, doğumu acil sezaryen olan, bebeğini emzirmeyen, bebeği ve kendisi uyku sorunu yaşayan, annesi ve eşi ile ilişkileri kötü olan kadınların daha fazla bağlanma sorunu yaşadığı belirlendi ( $p<0,05$ ). Yapılan korelasyon analizine göre doğum sonrası maternal anksiyete ile doğum sonrası bağlanma arasında ilişki olmadığı görüldü ( $p>0,05$ ).

**Sonuç:** Doğum sonrası dönemde risk grubunda yer alan anneler anksiyete ve bağlanma belirtileri açısından daha yakından izlenmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Postpartum, Anksiyete, Anne sağlığı, Bağlanma

### Abstract

**Objective:** Postnatal maternal anxiety is an important health problem for the woman concerned, her child and family. The study was conducted to examine postnatal maternal anxiety and bonding in women.

**Material and Methodology:** This descriptive study was conducted in the period January-December 2019 with women in their postpartum period who applied to family health centres. Relevant data was obtained through information form, Postpartum Anxiety Scale and Postnatal Bonding Scale.

**Findings:** 37.4% of women were found to be as highly anxious (with score higher than 113.5). It was observed that anxiety scores were higher among women having sour relations with their husbands/mothers in law, facing difficulties in adapting to postpartum period, and feeling sad/unhappy during primipara and last two weeks ( $p<0.05$ ). Also, bonding problems are more prevalent among women not nursing their child, facing sleeping problems with their infants, defining their relations with their husbands and mothers as bad, having experienced urgent caesarean section, and primipara women ( $p<0.05$ ). Correlation analysis yielded no correlation between postpartum maternal anxiety and postpartum bonding ( $p>0.05$ ).

**Conclusion:** Mothers in risk group during the postnatal period must be followed more closely with respect to symptoms of anxiety and bonding.

**Key words:** Postpartum, Anxiety, Maternal health, Bonding

## Giriş

Gebelik ve doğum pek çok kadın için yeni başlangıçların olduğu eşsiz bir zamandır. Bu süreçte anneler, fiziksel, biyokimyasal ve hormonal değişimlerin yanı sıra doğum sonrası derinden etkileyici psikolojik geçiş süreci yaşar. Bu dönem aynı zamanda kadınların psikolojik sorunlar açısından oldukça kırılgan oldukları bir zamandır (1-3). Anksiyete anneliğin evrensel yönlerinden biridir. Birçok kadın gebelik, doğum ve sonrası dönemde, normalden yıkıcı seviyeye kadar değişen düzeylerde anksiyete yaşamaktadır (3-4). Annelik rolüne uyum anksiyete riski taşısa da, kadının bebeğine, kendisine ya da ailesine bakma kapasitesini olumsuz etkilememelidir. Postpartum Maternal Anksiyete (PMA) belirtilerinin yaygınlığı klinik düzeyde % 12-20 olarak bildirilmektedir (2,3,5,6).

Gebelik ve postpartum dönemde görülen anksiyete, başta yenidoğan olmak üzere, tüm aile için çok yönlü olumsuz etkileri vardır. Yüksek seviyede PMA, anne ve bebek bağlanmasını olumsuz etkilemesinin yanı sıra bebeğin davranışsal, sosyal ve duygusal gelişimini de olumsuz etkilemektedir (7-11). Anne ve bebek arasındaki duygusal bağın kalitesi bağlanma olarak tanımlanmaktadır (12). Annenin bebeğine sağlıklı bağlanması, bebeğin psikolojisinin temelini oluşturur (13-15).

Anne bebek bağlanmasında en önemli belirleyicilerden birisi annenin psikolojik iyilik halidir. Ailenin sağlık sonuçlarını iyileştirmek için PMA erken dönemde tanınmalı ve tedavi edilmelidir (2). Tanımlanmayan ve tedavi edilmeyen PMA postpartum depresyondan daha yaygındır, ancak genellikle göz ardı edilmektedir. Postpartum dönemde duygudurum ve anksiyete bozuklukları arasında yüksek komorbidite mevcuttur (5). DSM-5 te tanı kriterleri, postpartum depresyona özgü standardize yer almasına karşın, postpartum anksiyete bozukluklarına yönelik yoktur. Son yıllarda postpartum depresyona yönelik pek çok çalışma varken (16,17) PMA çalışmaları sınırlı sayıdadır (1,5,18). Sınırlı sayıdaki PMA araştırmalarında, postpartum döneme özgü anksiyeteyi değerlendiren ölçüm aracıyla değil, genel anksiyeteyi değerlendiren araçların kullanıldığı bilinmektedir (9). Kadınların yaşamları boyunca

psikiyatrik hastalıklar açısından en kırılgan dönemlerden birisi olan postpartum dönemde, kadınların psikolojik sağlıkları ülkemizde henüz rutin değerlendirilmediğinden, postpartum anksiyete yaşayan birçok kadın kendi başının çaresine bakmak durumunda kalmaktadır. Bu doğrultuda bu çalışma, Fallon ve ark. tarafından (2016) postpartum döneme özgü anksiyetenin değerlendirilmesine yönelik hazırlanan Postpartum Anksiyete Ölçeği kullanılarak, postpartum dönemde anksiyete ve bağlanma ilişkisini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

## Gereç ve Yöntem

**Araştırmanın şekli:** Bu çalışma tanımlayıcı bir araştırmadır. Türkiye'nin en kalabalık ve heterojen şehri olan İstanbul'da yaşayan postpartum dönemdeki kadınlar ile yapılmıştır.

**Katılımcılar:** Türkiye'de 2017 yılında gerçekleşen canlı doğum sayısı göz önünde bulundurularak örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğü %95 güven aralığı ve %5 lik yanılma payı ile 385 kişinin alınması gerektiği belirlenmiştir. Postpartum 1- 6. ay arasında olan, bebeğinin rutin kontrol ya da aşı uygulaması için aile sağlığı merkezine başvuran, çalışma kriterlerine uyan tüm kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir. Bu araştırma Ocak-Aralık 2019 tarihleri arasında yapılmıştır. Veriler İstanbul'da 14 Aile Sağlığı Merkezinde toplanmıştır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri olarak; 18 yaş üstü ve 45 yaş altı, araştırmaya katılmayı kabul eden, Türkçe konuşup anlayabilen, gebeliği en az 37 hafta süren kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir.

**Verilerin toplanması:** Çalışmaya alınma kriterlerine uyan ve çalışmaya katılmayı kabul eden kadınların formları doldurmaları istenmiştir. Veriler, bilgi formu, Postpartum Anksiyete Ölçeği ve Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği ile elde edilmiştir.

**Demografik ve Obstetrik Bilgi Formu;** Araştırmacıların literatür incelemesi sonucunda oluşturulmuştur. Form, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini (yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu), gebelik ve doğum (gebelik sayısı, doğum şekli, uygulanan girişimler vb.) ve bebeğe ilişkin özellikleri içeren sorulardan oluşmaktadır.



*Postpartum anksiyete ölçeği (PAÖ):* Fallon ve arkadaşları (2016) tarafından geliştirilen ölçek 51 maddelidir ve postpartum anksiyete belirtilerinin değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Ölçeğin orijinal hali 0-6 aylık bebeği olan annelerle geliştirilmiş ve doğrulanmıştır. Orijinal ölçekte yer alan 7 madde Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında gerekli ölçütleri sağlayamadığı için ölçekten çıkartılarak, 44 madde üzerinden tamamlanmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (19). PAÖ Ölçek, bir tanılama aracı değildir. Postpartum döneme özel, tarama amaçlı olarak geliştirilmiş, anksiyetenin şiddetini değil sıklığını değerlendiren bir ölçektir. Annelerin yenidoğan bebekleriyle ilgili anksiyeteleri ve duygusal sıkıntıları hakkında maddeleri içerir. Kadınların son 7 gün içindeki deneyimlerini yansıttığı için postpartum dönemdeki değişimleri izlemek için birden fazla uygulanabilir. Ölçeğin orijinal halinin geliştirilmesi ve geçerliliğinde, annelere son 7 gün içindeki deneyimlerini düşünerek cevaplamaları istenmiştir.

#### **Postpartum anksiyete ölçeğinde;**

- 1-15 arası maddeler annelik becerileri ve bağlanma,
- 16-27 arası maddeler yenidoğanın iyiliği ve güvenliği,
- 28-38 arası maddeler bebek bakımı uygulamaları ve
- 39-44 arası maddeler anneliğe psikososyal uyum ile ilgilidir.

Ölçekte yer alan her madde Hiç yok=1, Pek sık değil=2, Sıklıkla=3 ve Neredeyse Her zaman=4 olarak puanlanmaktadır. 5,6,8,10,11,-12,15,16,-17,19,21,23,27,28,31,35,36,38,39,40,-41 ve 44. maddeler ters kodlanmaktadır. Değerlendirmenin doğru yapılabilmesi için tüm soruların yanıtlanması gerekmektedir yanıtlanmalıdır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 176'dır. Ölçeğin optimal kesim skoru 113,5'tir. Yüksek puanlar, anksiyete belirtilerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada PAÖ'nin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı alt boyutları: Annelik becerileri ve bağlanma için  $\alpha=0,89$ ; Yenidoğanın iyiliği ve güvenliği için  $\alpha=0,89$ ; Bebek bakım uygulamaları için  $\alpha=0,87$ ; Anneliğe psikososyal uyum için

$\alpha=0,81$  ve tüm ölçek için  $\alpha=0,95$  olarak bulunmuştur.

#### *Doğum Sonrası Bağlanma Ölçeği (DSBÖ):*

Doğum sonrası dönemde annenin bebeğine bağlanmasını değerlendirmek ve anne ile bebek arasında kurulan ilişkide sorunları belirlemek amacıyla Brockington ve ark. (2001) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (20). Anneler tarafından cevaplanan ölçek, 25 sorudan oluşmaktadır ve "her zaman", "çok sık", "oldukça sık", "bazen", "ender" ve "hiç" olarak tanımlan 6'lı Likert tipinde bir ölçektir. Soruların 17'si ise tersten hesaplanmaktadır. Bu sorular; 2, 3, 5, 6,- 7, 10, 12, 13, 14, -15, 17, 18, 19, 20,- 21, 23, 24. sorulardır. Ölçekten alınan yüksek puanlar bağlanma sorunlarının arttığını göstermektedir. Bu çalışmada, ölçeğin iç tutarlılık güvenilirlik katsayısı  $\alpha=0,91$  olarak bulunmuştur.

*İstatistiksel analizler:* Veriler, SPSS 21.0 programı kullanılarak sayı, yüzde dağılımları, bağımsız gruplarda t testi, Mann Whitney U testi, Tek yönlü varyans analizi, Kruskal Wallis Varyans Analizi yapılmıştır. Çalışmada PAÖ ve DSBÖ ilişkisini saptamak amacıyla Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p<0,05$  olarak kabul edilmiştir.

*Araştırmanın etik yönü:* Araştırmaya başlamadan önce Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulundan izin alınmıştır (Tarih: 02 Nisan 2018, Sayı:114). Ayrıca araştırmaya alınma ölçütlerini karşılayan kadınlara araştırmanın amacı, yöntemi ve katkıları açıklanarak sözel onamları alınmıştır. Araştırma süresince araştırma ve yayın etik kurallarına uyulmuştur.

#### **Bulgular**

Araştırma 535 kadınla tamamlandı. Kadınların yaş ortalaması  $29,182 \pm 0,33$  (min:18-max:45), bebeklerinin yaş ortalaması ise  $3,44 \pm 1,75$  aydı. Kadınların %95,0'ii (n=509) evli ve eşiyile birlikte yaşadığı ve çocuk sayısı ortalamasının  $2,32 \pm 1,70$  olduğu belirlendi. Kadınların diğer özellikleri Tablo 1'de verilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan kadınların PAÖ toplam puan ortalaması  $112,6 \pm 4,0$  (min:98-max:126)'dı ve kadınların %37,4'ünün

**Tablo 1.** Katılımcıların özellikleri (n= 535)

Özellik		%	n
<b>Eğitim</b>	8 yıl ↓	48,6	260
	9 yıl ↑	51,4	275
<b>Aile tipi</b>	Çekirdek aile	83,4	446
	Geniş aile	16,6	89
<b>Ekonomik durum</b>	Geliri giderlerinden az	27,9	149
	Geliri giderlerini karşılıyor	61,6	330
	Geliri giderlerinden fazla	10,5	56
<b>Parite</b>	Primipar	38,8	204
	Multipar	61,2	322
<b>Doğum şekli</b>	Normal vajinal doğum	58,9	315
	Planlı Sezaryen	32,9	176
	Acil Sezaryen	8,2	44
<b>Bebek beslenme şekli</b>	Yalnızca anne sütü	72	385
	Anne sütü ve mama	21,5	115
	Yalnızca mama	6,5	35
<b>Bebek uyku sorunu</b>	Uyku sorunu yok	38,9	207
	Biraz sorunlu	51,7	275
	Büyük sorun	9,4	50
<b>Anne uyku sorunu</b>	Hayır	65,4	342
	Evet	34,6	181
<b>Postpartum eş ile ilişki</b>	İyi	87,5	468
	Kötü	12,5	67
<b>Postpartum anne ile ilişki</b>	İyi	93,5	500
	Kötü	6,5	35
<b>Postpartum uyum güçlüğü</b>	Hayır	67,7	362
	Evet	32,3	173
<b>Son iki hafta üzgün/ mutsuz hissetme</b>	Hayır	82,2	440
	Evet	17,8	95

(n=200) anksiyete düzeyi yüksekti. Primipar, eşi ve annesi ile ilişkisini kötü olarak tanımlayan, postpartum döneme uyum güçlüğü yaşadığını belirten ve son iki haftada kendisini üzgün/mutsuz hisseden kadınların anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 2). Ayrıca kadınların yaşı arttıkça anksiyete düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düzeyde azalmaktaydı (p=0,007).

Araştırma kapsamına alınan kadınların bağlanma toplam puan ortalaması 81,4±8,3 (min:65-

max:90)'tü. Postpartum dönemde bağlanma açısından; primipar, acil sezaryen olan, bebeğini emzirmeyen, bebeğinin uykusunu büyük sorun olarak algılayan, kendisi uyku sorunu yaşayan, eşi ve annesi ile ilişkisini kötü olarak değerlendiren, uyum güçlüğü yaşadığını belirten ve son iki haftada kendisini üzgün/mutsuz hisseden kadınların, bağlanma ölçeğinden daha yüksek puanlar aldıkları (p<0,05) bir diğer deyişle istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla bağlanma sorunu yaşadıkları belirlendi (Tablo 3).

**Tablo 2.** Katılımcıların özellikleri ile postpartum anksiyete puanlarının karşılaştırılması (n=535)

		n (%)	Ort ± Ss	p
<b>Eğitim</b>	8 yıl ve ↓	229 (47%)	112,6 ± 3,9	0,655
	9 yıl ve ↑	258 (53%)	112,6 ± 4,2	(z=-0,447)
<b>Çalışma durumu</b>	Ev hanımı	358 (73,5%)	112,6 ± 4,0	0,919
	Çalışan	129 (26,5%)	112,6 ± 4,2	(t=-0,102)
<b>Ekonomik durum</b>	Geliri giderlerinden az	131 (26,8%)	112,2 ± 4,4	0,748
	Geliri giderlerini karşılıyor	302 (62,1%)	112,7 ± 3,9	( $\chi^2=0,582$ )
	Geliri giderlerinden fazla	54 (11,1%)	112,9 ± 3,8	
<b>Parite</b>	Primipar	189 (39,6%)	113,1 ± 4,1	0,033*
	Multipar	290 (60,4%)	112,3 ± 4,0	(z=-2,127)
<b>Doğum şekli</b>	Normal vajinal doğum	289 (59,4%)	112,6 ± 3,9	0,258
	Planlı sezaryen	159 (32,7%)	112,8 ± 3,9	( $\chi^2=2,77$ )
	Acil sezaryen	39 (7,9%)	111,3 ± 5,0	
<b>Yenidoğan özel bakım ihtiyacı</b>	Hayır	441 (90,6%)	112,6±4,0	0,788
	Evet	46 (9,4%)	112,5±4,7	(z=-0,269)
<b>Bebek beslenme şekli</b>	Yalnızca anne sütü	352 (72,4%)	112,7 ± 4,0	0,237
	Anne sütü ve mama	103 (21%)	112,0 ± 3,7	( $\chi^2=2,878$ )
	Yalnızca mama	32 (6,6%)	112,9 ± 5,3	
<b>Bebek uyku sorunu</b>	Uyku sorunu yok	190 (39,4%)	113,0 ± 3,8	0,106
	Biraz sorunlu	248 (51,1%)	112,2 ± 4,2	(F=2,253)
	Büyük sorun	46 (9,5%)	112,8 ± 4,2	
<b>Anne uyku sorunu</b>	Hayır	317 (66,8%)	112,7 ± 3,7	0,518
	Evet	158 (33,2%)	112,4 ± 4,5	(t=0,647)
<b>Postpartum eş ile ilişkisi</b>	İyi	430 (88,5%)	110,7 ± 4,8	0,002*
	Kötü	57 (11,5%)	112,8 ± 3,9	(t=3,149)
<b>Postpartum anne ile ilişki</b>	İyi	453 (93,2%)	110,0 ± 4,4	0,0001*
	Kötü	34 (6,8%)	112,8 ± 4,0	(t=3,909)
<b>Postpartum uyum güçlüğü</b>	Hayır	338 (69,6%)	111,9 ± 4,4	0,002*
	Evet	149 (30,4%)	112,9 ± 3,9	(z=-3,074)
<b>Son iki haftada üzgün/mutsuz hissetme</b>	Hayır	406 (83,6%)	110,8 ± 4,9	0,0001*
	Evet	81 (16,4%)	112,9 ± 3,7	(z=-3,95)

t: Independent groups t test; z: Mann-Whitney U test; F: One-way analysis of variance;  $\chi^2$ : Kruskal-Wallis Analysis of Variance

Araştırma kapsamına alınan kadınların bağlanma puanları ile anksiyete puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı ( $p=0,409$ ,  $r=-0,038$ ) belirlendi.

### Tartışma

Multiparların anksiyetesinin daha düşük olması beklenen bir durum olmak ile birlikte, bu çalışmada da tespit edilmiştir. Ancak bu

çalışmada, eş ve annesi ile ilişkisini kötü olarak tanımlayan, postpartum döneme uyum güçlüğü yaşayan ve son iki haftada kendisini üzgün/mutsuz hisseden kadınların anksiyetesinin daha yüksek olmasının; anne rolünün getirdiği sorumlulukların oluşturduğu anksiyete ile birlikte var olan diğer stresörleriyle baş edememesinden kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Literatürde doğum sonu dönemde yaşanan maternal

**Tablo 3.** Katılımcıların özellikleri ile bağlanma puanlarının karşılaştırılması (n=535)

		n (%)	Ort ± Ss	p
<b>Eğitim</b>	8 yıl ↓	240 (47,8%)	81,6 ± 8,0	0,288
	9 yıl ↑	263 (52,2%)	81,2 ± 6,9	(z=-1,062)
<b>Çalışma durumu</b>	Ev hanımı	367 (72,6%)	81,3 ± 8,0	0,712
	Çalışan	136 (27,4%)	82,3 ± 5,7	(z=-0,37)
<b>Ekonomik durum</b>	Geliri giderlerinden az	137 (27,3%)	81,6 ± 6,9	0,784
	Geliri giderlerini karşılıyor	314 (62,8%)	81,9 ± 6,2	( $\chi^2=0,486$ )
	Geliri giderlerinden fazla	52 (9,9%)	77,7 ± 13,4	
<b>Parite</b>	Primipar	189 (37,8%)	82,3 ± 7,2	<b>0,0001*</b>
	Multipar	305 (62,2%)	80,3 ± 7,9	(z=-3,513)
<b>Doğum şekli</b>	Normal vajinal doğum	294 (58,4%)	78,1 ± 11,1	<b>0,035*</b>
	Planlı sezaryen	167 (33,6%)	81,6 ± 7,3	( $\chi^2=6,701$ )
	Acil sezaryen	42 (8%) (3)	82,3 ± 6,4	
<b>Yenidoğan özel bakım ihtiyacı</b>	Hayır	448 (89,3%)	81,6±8,1	<b>0,063</b>
	Evet	55 (10,7%)	79,3±9,4	(z=-1,860)
<b>Bebek beslenme şekli</b>	Yalnızca anne sütü	362 (72,4%)	74,9 ± 12,9	<b>0,021*</b>
	Anne sütü ve mama	109 (21,7%)	81,5 ± 8,6	( $\chi^2=7,687$ )
	Yalnızca mama	32 (5,9%)	82,2 ± 6,1	
<b>Bebek uyku sorunu</b>	Uyku sorunu yok	194 (39,8)	78,4 ± 8,1	<b>0,0001*</b>
	Biraz sorunlu	260 (51,1%)	80,4 ± 7,2	( $\chi^2=34,61$ )
	Büyük sorun	46 (8,9%)	83,4 ± 7,3	
<b>Anne uyku sorunu</b>	Hayır	323 (66,5%)	79,4 ± 7,5	<b>0,0001*</b>
	Evet	169 (33,5%)	82,6 ± 7,3	(z=-5,547)
<b>Postpartum eş ile ilişkisi</b>	İyi	438 (87,7%)	77,3 ± 10,6	<b>&lt;0,001*</b>
	Kötü	65 (12,3%)	82,2 ± 6,7	(z=-3,439)
<b>Postpartum anne ile ilişki</b>	İyi	468 (93,6%)	75,1 ± 9,8	<b>0,0001*</b>
	Kötü	35 (6,4%)	82,0 ± 7,0	(z=-4,413)
<b>Postpartum uyum güçlüğü</b>	Hayır	343 (69,1%)	79,0 ± 8,3	<b>0,0001*</b>
	Evet	160 (30,9%)	82,8 ± 6,8	(z=-5,715)
<b>Son iki haftada üzgün/mutsuz hissetme</b>	Hayır	416 (83,2%)	78,9 ± 8,7	<b>0,0001*</b>
	Evet	87 (16,8%)	82,1 ± 7,1	(z=-3,945)

t: Independent groups t test; z: Mann-Whitney U test; F: One-way analysis of variance;  $\chi^2$ : Kruskal-Wallis Analysis of Variance

anksiyetenin, patolojik anksiyeteden ziyade artan annelik stresi ve iyi bir anne olabilme ile ilgili olduğu da bildirilmektedir (18,21). Doğum sonrası dönemde birçok kadının klinik olarak anlamlı düzeyde anksiyete yaşadığını, ancak anksiyete bozukluğu için tam tanı kriterlerini karşılamadığı bildirilmektedir (22). Bu çalışmada kadınların %37,4'ünün anksiyete düzeyinin

yüksek olduğu belirlenmiştir. Postpartum dönemde anksiyete bozukluklarının prevalansını Tietz ve ark. (2014) % 11 olduğunu bildirirken; Fairbrother ve ark. (2016) doğum sonrası yaygın anksiyete bozukluğunu %17,1, Polte ve ark. (2019) postpartum 8. haftada anksiyete oranının %4 olduğunu bildirmiştir. Field (2018) yaptığı güncel bir sistematik derlemede, postpartum

maternal anksiyete belirtileri yaygınlığının %13-40 arasında olduğunu saptamıştır. Araştırma sonuçlarındaki bu farklı değerlerin, anksiyete bozukluğu açısından tıbbi tanı alma, kullanılan tanılama araçlarının postpartum döneme özgü olma durumu, postpartum farklı zamanlarda yapılması ve kültürel farklılıklardan kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada yaş arttıkça postpartum anksiyetenin azaldığı bulunmuştur. Bu bulgunun Hakanen ve ark. (2019) benzer olduğu görülmüştür. Araştırmada multiparların daha fazla bağlanma sorunları yaşadığı bulgusu literatürle benzer bulunmuştur (4,24). Kadının deneyimli olması nedeniyle anksiyetesinin daha düşük, bağlanmanın da yüksek olması beklenen bir durumdur.

Literatürde yüksek anksiyete puanlarının emzirmeyi olumsuz etkilediği bildirilmektedir (1,9,25). Ancak bu çalışmada annelerin anksiyete puanlarının emzirmeyi etkilemediği saptandı. Bu farklılık, araştırmalarda kullanılan araçların farklı olmasından bir diğer deyişle bu araçların patolojik düzeyde yüksek anksiyetenin değerlendirilmiş olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca bu durumun kültürel bir davranış olarak ülkemizde halen anneliğin emzirme ile çok yakın anlamda eş tutulması ve emzirmenin desteklenen bir davranış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada emzirmenin anne bebek bağlanmasını artırdığı bulgusu literatürle paraleldir (26-28). Aksine, Hairston ve ark. (2019) yaptığı çalışmada emzirmenin anne-bebek bağlanmasını etkilemediğini bildirmektedir. Emzirmenin duygusal ve sosyal anlamı açısından değerlendirildiğinde, emzirme anne bebek bağlanmasını ve bakımını arttırmada önem taşımaktadır. Hatta emzirme doğal olarak ten tene temas fırsatı sunduğundan teorik olarak bağlanma duygularını teşvik etmektedir. Emzirmenin anne sağlığı, bebek sağlığı ve anne bebek arasındaki ilişkinin kalitesi açısından yararları bilinmektedir (14).

Acil sezaryenin bağlanmayı olumsuz etkilemesi de literatürle benzerdir (29). Bu durumun acil sezaryenin cerrahi bir işlem olması ve anne-bebeğin doğum sonrası birlikteliğinin sekteye

uğramasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

Anksiyete düzeyinin annenin uyku düzeni ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Ancak bu bulgunun aksine bazı çalışmalarda postpartum annelerde sık görülen uyku sorununun, klinik tanı düzeyinde duygudurum ve kaygı bozukluklarına katkıda bulunduğu bildirilmektedir (30,31). Bu farklılığın bildirilen araştırmaların anksiyete bozukluğu tanısı alan kadınlarla yapılmış olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Anksiyetesi yüksek annelerin çocuklarının daha fazla huzursuz olmaları olasıdır. Bu çalışmada da Hairston ve ark. (2019) benzer şekilde bebeği uyku sorunu yaşayan annelerin bebekleriyle bağlanmalarının olumsuz etkilendiği bulgusu da literatürle benzerdir (32,33).

Eş ve anne ilişkisi kötü olanların anksiyete düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu araştırmaya benzer şekilde Polte ve ark. (2019) postpartum, sosyal desteği düşük olanların anksiyetesinin daha yüksek olduğunu bildirmektedir. Postpartum anksiyetenin değerlendirilmesinde kullanılan ölçüm araçlarının patolojik anksiyeteyi mi yoksa iyi anne olabileme anksiyetesini mi değerlendirdiğini göz önünde bulundurmak gerekmektedir. Uygun düzeyde anksiyete annelik rolünün benimsenmesini destekleyecekken; yüksek düzeyde anksiyete kadının yaşamını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu bağlamda Jordan and Minikel (2019) yeni annelerin anksiyetesini azaltmak için sosyal destek ve aile kaynaklarının harekete geçirilmesi gerektiğini bildirmektedir. Bu amaçla, eşlere, diğer aile üyelerine veya arkadaşlarına, bebeğin bakımına ve annenin ihtiyaçlarının giderilmesinde yardım etmelerini tavsiye edilmektedir. Bu tür müdahaleler klinik olarak anksiyete bozukluğu tanı kriterlerini karşılamayan kadınlar için yeterli olabilmektedir. Ayrıca kötü aile desteğinin bağlanmayı olumsuz etkilediği bulgusu literatürle benzerdir (13,15,16).

Literatürde postpartum maternal anksiyetenin annelerin psikolojik kırılganlığını artırdığı ve psikolojik kırılganlığın, anne bebek arasında ortaya çıkan bağlanma ilişkisinden orijin aldığı bildirilmektedir (7,34). Anne ve bebek bağlanmasının oluşmasında mentalizasyon önemli

bir rol oynar. Maternal bağlanma anne ruh sağlığı ile yakından ilgilidir (4). Literatürde postpartum anksiyete ve bağlanma ile ilişkili çalışmalarda, genel kanı yüksek düzeyde anksiyetenin bağlanmayı olumsuz etkilediği yönündedir (4,9,11,15,17). Edhborg ve ark. (2011) ise, eğitim seviyesinin düşük olduğu ve aile içi şiddetin yüksek oranda olduğu Bangladeşte kırsal bölgede, genel anksiyete ölçeği kullanarak postpartum anksiyete ve bağlanma ilişkisini değerlendirdiği çalışmada, postpartum anksiyetenin bağlanmayla pozitif ilişkili olduğunu bildirmektedir. Bu çalışmada maternal anksiyete ve bağlanma arasında ilişki bulunmamıştır. Belirlenen bu bulgunun literatürden farklı olmasının nedeninin, bu çalışmada postpartum döneme özgü bir anksiyete ölçeği kullanılması ve bu ölçeğin anksiyete bozuklukları için bir tanı aracı değil postpartuma özgü anksiyeteyi değerlendiriyor olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.

### Sonuç ve öneriler

Doğum sonrası dönemde yaşanabilecek psikiyatrik sorunların erken dönemde fark edilmesi ve sorunlar büyümeden gerekli desteğin sunulması, anne-bebek bağlanmasının sekteye uğramasının önlenmesini ve maliyet etkinliğinin yanı sıra anne ve bebeğinin psikolojik sağlığı açısından koruyucu olacağından, toplum sağlığının geliştirilmesi açısından da önemli olacaktır. Birinci basamakta yer alan sağlık çalışanları, bebeklerin büyüme-gelişme izlemi ve aşı uygulamalarının yanı sıra, annelerin duygusal durumlarını da izlemeli, risk taşıyan tüm anneler daha sık takip edilmeli, gerekli görüldüğü durumlarda sorunlar büyümeden ilgili birimlere yönlendirmeleri yapmalıdır.

### Araştırmanın sınırlılıkları

Postpartum anksiyete için toplanan tüm veriler kişisel beyana dayandığından yanılma payı göz önünde bulundurulmalıdır. Postpartum anksiyeteye özgü hazırlanan PAÖ ile anksiyete tanısı konulması söz konusu değildir. Ölçek sadece alınan puanlar doğrultusunda, doğum psikoterapistine ya da psikiyatri uzmanına yönlendirme işlevi taşıdığı göz ardı edilmemelidir. Anksiyete bozukluğu tanısı yalnızca hekim tarafından konulabildiğinden, bu çalışmada bir psikiyatri uzmanından yardım alınmamış olması

önemli bir sınırlılığdır. Ayrıca yalnızca Aile Sağlığı merkezlerine başvuran, doğum sonrası ilk 6. aydaki kadınlarla görüşülerek veriler toplandığından, postpartum dönemdeki tüm kadınları temsil etmeyebilir.

**İletişim:** Fadime Bayrı Bingöl

**E-posta:** fadimebayri@gmail.com

### Kaynaklar

1. Fallon V, Halford JCG, Bennett KM, Harrold JA. Postpartum-specific anxiety as a predictor of infant-feeding outcomes and perceptions of infant-feeding behaviours: new evidence for childbearing specific measures of mood. *Arch Womens Ment Health* 2018;21(2):181-91.
2. Jordan V, Minikel M. Postpartum anxiety: More common than you think. *J Fam Pract* 2019;68(3):165-74.
3. Puryear LJ. Postpartum adjustment: What is normal and what is not. In: *Women's Reproductive Mental Health Across the Lifespan*. Ed. Barnes DL (editors). Springer, 2015.
4. Nakano M, Upadhyaya S, Chudal R, Skokauskas N, Luntamo T, Sourander A, et al. Risk factors for impaired maternal bonding when infants are 3 months old: A longitudinal population based study from Japan. *BMC Psychiatry* 2019;19(1):87.
5. Dennis CL, Brown HK, Wanigaratne S, Vigod SN, Grigoriadis S, Fung K, et al. Determinants of comorbid depression and anxiety postnatally: A longitudinal cohort study of Chinese-Canadian women. *J Affect Disord* 2018;227:24-30.
6. Fallon V, Halford JCG, Bennett KM, Harrold JA. The Postpartum Specific Anxiety Scale: Development and preliminary validation. *Arch Womens Ment Health* 2016;19(6):1079-90.
7. Alhusen JL, Haya MJ, Gross D. A longitudinal study of maternal attachment and infant developmental outcomes. *Archives of Women's Mental Health* 2013;16(6):521-9.
8. Farré-Sender B, Torres A, Gelabert E, Andrés S, Roca A, Lasheras G, et al. Mother-infant bonding in the postpartum period: Assessment of the impact of pre-delivery factors in a clinical sample. *Arch Womens Ment Health* 2018;21(3):287-97.
9. Field T. Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behav Dev* 2018;51:24-32.
10. Hakanen H, Flykt M, Sinervä E, Nolvi S, Kataja EL, Pelto J, et al. How maternal pre- and postnatal symptoms of depression and anxiety affect early mother-infant interaction? *J Affect Disord* 2019;2(257):83-90.
11. Polte C, Junge C, von Soest T, Seidler A, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S. Impact of maternal

- perinatal anxiety on social-emotional development of 2-year-olds, a prospective study of Norwegian mothers and their offspring: the impact of perinatal anxiety on child development. *Matern Child Health J* 2019;23(3):386-96.
12. Bowlby J. Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry* 1982;52(4):664-78.
  13. Cinar N, Kose D, Altinkaynak S. The relationship between maternal attachment, perceived social support and breast-feeding sufficiency. *J Coll Physicians Surg Pak* 2015;25(4):271-5.
  14. Hairston IS, Handelzalts JE, Lehman-Inbar T, Kovo M. Mother-infant bonding is not associated with feeding type: A community study sample. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;11:19(1)-125.
  15. McNamara J, Townsend ML, Herbert JS. A systemic review of maternal wellbeing and its relationship with maternal fetal attachment and early postpartum bonding. *Plos-One* 2019;14(7):e0220032.
  16. Ohara M, Okada T, Aleksic B, Morikawa M, Kubota C, Nakamura Y, et al. Social support helps protect against perinatal bonding failure and depression among mothers: A prospective cohort study. *Scientific Reports* 2017;7(9546):1-8.
  17. Tietz A, Zietlow AL, Reck C. Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: the crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour. *Arch Womens Ment Health* 2014;17:433-42.
  18. Brunton RJ, Dryer R, Saliba A, Kohlhoff J. Pregnancy anxiety: A systematic review of current scales. *Journal of Affective Disorders* 2015;176:24-34.
  19. Bayri Bingol F, Demirgoz Bal M, Aydın Ozkan S, Zengin O, Civ B. The adaptation of the postpartum specific anxiety scale into the Turkish language: A study of validity and reliability. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2019;24:1-14.
  20. Yalçın SS, Örün E, Özdemir P, Mutlu B, Dursun A: Türk annelerde doğum sonrası bağlanma ölçeklerinin güvenilirliği. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2014;57:246-51.
  21. Misri S, Kendrick K, Oberlander TF, Norris S, Tomfohr L, Zhang H, et al. Antenatal depression and anxiety affect postpartum parenting stress: A longitudinal, prospective study. *Canadian Journal of Psychiatry* 2010;55:222-28.
  22. Phillips J, Sharpe L, Matthey S, Charles M. Maternally focused worry. *Arch Womens Ment Health* 2009;12(6):409-18.
  23. Fairbrother N, Janssen P, Antony NM, Tucker E, Young AH. Perinatal anxiety disorder prevalence and incidence. *J Affect Disord* 2016;200:148-155.
  24. Suetsugu Y, Honjo S, Ikeda M, Kamibeppu K. The Japanese version of the postpartum bonding questionnaire: Examination of the reliability, validity, and scale structure. *J Psychosom Res* 2015;79(1):55-61.
  25. Serim Demirgoren B, Ozbek A, Ormen M, Kavurma C, Ozer E, Aydın A. Do mothers with high sodium levels in their breast milk have high depression and anxiety scores? *J Int Med Res* 2017;45(2):843-48.
  26. Johnson K. Maternal-infant bonding: A review of literature. *Int J Childbirth Educ* 2013;28(3):17-22.
  27. Radzysinski S, Callister LC. Health professionals' attitudes and beliefs about breastfeeding. *J Perinat Educ* 2015;24(2):102-109.
  28. Vijayalakshmi P, Susheela T, Mythili D. Knowledge, attitudes, and breast feeding practices of postnatal mothers: a cross sectional survey. *Int J Health Sci* 2015;9(4):364-74.
  29. van Reenen SL, van Rensburg E. The influence of an unplanned caesarean section on initial mother-infant bonding: mothers' subjective experiences. *J Psychol Afr* 2013;23(2):269-74.
  30. Bei B, Coo S, Trinder J. Sleep and mood during pregnancy and the postpartum period. *Sleep Med Clin* 2015;10:25-33.
  31. Lawson A, Murphy KE, Sloan E, Uleryk E, Dalfen A. The relationship between sleep and postpartum mental disorders: A systematic review. *J Affect Disord* 2015;176:65-77.
  32. Hairston IS, Solnik-Menilo T, Deviri D, Handelzalts JE. Maternal depressed mood moderates the impact of infant sleep on mother-infant bonding. *Arch Womens Ment Health* 2016;19(6):1029-39.
  33. Tikotzky L. Postpartum maternal sleep, maternal depressive symptoms and self-perceived mother-infant emotional relationship. *Behav Sleep Med* 2014;14(1):5-22.
  34. Yarcheski A, Mahon NE, Yarcheski TJ, Hanks MM, Cannella BL. A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *International Journal of Nursing Studies* 2009;46(5):708-15.
  35. Edhborg M, Nasreen HE, Kabir ZN. Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers' emotional tie to their infants 2-3 months postpartum: A population-based study from rural Bangladesh. *Arch Women's Mental Health* 2011;14(4):307-16.



DOI: 10.17942/sted.888276

Geliş/Received : 18.07.2020  
Kabul/Accepted : 11.10.2020

### Öz

Doğum korkusu, nullipar, primipar ve multipar kadınlarda ortaya çıkan, kadını ve ailesini gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde etkileyen ve bu dönemlerde birçok sağlık sorunlarına neden olan, son yıllarda oldukça yaygın olarak görülen bir problemdir. Başta ebeler olmak üzere kadın hastalıklar ve doğum alanında çalışan sağlık profesyonellerinin (hemşire, hekim, psikolog), kadınların ve hatta erkeklerin doğuma karşı korku gibi tutumlarını, prekonsepsiyonel dönem başta olmak üzere, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde saptayarak, yaşanan sorunları önlemek amacıyla uygun girişimleri planlaması ve uygulaması oldukça önemli ve önceliklidir. Doğum korkusunun nedenleri çok boyutludur. Bu nedenle doğum korkusunun çeşitli dönemlere özgü değerlendirilmesine yönelik bir gereksinim ortaya çıkmaktadır. Literatürde Türkiye’de geçerlik ve güvenilirliği olan sekiz tane ölçek yer almaktadır. Bu çalışmada doğum korkusunu belirlemeye yönelik kullanılan ölçekler; gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonrası olmak üzere dört grupta incelenmiştir. Bu derleme ile Türk toplumunda doğum korkusunu belirlemeye yönelik geçerlik ve güvenilirliği yapılan çalışma sonuçlarının paylaşılması ve gelecekte yapılacak çalışmalar için rehber olması amaçlanmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Doğum korkusu, Tokofobi, Ölçek

### Abstract

Tokophobia is a problem that is widely observed in recent years among nulliparous, primiparous and multiparous women that affects women and their families during pregnancy, delivery and postnatal periods also bringing along many other health problems. It is important that health professionals working in the fields of gynaecology and obstetrics including midwives in the first place as well as nurses, physicians and psychologists can spot cases of tokophobia in women and even in men in prenatal, delivery and postnatal periods, and plan for necessary interventions to prevent possible problems. The causes of tokophobia is multi-dimensional. It is therefore necessary to evaluate cases of tokophobia with respect to various periods. The literature contains eight scales which are relevant to and valid in Turkey. The present study examines scales used in identifying tokophobia in four groups as preconception, pregnancy, delivery, and post-natal periods. This study seeks sharing the outcomes reliable studies to identify the presence of tokophobia in Turkey and to provide a guide for future interventions in this field.

**Key words:** Fear of giving birth, Tokophobia, Scale

\* Bu makale 20-22 Kasım 2020 tarihlerinde Online düzenlenen 1. Uluslararası Anadolu Ebeler Derneği Kongresi’nde sözlü bildiri olarak sunulmuştur.  
1 Öğr. Gör. Dr.; Ondokuz Mayıs Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Samsun (Orcid No: 0000-0002-8910-381X)  
2 Doç. Dr.; Bilim Uzm. Sivas Cumhuriyet Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aile Danışmanlığı AD, Sivas (Orcid No: 0000-0002-7474-3160)



## Giriş

Gebelik ve doğum, insanlığın varoluşundan bu yana toplumlar tarafından derin anlamlar yüklenen, doğurganlık çağındaki her kadının fizyolojik olarak yaşayabileceği bir deneyimdir. Çoğu kadın gebelik ve doğuma pozitif anlamlar yükleyerek, bu süreci olumlu olarak deneyimlerken, birçok kadın ise olumlu doğum deneyimi yaşayamayacağına inanmaktadır. Bu inancın altında yatan neden ise doğum korkusu olmaktadır (1-2). Doğum korkusu, nullipar, primipar ve multipar kadınlarda ortaya çıkan, kadını ve ailesini gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde etkileyen ve bu dönemlerde birçok sağlık sorunlarına neden olan, son yıllarda oldukça yaygın olarak görülen bir problemdir (3). Son yıllarda 18 ülkeden 29 çalışmanın dâhil edildiği bir meta-analize göre dünya çapında ki gebelerin yaklaşık % 14'ü doğum korkusu yaşamaktadır (4).

Doğum korkusu genelde hafif, orta ve şiddetli olarak sınıflandırılmaktadır (5-7). Genellikle hafif ve orta düzey tanımlanan bir korku, kadını motive ederek doğuma hazırlamaya yardımcı olabilmektedir. Fakat şiddetli bir doğum korkusu patolojik olarak kabul edilmekte ve tokofobi olarak tanımlanmaktadır. Literatürde gebelik ve doğum korkusunun şiddetli olarak tanımlanmasına tokofobi denilmektedir. Tokofobi birincil, ikincil ve gebelikte depresif hastalığa ikincil tokofobi olarak sınıflandırılmaktadır. Genellikle daha önce doğum deneyimi yaşamayan nullipar kadınları etkileyen, genellikle ergenlikte ya da erken yetişkinlikte başkalarına ait olumsuz doğum deneyimine maruz kalmaları nedeniyle ortaya çıkan korkuya birincil tokofobi denir. Genellikle daha önce olumsuz ya da travmatik doğum öyküsü yaşayan multipar kadınları etkileyen, önceki doğum deneyimine bağlı gelişen, post travmatik stres bozukluğu ile de ilişkili olabilen korku ikincil tokofobi olarak tanımlanmaktadır. Son olarak daha az görülen, doğum öncesi depresyonun tokofobi ile ortaya çıkmasına gebelikte depresif hastalığa ikincil (depresyon belirtisi olarak) tokofobi denilmektedir. (4,8).

Doğum korkusunun çok boyutlu nedenleri vardır. Doğum korkusuna, sosyo-demografik, obstetrik ve psikososyal faktörler neden olmaktadır (6).

Serçekuş ve Okumuş (2009)'un çalışmasında kadınların doğum korkularının nedenleri, doğum ağrısı, doğumla ilgili sorunlar ve uygulamalar, sağlık personeli ve cinsellik ile ilgili tutumları olarak saptanmıştır. Son zamanlarda doğum korkusu nedenleri arasında; uzamış eylem, artan bir şekilde doğumda analjezi kullanımı ve acil sezaryenin katkısının olabileceğine dair yeni kanıtlar bulunmaktadır (2). Avustralya'da yapılan bir çalışmada ilk kez anne olanların, önceki doğumlarında acil sezaryen olanların, anksiyete/depresyon öyküsü olanların ve önceki doğumlarında sezaryen tercih eden kadınların korku düzeyleri daha yüksek saptanmıştır (10). Yapılan çalışmalarda primiparların multiparlara oranla daha fazla korku yaşadıkları (2), gebelerin sosyal destek sistemleri artıça doğum korkusunun azaldığı (11), düşük eğitim düzeyine sahip, eş desteğinden memnun olmayan ve daha önce düşük yapan kadınların doğum korkusu seviyesinin yüksek olduğunu bildirmişler (12).

Doğum korkusu, maternal, fetal ve neonatal sağlığı olumsuz etkilemenin yanında, ebeveyn ilişkilerini de olumsuz yönde etkilemektedir (5-7). Doğumda korku yaşayan kadınların doğum süreleri daha uzun olmakta (13) ve gebelik döneminde doğum korku yaşayan kadınların, yorgunluk, anksiyete ve uykusuzluktan mustarip olduğu bilinmektedir (14). Bu sebeple başta ebeler olmak üzere kadın hastalıkları ve doğum alanında çalışan sağlık profesyonellerinin (hemşire, hekim, psikolog), kadınların ve hatta erkeklerin doğuma karşı korku gibi tutumlarını, prekonsepsiyonel dönem başta olmak üzere, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemde saptayarak, yaşanan sorunları önlemek amacıyla uygun girişimleri planlaması ve uygulaması oldukça önemli ve önceliklidir.

**Doğum korkusunu ölçmede kullanılan ölçekler**  
Derlemede doğum korkusunu ölçmede kullanılan ölçekler; gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kullanılan ölçekler olmak üzere dört grupta incelenmiştir. Bu derleme ile son yıllarda doğum korkusu ölçeklerinin paylaşılması ve gelecekte yapılacak çalışmalar için rehber olması amaçlanmıştır. Ölçeklere ve kullanıma amaçlarına YÖK Ulusal Tez Veri Tabanı, Google Akademik, ULAKBİM-TR veri tabanlarında

"doğum korkusu (fear of childbirth), tokofobi (tokophobia) geçerlik ve güvenilirlik (validity and reliability), ölçek ve skala (scale)" anahtar kelimeleri taranarak ulaşılmıştır. Bu taramalarda sekiz adet makalede ölçeği geliştiren ya da ilk kez Türkçeye uyarlayan araştırmacıların çalışmalarına ağırlık verilmiştir. Ölçeklere ilişkin özet bilgiler Tablo 1'de gösterilmektedir.

### **Prekonsepsiyonel (gebelik öncesi) dönemde doğum korkusunu belirlemeye yönelik kullanılan ölçekler**

Doğum korkusu her ne kadar gebelik, doğum ve doğum sonu herhangi bir dönem yaşanan korku olarak tanımlansa da, gebelik öncesi de ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde gebelik öncesi doğum korkusunu belirlemeye yönelik iki ölçek bulunmaktadır. Bu ölçeklerden bir tanesi Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği yapılan genç kadın ve erkeklerin doğum korkularını ölçmekte (15), diğeri ise ülkemizde geliştirilen doğurganlık çağındaki kadınların korkularını belirlemektedir (16). Ölçeklerle ilgili ayrıntılı bilgiler aşağıda yer almaktadır.

**Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeği (Fear of Childbirth Prior to Pregnancy):** Ölçek Stoll ve ark. (17) tarafından geliştirilmiştir, Uçar ve Taşhan (15) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek doğum korkusuna neden olan; doğum ağrısı, kontrol kaybı, doğum ağrısı ve doğumla baş edememe, komplikasyonlar ve geri dönüşümü olmayan fiziksel hasarlar boyutlarını belirlemeyi amaçlamaktadır. Genç kadınların doğum korkusu "Kadın Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeği (KGÖ-DKÖ)" ile genç erkeklerin doğum korkusu "Erkek Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeği (EGÖ-DKÖ)" ile ölçülmektedir. Her iki ölçekte on maddeden oluşmakta ve altılı likert tiptedir. Ölçekteki yanıtlar; 1 "kesinlikle katılmıyorum", 2 "katılmıyorum", 3 "kısmen katılmıyorum", 4 "kısmen katılıyorum", 5 "katılıyorum", 6 "kesinlikle katılıyorum" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte minimum puan 10 iken, maksimum puan 60'dır. Madde toplam puanın yüksek olması yüksek düzeyde korkuyu göstermektedir. Ölçeğin Cronbach's alfa değeri 0.86 olarak bulunmuştur. Ölçek bekâr genç Türk kadınları ve erkeklerinde gebelik öncesi doğum korkusunu değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak görülmektedir (15).

**Doğurganlık çağındaki kadınların çocuk doğurma korkusu ölçeği:** Ölçek Nuraliyeva ve Kaya (16) tarafından ülkemizde ebek anabilim dalı yüksek lisans tezi kapsamında geliştirilmiştir. Ölçek doğurganlık çağındaki kadınların doğum korkularını belirlemeyi amaçlamaktadır. Ölçek 20 madde, üç alt boyuttan oluşmaktadır. Birinci alt boyut *Gebelik, Doğum ve Annelik Rolü Korkusu* (4., 7., 9., 10., 11., 13., 16., 18. ve 19. maddeler), ikinci alt boyut *Fiziksel ve Sosyal Gereksinimlerin Karşılanamaması Korkusu* (5., 6., 12., 14., 17. ve 20. maddeler) ve üçüncü alt boyut *Gebelik ve Doğum Sorunları Korkusu* (1., 2., 3., 8. ve 15. maddeler)'dur. Ölçeğin değerlendirmesi beşli likert tiptedir. Ölçekteki olumlu maddeler; 1 "kesinlikle katılıyorum", 2 "katılıyorum", 3 "katılmıyorum", 4 "katılmıyorum" ve 5 "kesinlikle katılmıyorum" şeklinde kodlanmıştır. Olumsuz maddeler 1 "kesinlikle katılmıyorum" ile 5 "kesinlikle katılıyorum" şeklinde tersine kodlanmıştır. Ölçekteki olumlu maddelerin 4., 7., 9., 11., 13., 16., 18. ve 19. maddeler, olumsuz maddeler ise olumlu, 1., 2., 3., 5., 6., 8., 10., 12., 14., 15., 17. ve 20. maddelerdir (16).

Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 100'dür. Ölçekten alınan düşük puanlar çocuk doğurma korkusunu ifade etmektedir. Alt boyutlardan alınacak en düşük ve en büyük puanlar sırasıyla, Gebelik, Doğum ve Annelik Rolü Korkusu alt boyut için 9-45 puan, Fiziksel ve Sosyal Gereksinimlerin Karşılanamaması Korkusu alt boyut için 6-30 puan ve Gebelik ve Doğum Sorunları Korkusu alt boyut için 5-25 puandır. Ayrıca alt boyutların ve ölçeğin toplamından alınan puanların madde sayısına bölünerek hem alt boyutlar için hem de ölçeğin toplamı için 1-5 puan genişliğinde bir puan elde edilmektedir. Ölçeğin genelinin toplam Cronbach's alfa değeri 0.86 olup, alt boyutlarının Cronbach's alfa değerleri ise sırasıyla 0.88, 0.76 ve 0.75 olarak bulunmuştur. Ölçek doğurganlık çağındaki kadınların çocuk doğurma korkusunu değerlendirmede geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak bulunmuştur (16).

### **Gebelik döneminde doğum korkusunu belirlemeye yönelik kullanılan ölçekler**

Doğum korkusunun yaygın olarak yaşandığı bir dönemde gebelik dönemidir. Primigravidalar ve

multigravidalarda çeşitli düzeylerde korku ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde gebelik döneminde doğum korkusunu belirlemeye yönelik üç ölçek bulunmaktadır. Bu ölçekler arasında 2012 yılında geçerlik ve güvenilirliği yapılan Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu ölçeği (18), 2014 yılında geçerlik ve güvenilirliği yapılan Doğum Tutum Ölçeği (Childbirth Attitudes Questionnaire) (19) ve son olarak 2018 yılında geçerlik ve güvenilirliği yapılan Doğum Korkusu Ölçeği (Fear of Birth Scale) (20) yer almaktadır. Bu ölçekler arasından W-DEQ A  $\geq$ 85 puan alan kadınlar tokofobi olarak tanımlanmaktadır. Ölçeklerle ilgili ayrıntılı bilgiler aşağıda yer almaktadır.

**Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu:** Bu ölçek Wijma ve ark. (21) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı, kadınların yaşadığı doğum korkusunu gebelik döneminde değerlendirmektir. Ülkemiz için Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Korukcu ve ark. (18) tarafından yapılmıştır. Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır Ölçekteki yanıtlar 0'dan 5'e kadar numaralandırılmış olup, altılı likert tipindedir. Sıfır "tamamen", 5 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte minimum puan 0 iken, maksimum puan 165'dir. Madde toplam puanın yüksek olması yüksek düzeyde korkuyu göstermektedir. Ölçekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12, 15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ölçümde uyum sağlamak amacı ile ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. W-DEQ puanları dört alt grupta değerlendirilmektedir. Ölçekten alınan puan 37'den küçük ise hafif düzey doğum korkusunu, ölçekten alınan puan 38-65 arasında ise orta düzey doğum korkusunu, ölçekten alınan puan 66-84 arasında ise şiddetli düzey doğum korkusunu ve ölçekten alınan puan 85 ve üzeri ise klinik düzeyde doğum korkusunu göstermektedir. Korukcu ve ark. (18) çalışmasında W-DEQ Ölçeği A versiyonunun Cronbach alfa değeri 0.89 olarak bulunmuştur.

**Doğum Tutum Ölçeği (Childbirth Attitudes Questionnaire):** Ölçek Lowe (22) tarafından doğum korkusunu ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Dönmez ve ark. (19) tarafından yapılmıştır. Ölçek 16 maddeden oluşmaktadır. Ölçek dördümlü likert tipi türündedir. 1= Hiç kaygı yok; korkunun hiç olmaması, 2= Düşük kaygı; korku denecek kadar

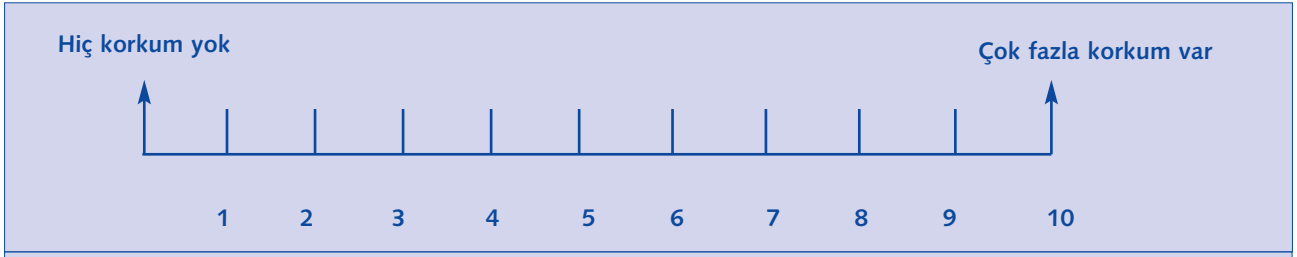
yeterli değil, 3= Orta kaygı; size sıkıntı veren, ama iyi olma hissinizi etkileyecek kadar olan ve 4= Yüksek kaygı; size çok endişe veren ve iyi olma hissinizi etkileyen şeklindedir. Ölçekten alınacak en düşük puan 16, en yüksek puan 64 tür. Ölçekten alınan toplam puan ortalaması yükseldikçe doğum korkusunun şiddeti artmaktadır. Ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı .82 olarak bulunmuştur (19).

**Doğum Korkusu Ölçeği (Fear of Birth Scale):** Ölçek Haines ve ark. (23) tarafından gebe ve eşlerinin doğum korkusunu ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ak ve ark. (20) tarafından yapılmıştır. Ölçekte, katılımcıların "Yaklaşan doğum hakkında şu an nasıl hissediyorsunuz?" sorusuna yanıt olarak duygularını (a) 'sakin ve endişeli', (b) 'korku yok ve şiddetli korku' olarak tanımlanan 100 mm'lik iki çizgi üzerinde işaretleyerek derecelendirmeleri istenmektedir. Ölçeğin kesme noktası 50 puan olarak belirlenmiştir. 50 ve üzeri puan alan katılımcıların doğum korkusu yaşadığı tanımlanmıştır. Ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı .92 bulunmuştur (20).

#### ***Doğum anında doğum korkusunu belirlemeye yönelik kullanılan ölçekler***

Doğum korkusunun yaygın olarak yaşandığı bir dönemde de doğum (labor) sürecidir. Ülkemizde doğum (labor) sürecinde doğum korkusunu belirlemeye yönelik iki ölçek bulunmaktadır. Bu ölçeklerden biri 2015 yılında doktora tezi çalışması sırasında kullanılan Visual Analog Skalasının (VAS) (24), diğeri ise 2017 yılında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Doğum Korkusu Ölçeğidir (Delivery Fear Scale) (25). Ölçeklerle ilgili ayrıntılı bilgiler aşağıda yer almaktadır.

**Visual Analog Skala:** Visual Analog Skala (VAS) sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılan bir ölçektir. Ölçek 10 santimetrelik yatay cetvel üzerinde birer santimetre aralıkla 1'den 10'a kadar yerleştirilen rakamlardan oluşur. Skala çok uzun süreden beri kendini kanıtlamış ve tüm dünya literatüründe kabul görmüş bir değerlendirme aracıdır (26). Doğum korkusunun ölçülmesinde 0 korkunun hiç olmamasını temsil ederken, 10 çok fazla korkuyu temsil etmektedir (24). VAS kullanılarak Finlandiya'da yapılan bir çalışmada doğum



Şekil 1. Doğum korkusunun ölçülmesinde kullanılan visual analog skala

korkusu kesme noktası  $>5$ , duyarlılık %98, ciddi doğum korkusu özgünlüğü %67 olarak bulunmuştur (27). Şekil 1'de sakala yer almaktadır.

**Doğum Korkusu Ölçeği (Delivery Fear Scale):** Ölçek Wijma ve ark. (28) tarafından doğum esnasındaki korkuyu ölçmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Serçekuş ve ark. (25) tarafından yapılmıştır. Ölçek tek boyutlu olup toplam on maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin tamamlanması 30-90 saniye sürmesi açısından oldukça pratiktir. Ölçekteki her maddeye verilen cevaplar bir ila on arasında olup 1 "Hiç katılmıyorum", 10 "tamamen katılıyorum" ifade etmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 10, maksimum puan 100'dür. Ölçekten alınan

yüksek puan korkunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekteki beş madde (1, 3, 5, 7, ve 10) pozitif anlamda, beş madde (2, 4, 6, 8 ve 9) negatif anlama sahiptir. Ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı .90 olarak bulunmuştur (25).

#### Doğum sonu dönemde doğum korkusunu belirlemeye yönelik kullanılan ölçekler

Doğum korkusunun yaygın olarak yaşandığı bir dönemde de doğum sonu dönemdir. Ülkemizde doğum sonu dönemde doğum korkusunu belirlemeye yönelik bir ölçek bulunmaktadır. Bu ölçek ülkemizde 2013 yılında geçerlik ve güvenilirliği yapılan Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B Versiyonudur (29). Ölçekle ilgili ayrıntılı bilgiler aşağıda yer almaktadır.

Tablo 1. Türk Toplumunda doğum korkusunu belirlemeye yönelik kullanılan ölçekler

Ölçek bilgileri / Uygulama zamanı	Ölçeğin adı	Yazar/yılı	Türü
Gebelik öncesi	Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeği (Fear of Childbirth Prior to Pregnancy)	Uçar ve Taşhan (2018)	Uyarlama
	Doğurganlık Çağındaki Kadınların Çocuk Doğurma Korkusu Ölçeği	Nuraliyeva ve Kaya (2019)	Geliştirme
Gebelik	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) A Versiyonu	Korukcu ve ark. (2012)	Uyarlama
	Doğum Tutum Ölçeği (Childbirth Attitudes Questionnaire)	Dönmez ve ark. (2014)	Uyarlama
	Doğum Korkusu Ölçeği (Fear of Birth Scale)	Ak ve ark. (2018)	Uyarlama
Doğum	Visual Analog Skala	Şaşmaz ve Mete, (2015)	Uyarlama
	Doğum Korkusu Ölçeği (Delivery Fear Scale):	Serçekuş ve ark. (2017)	Uyarlama
Doğum sonu dönemde	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B Versiyonu	Uçar ve Beji (2013)	Uyarlama

**Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği (W-DEQ) B Versiyonu:** Bu ölçek Wijma ve ark. (21) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin amacı, kadınların kendi doğum deneyimleri sırasındaki doğum korkusunu postpartum dönemde değerlendirmektedir. Ülkemiz için Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Uçar ve Beji (29) tarafından yapılmıştır. Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1-6 arasında puan alan 6'lı likert tiptedir 1 "tamamen", 6 ise "hiç" şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte minimum puan 33 iken, maksimum puan 198 'dir. Puanların yüksek olması kadınların yaşadığı doğum korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekte bulunan negatif yüklü sorular (2, 3, 6, 7, 8, 11, 12,15, 19, 20, 24, 25, 27, 31) ölçümde uyum sağlamak amacı ile ters yönde çevrilerek hesaplanmaktadır. W-DEQ puanları dört alt grupta değerlendirilmektedir. Bunlar; düşük derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ puanı  $\leq 37$ ), orta derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ puanı 38-65 arasında olanlar), ağır derecede doğum korkusu yaşayan kadınlar (W-DEQ skor 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu yaşayan kadınlardır (W-DEQ puanı  $\geq 85$ ). Ölçeğin Cronbach's alfa güvenilirlik katsayısı .88 olarak bulunmuştur (29).

### Sonuç

Kadınların doğurganlık çağı boyunca üreme davranışlarını etkileyen doğum korkularının erken dönemde tanınması, gerekli girişimlerin planlanması ve uygulanması başta ebeler olmak üzere diğer sağlık profesyonellerinin (hemşire, hekim, psikolog) önemli sorumlulukları arasındadır. Doğum korkusunun düzeylerinin belirlenmesi açısından kullanılan ölçme araçlarının uygun olarak kullanılması bu sorumluluklarının gerçekleştirilmelerine olanak sağlayacaktır. Aynı zamanda tokofobinin belirlenmesinde ölçek seçimine dikkat edilmesi de gerekmektedir. Bu ölçeklerin kullanımının yalnızca araştırmalarla sınırlı kalmayıp, birinci basamakta 15-49 yaş izlemleri esnasında prekonsepsiyonel dönemden başlanarak çocuk sahibi olmayı planlayan kadın ve erkeklere uygulanması, aynı zamanda perinatal hizmetlerin yürütüldüğü ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri alanında çalışan sağlık profesyonelleri (ebe, hemşire, hekim, psikolog) tarafından kullanılmasının sağlanması ile ana-çocuk sağlığı hizmetlerinin kalitesinin artmasını sağlayacağı düşünülmektedir.

**İletişim:** Nurdan Kaya

**E-posta:** nrdn.kaya@windowslive.com

### Kaynaklar

1. Alessandra S, Roberta, L. (2013). Tokophobia: When fear of childbirth prevails. *Mediterr. J. Clin. Psychol.* 2013; 1(1):1-18.
2. Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK. Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2014; 14, 275. doi:10.1186/1471-2393-14-275
3. Dencker A, Nilsson C, Begley C, Jangsten E, Mollberg M, Patel, H, et al. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women Birth*, 2019; 32, 99-111. doi:10.1016/j.wombi.2018.07.004
4. O'Connell MA, Leahy-Warren P, Khashan AS, Kenny LC, O'Neill SM. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gyn Scan.* 2017; 96(8), 907-20. doi:10.1111/aogs.13138
5. Aksoy AN. Doğum korkusu: literatür değerlendirmesi. *ODÜ Tıp Dergisi*, 2015; 2(3), 161-65.
6. Çiçek Ö, Mete S. Sık karşılaşılan bir sorun: Doğum korkusu. *DEUHYO E-Derg.* 2015; 8(4), 263-68.
7. Uçar T, Gölbaşı Z. Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu. *İnönü Üniv Sağlık Bil Derg.* 2015; 4(2), 54-8.
8. Nilsson C, Hessman E, Sjöblom H, Dencker A, Jangsten E, Mollberg M, et al. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018; 28, 1-15. doi: 10.1186/s12884-018-1659-7
9. Serçekuş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery.* 2009; 25(2), 155-62.
10. Haines HM, Pallant JF, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Toohill J, et al. Identifying women who are afraid of giving birth: A comparison of the fear of birth scale with the WDEQ-A in a large Australian cohort. *Sex Reprod Healthc.* 2015; 6(4), 204-10. doi:10.1016/j.srhc.2015.05.002
11. Güleç D, Öztürk R, Sevil Ü, Kazandı M. Gebelerin yaşadıkları doğum korkusu ile algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst.* 2014; 24(1), 36-41.
12. Gao LL, Liu XJ, Fu BL, Xie W. Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: A cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery.* 2015;31(9):865-70. doi:10.1016/j.midw.2015.05.003
13. Adams SS, Eberhard-Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206

- women with intended vaginal delivery. *BJOG*. 2012;119(10):1238-46. doi:10.1111/j.1471-0528.2012.03433.
14. Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009;38(5):567-76. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01054.x
  15. Uçar T, Taşhan ST. Gebelik Öncesi Doğum Korkusu Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Kadın ve Erkeklerde Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Acıbadem Üniv Sağlık Bil Derg*. 2018; 9(3), 289-96. doi:10.31067/0.2018.43
  16. Nuraliyeva Z, Kaya N. (2019). Doğurganlık Çağındaki Kadınların Çocuk Doğurma Korkusu Ölçeği'nin Geliştirilmesi. İstanbul-Cerrahpaşa Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi 2019.
  17. Stoll K, Hauck Y, Downe S, Edmonds J, Gross MM, Malott A, et al. Cross-cultural development and psychometric evaluation of a measure to assess fear of childbirth prior to pregnancy. *Sex Reprod Healthc*. 2016;8:49-54. doi:10.1016/j.srhc.2016.02.004
  18. Korukcu O, Kukulu K, Firat MZ. The reliability and validity of the Turkish version of the Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire (W-DEQ) with pregnant women. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2012;19(3):193-202. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01694.x
  19. Dönmez S, Dağ H, Çelik N, Yeniel ÖA, Kavlak O. Doğum tutum ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. 2014; 24(4), 212-18.
  20. Ak, P. S., Vardar, O., & Özkan, S. (2018). Gebeler ve Eşleri İçin "Doğum Korkusu Ölçeği'nin (Fear of Birth Scale: FOBS) Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. 1.Uluslararası, 3.Ulusal Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi, İzmir. 2018.
  21. Wijma K, Wijma B, Zar M. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1998;19(2):84-97. doi:10.3109/01674829809048501
  22. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000;21(4):219-224. doi:10.3109/01674820009085591
  23. Haines H, Pallant JF, Karlström A, Hildingsson I. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery*. 2011;27(4):560-567. doi:10.1016/j.midw.2010.05.004
  24. Şaşmaz G, Mete S. Kadının doğum eylemindeki destekleyici bakım algısı ile doğum korkusu arasındaki ilişki. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi*, 2015.
  25. Serçekuş P, İşbir, GG, İnci FH. Reliability and Validity of the Delivery Fear Scale. *DEUHF E-Derg*. 2017; 10(4), 179-85.
  26. Akbay A. Vizüel Analog Skala. *Türk Nöroşirürji Derneği - Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grubu*, 2007; 1-3.
  27. Rouhe H. Fear of Childbirth. Academic Dissertation, Department of Obstetrics and Gynaecology, Helsinki University Hospital, University of Helsinki, Finland. Helsinki Unigrafia 2015. doi:10.13140/RG.2.1.3037.2967
  28. Wijma K, Alehagen S, Wijma B. Development of the Delivery Fear Scale. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2002;23(2):97-107. doi:10.3109/01674820209042791
  29. Uçar ES, Beji NK. (2013). "Wijma Doğum Beklentisi Deneyimi Ölçeği (W-DEQ)B Versiyonunun Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi 2013.



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla iki ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup STED, 2012 yılı başında TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ne girdi. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları yayımlanır.

#### Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işlenmiş biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.  
- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.

- Ulusal ve uluslararası geçerli etik kurallara uyulmalıdır (Bakınız, www.ulakbim.gov.tr). Sözü edilen özellikle çalışmalar, etik onaylar olmadan değerlendirilmeye alınmayacaktır. Dergiye iletilen yazılar, Yayın Etiği Kurulu (COPE/Committee on Publication Ethics) tarafından belirlenen yayın etiği ilkeleri (<https://publicationethics.org/>) çerçevesinde ele alınıp Dünya Tabipleri Birliği Helsinki Bildirgesi (<https://www.ttb.org.tr/images/stories/file/2013/helsinki.pdf>) çerçevesinde değerlendirilir. Yazarların yazılarını bu bildirmede belirtilen ilkeler çerçevesinde hazırlamış olmaları, çalışmanın yöntem bölümünde alınan etik kurul izinlerini (tarih ve kayıt numarasını belirterek), etik konularda izlenen yolu, katılımcılardan alınan izinleri vb. konuları ayrıntılı olarak belirtmiş olmaları zorunludur. Dergiye iletilen yazı, etik kurul onayını gerektirmiyorsa bu durum çalışmanın yöntem bölümünde belirtilmelidir. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi'ne iletilen yazılarda çalışmanın gerektirmesi durumunda yasal izin süreçlerinin ve kişisel verilerin korunması ile ilgili prosedürlerin yerine getirilmiş olması gerekir.

#### Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:

**1. Başlık Sayfası:** Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.  
- **Yazarlar:** Her yazarın akademik derecesi, çalıştığı kuruluş, iletişim bilgileri, e-posta adresi, adı soyadı ve ORCID numarası (<https://orcid.org/>) belirtilmelidir. Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.

- Metnin ilgili yazışmadan sorumlu yazarın adı, e-posta ve açık adresi, mali destek ve diğer kaynaklar, ana metnin sözcük sayısı, şekil ve tabloların sayısı belirtilmelidir.

**2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler:** İkinci sayfada yer alacak öz ve İngilizce özet, çalışmanın ya da araştırmanın amaçları, temel işlemler, başlıca bulgular ve varılan sonuçlar bulunmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-175 sözcükten oluşabilir. İngilizce özet özün aynen çevirisi olmalıdır.

Özün altında üç ile 10 anahtar sözcük yer almalıdır. Anahtar sözcüklerin, Index Medicus'un Medical Subjects Headings (MeSH) başlığı altındaki "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerinden seçilmesi gerekmektedir. Türkçe anahtar sözcükler için, bu amaçla hazırlanmış MeSH - Medical Subject Headings terimlerinin Türkçe karşılıklarını içeren anahtar sözcükler dizini olan Türkiye Bilim Terimleri kullanılmalıdır. (<http://www.bilimterimleri.com>)

**3. Giriş:** Bu bölümde, makale ile ilgili önbilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir.

**4. Gereç ve Yöntem:** Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Yöntemler için kaynak gösteriniz. Yeni olan yöntemleri tanımlayınız. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve uyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız.

**5. Bulgular:** Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguları, sayı ve yüzde olarak belirtiniz.

**6. Tartışma:** Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına yer verilmelidir.

**7. Sonuçlar:** Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam

olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

**8. Teşekkür:** Çalışmaya katkıda bulunanlara, teknik yardımı olanlara, mali ve gereçsel destek verenlere teşekkür edilen bölümdür.

**9. Kaynaklar:** Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1,2,4-7) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. En fazla otuz (30) kaynak kullanılabilir.

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

**Tipik dergi makalesi:** Vega KJ, Pina I. Heart transplantation is associated with an increased risk for pancreaticobiliary disease. Ann Intern Med 1996;124:980-3. ya da 1996 Jun 1;124(11):980-3.

**Kitap:** Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany: Delmar Publishers;1966.

**Kitap bölümü:** Murray IL. Care of the elderly. In: Taylor RB, ed. Family medicine: principles and practice. 3rd ed. New York: Springer - Verlag;1988. p.521-32.

**Web Sitesi:** Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing group. Accessed November 12, 2003, at <http://www.clinicalevidence.com>

**10. Tablolar:** Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Kullanılan standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: \*, †, §.

Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.

**11. Şekiller ve Fotoğraflar:** Fotoğraf, şekiller ana metinde ilk değindikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için kaynak belirtilmelidir.

#### Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

**1. Sayfa numaraları:** Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ alt köşesine yazılmalıdır.

**2. Başlıklar:** Yazının ana başlıkları ve ara başlıkların baş harfleri büyük olmalıdır.

**3. Birimler:** Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3,5 mmol/L, 11,6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

**4. Rakamlar:** Bir ile dokuz arası rakamları yazıyla yazınız. 10 ve üstünü sayıyla yazınız. İstisna: Dozaj, yüzde, sıcaklık derecesi ve metrik ölçümleri her zaman sayıyla belirtiniz. "Tam sayılardan sonra ondalık değerleri nokta ile değil, virgül ile ayırarak belirtiniz."

**5. İlaç adları:** Tüm ilaçların jenerik adlarını kullanınız. Ticari adlar, ilacın metinde ilk geçişinde parantez içinde verilebilir.

**6. Kısaltmalar:** Standart kısaltmalar ve ölçüm birimleri dışında, kısaltmadan olanak ölçüsünde kaçınılmalıdır. Kısaltma, metindeki ilk geçişinde açık yazılışla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özette kısaltma kullanılmamalıdır.

**7. Yüzdeler:** Yüzde işareti (%) ile belirtilebilir.

**8. Sözcük sayısı:** Yazılarda sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

**9. Çeviri:** Çeviri yazılarda çeviriyi yapanın adı, unvanı, görevi yazılması olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

**Metinlerin Gönderilmesi:** Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir. Yazılar; <http://dergipark.gov.tr/sted> adresi üzerinden gönderilir.

Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. **Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır.** Etik kurulun bulunmadığı yerler için [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Yazarların Yayın Hakkı Devir Formu ile birlikte çalışmalarını göndermeleri gerekmektedir. Yayın Hakkı Devir Formu olmayan çalışmalar değerlendirilmeye alınmayacaktır.