

2
0
1
4

TJOB TÜRKİYE
BİYOETİK DERGİSİ

TURKISH JOURNAL OF BIOETHICS

Cilt: 11 • Sayı: 4 • 2024 Kış Sayısı

Volume 11 • Issue 4 • Winter Issue 2024

Turkish Journal of Bioethics (TJOB) published by Turkish Bioethics Association
Türkiye Biyoetik Derneği tarafından basılan Türkiye Biyoetik Dergisi (TJOB)

e-ISSN: 2148 - 5917

TÜRKİYE BİYOETİK DERGİSİ

HAKKINDA

TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ'nin yayın organıdır.

Türkiye Biyoetik Dergisi Bahar, Yaz, Güz ve Kış sayıları olmak üzere yılda dört kez yayımlanır.

Türkiye Biyoetik Derneği Kongre ve Sempozyum bildirilerini içeren veya tematik ek sayılar çıkarılabilir.

Özetlenme & Dizinlenme:

Google Akademik

DOAJ

ASCI

AMAÇ ve KAPSAM

Türkiye Biyoetik Dergisinin amacı, ülkemizde ve başta yakın bölge coğrafyamız olmak üzere dünyada biyoetik alanında yapılan çalışmaları akademisyenlerle ve toplumla buluşturmanın yanı sıra, insan uğraşlarında ortaya çıkan değer sorunlarına yönelik duyarlılık yaratmak, çeşitli alanlardaki biyoetik eğitimi için kaynak ve eğitim materyali sağlamak, ilgili konularda yapılacak hukuksal düzenlemelere yol gösterici olacak verileri sunmaktır. Derginin hedef kitlesi uygulamalı etik alanında çalışan akademisyenler ve lisansüstü öğrenciler ile meslek alanlarının değer sorunlarına ilgi duyan tüm profesyonellerdir.

Türkiye Biyoetik Derneği tarafından online yayınlanan Türkiye Biyoetik Dergisi, biyoetik kavramını en geniş tanımıyla, yani insan uğraşlarında ortaya çıkan değer sorunlarının incelenmesi olarak benimser. Bu alanda yapılan ulusal ve uluslararası çalışmaları Türkçe ve İngilizce olarak yayınlayan dergi, özgün araştırma ve derleme makalelerinin yanında, olgu sunumu, eleştirel anlatı okumaları, mevzuat değerlendirmeleri ve öğrencinin sesi bölümlerinden oluşmaktadır.

DERGİ KURULLARI

Derginin Sahibi

TÜRKİYE BİYOETİK DERNEĞİ

Editörler

Prof. Dr. Selim KADIOĞLU

Çukurova Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye

turkiyebiyoetikdernegi@gmail.com

Doç. Dr. Şükrü KELEŞ

Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Trabzon, Türkiye

kelesukru@gmail.com

Doç. Dr. Gülsüm ÖNAL

Trakya Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye

gullsumo@gmail.com

Dr. Öğr. Üyesi Arif Hüdai KÖKEN

Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Kırşehir, Türkiye

arifhudaikoken@hotmail.com

Dr. Öğr. Üyesi Filiz BULUT
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye
filizbulut.2816@gmail.com

Öğr. Gör. Gülay HALİDİ
Çukurova Üniversitesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Adana, Türkiye
gulayhal@gmail.com

Yayın Kurulu

Doç. Dr. Hasan ERBAY
Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Afyonkarahisar, Türkiye

Prof. Dr. Şefik GÖRKEY
Koç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Cemal GÜVERCİN
Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Doç. Dr. Funda Gülay KADIOĞLU
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Prof. Dr. Mehmet KARATAŞ
İnönü Üniversitesi, Malatya, Türkiye

Prof. Dr. Gürkan SERT
Marmara Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Serap ŞAHİNOĞLU
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Bilimsel Danışma Kurulu

Dr. Öğr. Üyesi Meltem AKBAŞ
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Doç. Dr. Aslıhan AKPINAR
Kocaeli Üniversitesi, İzmit, Türkiye

Doç. Dr. Murat AKSU
Celal Bayar Üniversitesi, Manisa, Türkiye

Prof. Dr. Berna ARDA
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Ayten ARIKAN
Yeni Yüzyıl Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Rahime AYDIN ER
Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Banu BURUK
TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Rana CAN ÖZDEMİR
Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye

Prof. Dr. Murat CİVANER
Uludağ Üniversitesi, Bursa, Türkiye

Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU
Gazi Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Seyhan DEMİR KARABULUT
Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Gülten DİNÇ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa (emekli öğretim üyesi), İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Hanzade DOĞAN
Altınbaş Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Elif GÜLTEKİN
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Mukadder GÜN
Ufuk Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Mustafa HAYIRLIDAĞ
Fırat Üniversitesi, Elazığ, Türkiye

Doç. Dr. Cumhuri İZGİ
Türk Tabipleri Birliği, Antalya, Türkiye

Dr. Sadik NAZİK
Türkiye Biyoetik Derneği, Antakya, Türkiye

Doç. Dr. Selda OKUYAZ
Mersin Üniversitesi, Mersin, Türkiye

Prof. Dr. Oya ÖGENLER
Mersin Üniversitesi, Mersin, Türkiye

Doç. Dr. Sibel ÖNER YALÇIN
Pamukkale Üniversitesi, Denizli, Türkiye

Prof. Dr. Nüket ÖRNEK BÜKEN
Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Müesser ÖZCAN
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla, Türkiye

Prof. Dr. Gülbin ÖZÇELİKAY
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Doç. Dr. Levent ÖZGÖNÜL
Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN
Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Melike ÖZTÜRK ÇELİKTEKİN
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Doç. Dr. Şükran SEVİMLİ
Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Van, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Bilge SÖZEN ŞAHNE
Hacettepe Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Halil TEKİNER
Erciyes Üniversitesi, Kayseri, Türkiye

Doç. Dr. M. Kemal TEMEL
İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Doç. Dr. Serap TORUN
Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Barlas UZUN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Çağatay ÜSTÜN
Ege Üniversitesi, İzmir, Türkiye

Prof. Dr. Emine Elif VATANOĞLU-LUTZ
Yeditepe Üniversitesi, İstanbul, Türkiye

Prof. Dr. Neyyire Yasemin YALIM
Ankara Üniversitesi (emekli öğretim üyesi), Ankara, Türkiye

Prof. Dr. Aşkın YAŞAR
Selçuk Üniversitesi, Konya, Türkiye

Prof. Dr. Gülay YILDIRIM
Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas, Türkiye

Doç. Dr. Vedat YILDIRIM
Başkent Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Abdullah YILDIZ
Ankara Üniversitesi, Ankara, Türkiye

Dr. Öğr. Üyesi Şerife YILMAZ
Harran Üniversitesi, Şanlıurfa, Türkiye

Doç. Dr. Eray Serdar YURDAKUL
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara, Türkiye

YAZIM KURALLARI

Metin Düzeni

Türkiye Biyoetik Dergisi'ne gönderilen yazıların hemen işleme konabilmesi için aşağıdaki kurallara uygun olarak hazırlanması gereklidir. Şekil şartlarını yerine getirmeyen makaleler işleme alınmaz.

Yazı Tipi

Yazılar Times New Roman, 12 punto, 1,5 satır aralıkla yazılmalı, sağ-sol, alt ve üstte 2,5 cm boşluk bırakılmalı, iki yana yaslanmalı, sayfa numarası verilmemelidir.

Rakam Kullanımı

Cümleye sayı ile başlamamalı, 1-10 arasındaki rakamlar yazı ile 11 ve üstü sayılar rakamla yazılmalıdır.

Dipnot Kullanımı

Yalnızca gerekli durumlarda roma rakamıyla sonnot kullanılabilir.

Alıntılar

Yalnızca gerekli durumlarda bir başka yazıdan metin aynen alınarak "tırnak içinde" gösterilmelidir. Aynen alıntılar 50 kelimeyi geçmemelidir.

Kaynaklar

Kaynak gösteriminde Vancouver stili kullanılır. Otomatik kaynak kullanımı olan "Word-kaynakları yönet" kullanılmamalıdır. Kaynaklar metinde yer aldıkları sırayla numaralandırılmalıdır. Metinde, tablolarda ve resim alt yazılarında kaynaklar parantez içinde Arap rakamları ile gösterilmelidir.

Tablo ve Şekiller

Tablo ve şekiller metin içinde geçiş sırasına göre numaralandırılmalı, metinde geçtiği yere göre tablo/şekil numarası ve adı yazılmalıdır. Tabloda verilen bilgiler metin içinde tekrarlanmamalı, başka kaynaktan alınan tablolar için izin alınmalıdır. Şekiller profesyonel olarak çizilmeli, fotoğraflanmalı veya fotoğraf kalitesinde dijital baskı olarak sunulmalıdır. Fotoğrafların ve resimlerin basılması gereken kısmı en az 9X13 cm boyutunda ve 300 dpi çözünürlüğünde olmalıdır.

Ön Yazı (Cover Letter)

Yazışma yazarı tarafından editöre yazılan ve gönderilen makalenin amaç ve yönteminin açıklandığı, sonuçların derginin okuyucu kitlesi için önemini özetlendiği mektuptur. Ayrıca makalenin daha önce bilimsel toplantılarda sunulup sunulmadığı ve yayınlanmak için bir başka yere gönderilmediği hakkında bilgi eklenmelidir.

Başlık Sayfası

Makale başlığı, kısa başlık, makale türü, yazar isimleri, yazarların akademik unvanı ve çalıştıkları kurum ve görevleri, yazışma yazarının adres, e-posta ve telefon bilgileri, mali desteklerin de açıklandığı teşekkür bölümü, daha önce bir bilimsel toplantıda sunulduysa veya kongre kitabında basıldıysa bildirildiği kısımdan oluşur.

Özet

Orijinal araştırmalarda (amaç / gereç ve yöntem / bulgular/ sonuç) bölümlü olmak üzere 400 kelimeyi aşmayan İngilizce ve Türkçe özet hazırlanmalıdır. **Özetler metin içinde yer almalı ve italik olmalıdır.**

Anahtar Kelimeler

En az üç en çok beş adet Türkçe ve İngilizce anahtar kelime yazılmalıdır. İlk kelimenin baş harfi büyük diğerleri küçük harfle yazılmalı, noktalı virgül (;) ile ayrılmalıdır. İngilizce anahtar kelimeler "Medical Subject Headings (MESH)"e uygun olarak yazılmalıdır.

Başlıklar

Araştırma makalelerinde yazılar konuyla ilgili literatürün değerlendirildiği ve araştırmanın gerekçe ve amacının sunulduğu GİRİŞ; Araştırmada kullanılan yöntemlerin sunulduğu GEREÇ VE YÖNTEM; araştırmanın yöntemleri ve uygulanmasına ilişkin sınırlılıkların sunulduğu ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI; elde edilen verilerin sunulduğu BULGULAR; bulguların literatüre dayanarak tartışıldığı TARTIŞMA bölümlerinden oluşur. Elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara dayalı öneriler TARTIŞMA bölümünün son paragrafında kısaca özetlenmelidir. Araştırma makaleleri dışındaki yazılarda ise yazarlar, gerekli ise makaleleri bölümlere ayırıp başlık verebilirler. Ancak başlıklar üç kademeyi geçmeyecek şekilde ve aşağıdaki düzene göre yerleştirilmeli, başlıktan sonra alt satıra geçilmelidir.

İLK KADEME BAŞLIK BÜYÜK HARF VE KOYU

İkinci Kademe Başlığın Yalnızca Baş Harfleri Büyük Harf ve Koyu

Üçüncü kademe başlık yalnızca ilk harf büyük ve koyu-italik

Yayın Türleri

1. Editoryal
2. Editöre Mektup
3. Araştırma Makalesi
4. Derleme
5. Yasa İncelemesi
6. Kitap İncelemesi
7. Sanat ve Edebiyat
8. Olgu Sunumu
9. Konferans Bildirisi
10. Kısa Bildiri
11. Toplantı Özeti
12. Rapor
13. Haber
13. Monografi
15. Biyografi

16. Bibliyografi

17. Çeviri

18. Not

19. Düzeltme

ETİK İLKELER ve YAYIN POLİTİKASI

Açık Erişim Politikası

Türkiye Biyoetik Dergisi tüm içeriğin kullanıcıya veya kurumuna ücretsiz olarak ulaşabileceği anlamına gelen açık erişimli bir dergidir.

Açık Erişim Politikası, Budapeşte Açık Erişim Girişimi [Budapest Open Access Initiative (BOAI)] kurallarına dayanmaktadır. Yazarlar makale başvurusu sırasında yayın hakkı devir formunu doldurmak zorundadır.

Creative Commons Lisansı: Türkiye Biyoetik Dergisi [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 2.0 Generic \(CC BY-NC-ND\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/) uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

Bunları yapmakta özgürsünüz:

Paylaş – Makaleyi her ortam veya formatta kopyalayabilir ve yeniden dağıtabilirsiniz. Lisans şartlarını yerine getirdiğiniz sürece, lisans sahibi bu özgürlükleri (belirtilen hakları) iptal edemez.

CC BY-NC-ND lisansı yayımlanan eseri, ticari olmayan amaçlarla kullanmalarına, çoğaltmalarına, yaymalarına veya görüntülemelerine izin verir.

CC BY-NC-ND lisansı aşağıdaki unsurları içerir:

CC BY – Yayın sahibine atıfta bulunulmalıdır. Uygun bir biçimde referans vermelidir. Lisansla bağlantı sağlamalı ve değişiklik yapıldıysa bilgi vermelisiniz. Bunları uygun bir şekilde yerine getirebilirsiniz fakat bu, lisans sahibinin sizi ve kullanım şeklinizi onayladığını göstermez.

NC – Bu makaleyi ticari amaçlarla kullanamazsınız.

ND - Makaleyi karıştırdınız, aktardınız ya da makalenin üzerine inşa ettiyseniz, değiştirilen materyali dağıtamazsınız.

Ek sınırlamalar yoktur – Lisansın sağladığı izinlerin kullanımını kanunen kısıtlayacak yasal koşullar ya da teknolojik önlemler uygulayamazsınız.

Lisans: **CC BY-NC-ND 2.0**

Okuma, çıktı alma ve indirme: EVET

Atıfta bulunma: EVET

Makaledeki bölümlerin başka çalışmalarda kullanılması: HAYIR

Ticari amaçlarla kazanç elde etmek ya da yeniden kullanmak: HAYIR

Önemli not: Yazarlar devir haklarını devretmiş olsalar bile makaleleri aynı CC BY-NC-ND lisansı altında üçüncü şahıslar altında kullanılmalarına ve yeniden kullanılmalarına izin verildiğini lütfen unutmayın. Daha geniş bilgi için lütfen bakınız: [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 2.0 Generic \(CC BY-NC-ND\)](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/)

Aşırma politikası

TJOB editör değerlendirmesinde aşırma veya kendinden aşırma tespit edilen yayınları değerlendirmeye almaz.

Yazar(lar)

Türkiye Biyoetik Dergisi'ne gönderilen makalelerin biyoetik alanı ile ilgili özgün çalışmalar olması gerekmektedir.

- Makalelerde yararlanılan tüm kaynaklar (yazarlar, çevrimiçi sayfalar, kişisel görüşmeler, vb.) için doğru ve uygun bir şekilde kaynak gösterilmelidir.
- Dergiye gönderilen makalelerin başka bir dergiye gönderilmediği belirtilmeli ve telif hakkı devir formu doldurulmalıdır.
- Makaleye fikren katkıda bulunmayan kişiler yazar olarak belirtilmemelidir.
- Gönderilen makaleye ilişkin çıkar çatışmaları belirtilmeli ve nedeni açıklanmalıdır.
- Yazarların, hakem sürecindeyken çalışmalarına ilişkin ham verileri editörler kuruluna iletmesi istenebilir, bu durumda yazarların ham verilerini editörler kuruluyla paylaşmaları beklenmektedir. Yazarlar, yayımlanan bir makaleye ilişkin verileri/kullanılan kaynakları editör tarafından istendiğinde sunulması için saklamak ile yükümlüdür.
- Yazarlar çalışmalarında bir hata tespit ettiklerinde editörü ve editörler kurulunu bilgilendirmeli, düzeltme ya da geri çekme süreci için işbirliği kurmalıdırlar.

Hakem Değerlendirme Süreci

Yazım kuralları ve derginin kapsamı açısından uygun olduğuna karar verilen makaleler hakemlere gönderilir. Hakemler değerlendirme formunu aşağıdaki temel ölçütlere göre doldurur:

- Yazım ve içerik kalitesi
- Orijinalliği ve alana katkısı
- Akademik standartlar

ÜCRET POLİTİKASI

Hiçbir ad altında yazar veya kurumundan ücret alınmaz.

Hiçbir ad altında yazardan veya kurumundan ücret alınmaz.

EDİTÖRDEN

- 1. Editörden**
Editorial
Selim KADIOĞLU **110**

ARAŞTIRMA MAKALESİ

- 2. Bazen de İlaç İçilmeyebilir: Psikiyatrik Medikalizasyon** **111**
There Are Times When There Is No Need for Medication: Psychiatric Medicalization
M. Kemal TEMEL
- 3. Media Ethics in Malpractice News** **120**
Malpraktis Haberlerinde Medya Etiği
Hatice DEMİR, Gül Berra DOĞAN, Eyüp ŞEKER, Saim Furkan COŞKUN, Şevval Sude ATASOY
- 4. Gebelerin Sağlık Denetim Algıları, Annelik Beklentileri, Mutluluk ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi ve Etik Boyutu: Tanımlayıcı ve Kesitsel Bir Çalışma** **130**
Determination of the Relationship Between Pregnant Women's Health Control Perceptions, Maternity Expectations, Happiness and Prenatal Attachment Levels and Its Ethical Dimension: A Descriptive and Cross-Sectional Study
Tülin UÇAR, Meltem AKBAŞ
- 5. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Maruz Kaldığı Şiddetin Belirlenmesi ve Yaşam Kalitesi ile Evlilik Uyumu Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi** **143**
Determination of the Violence Experienced by Women Undergoing Infertility Treatment and to Evaluate its Effects on Quality of Life and Marital Adjustment
Eda YAŞAR EROL, Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ
- 6. Postmenopozal Kadınların Yaşamlarındaki Fiziksel, Ruhsal ve Sosyal Değişimlerin Niteliksel Olarak İncelenmesi: Tematik Bir Analiz** **155**
Qualitative Examination of Physical, Spiritual and Social Changes in the Lives of Postmenopausal Women: A Thematic Analysis Running
Zeynep TÜZÜN, Şükran PEKER, Melda KARAVUŞ, Gamze BASTEM, Ebru TEMEL KURT, Güllale YALÇIN, Songül KÖÇEK, Melike Nur BALATLIOĞLU, Seyhan HİDİROĞLU, Miray SANCAKTAR DEMİRÖZ
- 7. A Qualitative Study on the Experiences of Hypertension Patients with Diagnosis and Treatment Process** **168**
Hipertansiyon Hastalarının Tanı ve Tedavi Sürecine İlişkin Deneyimlerini İnceleyen Niteliksel Bir Araştırma
Fatma Burcu DOĞANÇ, Şükran PEKER, Serenay AYTAN, Tuğrul Selim SAĞIR, Tuğçe ÖZTÜRK, Ali TURUNÇ, Volkan KAYA, Seyhan HİDİROĞLU, Melda KARAVUŞ

OLGU SUNUMU

- 8. Acilde Bir Kadına Yönelik Şiddet Olgusu Yönetimi Vakası: Ne Yapıldı? Ne Oldu? [2]** **179**
The Management of a Violence Against Women Case in Emergency Unit: What was done? What happened? [2]
Nisa GÜLAĞAÇ, Arif Hüdai KÖKEN

Editörden

Bu sayıyla **Türkiye Biyoetik Dergisi**'nin on birinci cildi tamamlanmış oluyor. Derginin yayın organı olduğu **Türkiye Biyoetik Derneği**'nin Kasım sonunda yapılan genel kurulunda göreve gelen yeni yönetim kurulu üyelerine; **Gürkan Sert**'e, **Hasan Erbay**'a, **Yeşim Saraç**'a, **Mehmet Karataş**'a ve **Önder İlgili**'ye dergide de yansımaları görülecek başarılı bir dönem dilerken on ikinci ciltten itibaren onların belirleyeceği yeni bir editörlük düzeninin söz konusu olacağını da haber vermek istiyorum.

On birinci cildin dördüncü sayısında altı araştırma ve bir vaka takdim makalesi yer alıyor.

M. Kemal Temel, “Bazen de İlaç İçilmeyebilir: Psikiyatrik Medikalizasyon” başlıklı ilginç çalışmasında eleştirel bir yaklaşımla yaşamın tıbbileştirilmesi olgusunda psikiyatrinin rolüne odaklanıyor.

“Media Ethics in Malpractice News” başlıklı çalışmada **Hatice Demir**, **Gül Berra Doğan**, **Eyüp Şeker**, **Saim Furkan Coşkun** ve **Şevval Sude Atasoy**, sağlık hukukunun ve tıp etiğinin güncel ortak konusu malpraktisi kitle medyasındaki yansımaları üzerinden ele alırken basın-yayın etiğine de hafif dokunuşlarda bulunuyor.

Tıbbın gündelik yaşamına sinmiş olan etik boyutu, özellikle incinebilir grupların karşılaştığı-karşılaşabileceği sorunları gündeme getirmek ve bunlara dayanarak klinik etik hakkında açık ya da örtülü saptamalar yapmak, alan araştırmasına dayalı dört makalenin ortak paydası.

Kadının sağlık yaşamına dair veriye dayalı bilgi ve görüş aktaran, **Tülin Uçar** ve **Meltem Akbaş** imzalı “Gebelerin Sağlık Denetim Algıları, Annelik Beklentileri, Mutluluk ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi ve Etik Boyutu: Tanımlayıcı ve Kesitsel Bir Çalışma”; **Eda Yaşar Erol** ve **Şule Gökyıldız Sürücü** imzalı “İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Maruz Kaldığı Şiddetin Belirlenmesi ve Yaşam Kalitesi ile Evlilik Uyumu Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi”; **Zeynep Tüzün**, **Şükran Peker**, **Melda Karavuş**, **Gamze Bastem**, **Ebru Temel Kurt**, **Güllale Yalçın**, **Songül Köçek**, **Melike Nur Balathoğlu**, **Seyhan Hıdıroğlu**, **Miray Sancaktar Demiröz** imzalı “Postmenopozal Kadınların Yaşamlarındaki Fiziksel, Ruhsal ve Sosyal Değişimlerin Niteliksel Olarak İncelenmesi: Tematik Bir Analiz”, adeta bir üçleme oluşturuyor.

Fatma Burcu Doğanç, **Şükran Peker**, **Serenay Aytan**, **Tuğrul Selim Sağır**, **Tuğçe Öztürk**, **Ali Turunç**, **Volkan Kaya**, **Seyhan Hıdıroğlu** ve **Melda Karavuş** ise “A Qualitative Study on the Experiences of Hypertension Patients with Diagnosis and Treatment Process” başlıklı çalışmalarında yüksek tansiyonlu kişilerin teşhis ve tedavi süreçlerinde yaşadığı medikososyal ve etik sorunları işliyor.

Beklenen bir devam makalesi olan “Acilde Bir Kadına Yönelik Şiddet Olgusu Yönetimi Vakası: Ne Yapıldı? Ne Oldu? [2]”nin yazarları **Nisa Gülağaç** ve **Arif Hüdayi Köken**, öğrenci-hoca işbirliğinin sık bir örneğini ortaya koyuyor.

Bu cilde en fazla emeği geçen editörler kurulu üyesi değerli çalışma arkadaşım **Gülay Halidi**'nin kaleme aldığı geçen yılın son Editörden yazısından bir alıntı yaparak metnimi tamamlamak istiyorum.

Türkiye Biyoetik Dergisi'nin 2024 sayılarının tümünde, dergimize yüklenen makaleleri bilimsel ve etik arka planı yönünden titizlikle değerlendiren, irdeleyen, bu çerçevede desteğini bizden esirgemeyen değerli hakemlerimize içtenlikle çok teşekkür ediyorum.

Saygılarımla

Selim Kadioğlu

Bazen de İlaç İçilmeyebilir: Psikiyatrik Medikalizasyon

There Are Times When There Is No Need for Medication: Psychiatric Medicalization

M. Kemal TEMEL^a

Özet

Daha önce tıpla ilintili olmayan, tıbbın müdahale alanında yer almayan kimi insanî hâllerin tıbbî terminoloji ile tarifi ve de tıbbî müdahale (tedavi) ile giderilmesi gereken problematik, patolojik hâller olarak takdimi, yani medikalize edilişi, 1970'lerden beri giderek daha sıkça gözlemlenen, böylece biyomedikal etikte giderek daha fazla değinilen bir olgudur. "Normal" ve "anormal", ya da "sağlıklı" ve "hasta" kavramları tıbbın diğer branşlarına kıyasla psikiyatride bilhassa göreceli, öznel bir mahiyette olduğundan, psikolojik hâller medikalize edilen ilk insanî hâllerden, psikiyatri ise medikalizasyonla anılan ilk tıbbî branşlardan olmuştur. Bu çalışmada medikalizasyon, özellikle de farmasötik medikalizasyon, Amerikan Psikiyatri Birliği'nce yayımlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı'nın tarihsel değişimi incelenerek, iki mental antite (dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile depresyon) üzerinden örnekler verilerek, ve de endüstriyel manipülatörler/mekanizmalar üzerinde durularak ele alınmıştır. Bulgular biyoetik refleksiyonla birlikte sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Depresyon; dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; farmasötik medikalizasyon; medikalizasyon; psikiyatri.

Abstract

The medicalization of human conditions previously not within the scope of medical intervention, i.e., their description in medical terms and presentation as problematic, pathological conditions that need to be resolved by medical intervention (treatment), has since the 1970s been an increasingly frequent phenomenon, increasingly addressed in biomedical ethics. Since the notions of "normal" and "abnormal", or "healthy" and "ill", are particularly subjective in psychiatry compared to other branches of medicine, psychological conditions were among the first human conditions to be medicalized, and psychiatry is among the first medical specialties to have been associated with medicalization. The present research study deals with medicalization, particularly pharmaceuticalization, by reviewing the historical evolution of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association), giving examples in terms of two mental entities (attention deficit hyperactivity disorder and depression), and focusing on industrial manipulators/mechanisms. Findings are presented together with bioethical reflection.

Keywords: Depression; attention deficit hyperactivity disorder; pharmaceuticalization; medicalization; psychiatry.

GİRİŞ

Medikalizasyon ve Psikiyatri

Günümüzde biyomedikal etikte ve sosyolojide giderek daha sıkça kullanılan bir terim olan "medikalizasyon", en genel anlamda "medikalize etmek" yani "tıbbiileştirmek", *tıpla ilintili hâle getirmek* demektir ve literatüre 1970'lerde girmiştir (1–3). Zira yetmişler, daha önce tıpla ilintili olmayan, tıbbın müdahale alanında yer almayan kimi insanî hâllerin tıbbî terminoloji ile tarifinin ve de tıbbî müdahale (tedavi) ile giderilmesi gereken problematik, patolojik hâller olarak takdiminin giderek daha açıkça görülür olduğu bir dönemdir.

^a Doçent Doktor, İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye.

✉ mkemaltemel@gmail.com, ORCID: 0000-0003-2533-8641

Gönderim tarihi: 4 Kasım 2024 • Kabul tarihi: 12 Kasım 2024

“Normal” ve “anormal”, ya da “sağlıklı” ve “hasta” kavramları tıbbın diğer branşlarına kıyasla psikiyatride bilhassa göreceli, öznel bir mahiyette olduğundan (4), bu bulanıklıkta psikolojik hâller medikalize edilen ilk insanî hâllerden, psikiyatri ise medikalizasyonla anılan ilk tıbbî branşlardan olmuştur (3). Böylece medikalizasyon olgusu için verilebilecek klasik örnek de, yine psikiyatrik müdahale için türetilmiş bir hastalıktır. Doksanlı yılların sonunda Avrupa’da bir ilaç şirketinin vermiş olduğu bir ilanla insanlar, “özel bir tür” depresyondan muzdarip olabileceklerinin farkında olmaya çağırılmıştır: “Sisi sendromu”.

Başlıca “semptom”u mutsuzluk olan Sisi sendromunun adının kaynağı dahi ilginçtir: XIX. asır Avusturya imparatoriçesi Elisabeth. Hastalığa önceleri yine doksanlarda mutsuz gönül ilişkileri ve ardından trajik ölümü ile gündemden düşmeyen Galler prensesi Diana Spencer’in adı verilmek istenmişse de, sonrasında benzer şekilde katı kraliyet teamüllerine ayak uyduramayışından ileri gelen mutsuzluğu ile bilinen İmparatoriçe Elisabeth’in adının sempatik kısaltmasında (Sisi) karar kılınmıştır. Böylece insanlara, mutsuzluğun aristokratik bir semptom olduğu bir hastalıktan muzdarip olma olanağı tanınmıştır. Söz konusu ilan Almanca yayımlanmıştır ve bekleneceği üzere Almanca konuşulmayan ülkelerde –öncesinde olmadığı gibi bu ilandan sonra da– hiçbir zaman bir “Sisi sendromu” vakası bildirilmemiştir. Sonrasında Almanya’dan bir grup psikiyatrist bu “sendrom”un bir uydurmaca olduğunu ortaya koymuştur (5–7).

Bu örnekte hayatın olağan akışı içinde hemen herkesçe deneyimlenebilecek mutsuzluk, huzursuzluk gibi *olumsuz fakat sağlıklı*, doğal insanî hâllerin medikalize edildiği görülmektedir. Bunlar, “Sisi sendromu” adı verilen bir sözde “klinik antite”nin, tıbbî müdahale (ilanın bir ilaç şirketince verilmesinden anlaşılacağı üzere, farmakoterapi) ile tedavi edilmesi gereken semptomları olarak lanse edilmektedir. Taktik; mutsuzluk bir “soylu hastalığı” olduğunda mutsuz insanların hasta olduklarını daha kolay kabul edebilecekleri, hatta kendilerinde böyle bir hastalık olmasını dahi isteyebilecekleri, neticede sözde hastalıklarından salah bulmak adına ilaç satın almak suretiyle ilaç şirketine malî kazanç temin edecekleridir. Bununla birlikte, medikalizasyon olgusunun sembolik örneklerinden addedilegelen Sisi sendromu, olgunun esasen medikal değil ticari aktörlerce teşekkül ettirildiğini göstermekle birlikte, günümüzdeki tabloya kıyasla ancak acemice, münferit bir girişim niteliğindedir—bugün medikalizasyon, çok daha organize bir biçimde gerçekleşmekte, on milyarlarca dolarlık bir ticari pazar arz etmekte, türlü mekanizmalarla işlemektedir. Olgunun son senelerde biyomedikal etikte giderek daha önemli bir mesele hâline gelmesi de bu realite eseridir.

Medikalizasyon ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

Mutsuz dönemler gibi, insan ömrünün gebelik, doğum, menopoz ve andropoz, yaşlanma ve ölüm gibi doğal safhaları da medikalize edilen, tıbbî müdahale ile “tedavi”sine girilen insanî hâl ve süreçlerden olmuştur. Öyle ki günümüzde doğum ve ölüm, Türkiye dâhil Batı’da artık neredeyse daima hastanede gerçekleşmektedir.

Hâllerin medikalizasyonu günümüzde ulusal değil global ölçekte bir nüfuza sahip olan prestijli Amerikan kurumlarının izlediği politikalarda yıllar içinde gerçekleşen değişikliklerle hayli ilişkilidir. Söz konusu hâller mental hâller olduğunda, bu kurumların başında dünyaca muteber nozolojik–diyagnostik kılavuzu Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (İng. akr. DSM) ile Amerikan Psikiyatri Birliği gelmektedir (8). Öyle ki günümüzde Amerikan Psikiyatri Birliği’nce yayımlanan ve psikiyatrinin başlıca kılavuzu konumunda olan DSM’de yer bulmak, “psikiyatrik” yani tıbbî müdahale gerektirir addedilen bir hâl için bu statüsünün meşru dayanağı gibidir. Fakat ileriki paragraflarda ele alınacağı üzere, DSM’nin bizzat kendisinin, bir kısmı tıp dışı birtakım etkiler altında değişimi, evrilişi söz konusudur. Bu paragrafta bu evrimin yalnızca şekli tarif edilecek olursa, ilk edisyonlarında (DSM-I, DSM-II) psikanalitik yaklaşımın hâkim olduğu DSM, 1980 tarihli üçüncü edisyonunda büyük bir paradigmatik değişim geçirmiş, yeniden düzenlenmiştir. Ruhsal patolojilerin kaynak ve mekanizmaları üzerinde durmaktansa sonuç ve belirtileri üzerinden gitmek suretiyle, etiyolojik tasniften semptomatolojik bir tasnife geçilmiştir (9–14). Söz konusu dönemden bugüne, “semptom” addedilen şeylerin kontrolüne odaklı bu süreçte, esasen tıbbın müdahale alanında olmaması gereken bir hâl bir semptom yani tıbbî bir hâl olarak DSM’de yer bulduğunda ise psikiyatrik medikalizasyon gerçekleşmiş olmaktadır.

Bu olgu tıp tarihinden, ilkin fazla hareketli, dağınık dikkatli çocuklara konmuş ve o günden bugüne geçerlilik ve gerçekliği bakımından çokça tartışılmış bir teşhis olan “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” (DEHB) üzerinden örneklenebilir: 1968’de yayımlanan DSM-II’de “hafif/minimal beyin hasarı” (9, s. 31–32) ve “hiperkinetik reaksiyon” (9, s. 50) gibi adlar altında, çocukluk ve ergenlik çağında görülen ve ekseriyetle yetişkinlikte geçen, fazla hareketlilik *ve de* dikkat dağınıklığı/eksikliği gibi semptomlarla karakterize birtakım “organik beyin sendromları” ve “davranış bozuklukları” tanımlanmıştır. Bu tanımlar, dayandıkları semptomların pek çok çocukta görülebilecek kadar muğlak olması, çocuklar için kötü yaftalar anlamına gelmeleri ve (bu tanıyı alacak çocuklarda sözde tedavi için) *ilaç kullanımına sevk etmeleri* nedeniyle, henüz 1970’lerde dahi eleştirilmiş, öyle ki bir “icat”, bir “mit” addedilmiştir (15). 1980 tarihli DSM-III’te ise, hiperaktivite *ya da* dikkat dağınıklığı/eksikliği suretiyle, önceden ikisi birlikte ele alınmış olan bu iki ana semptom birbirinden ayrılıp her biri hastalığın ayrı bir türünün karakteristiği hâline getirilmiş ve buna göre yeni bir nomanklatüre gidilmiştir: “hiperaktivitenin eşlik ettiği dikkat eksikliği bozukluğu” ve “hiperaktivitenin eşlik etmediği dikkat eksikliği bozukluğu”. “Dikkat eksikliği bozukluğu” kategorisine geçmişte “hiperkinetik reaksiyon”, “hiperkinetik sendrom”, “hiperaktif çocuk sendromu”, “minimal beyin hasarı”, “minimal/minör serebral disfonksiyon” gibi başlıklar verilmiş olduğu belirtilmiştir (10, s. 41)—yani DSM-III’teki bu yeni kategori ile kastın, DSM-II’deki mezkûr hastalıklar olduğu bizzat dile getirilerek, aynı patolojinin geçirdiği diyagnostik ve nomanklatürel evrimden söz edenler teyit edilmiştir. Ayrıca “tanı koydurucu” semptomlar kümesinin de DSM-II’dekine kıyasla –ve yine epey muğlakça olmak üzere– hayli genişletildiği görülmektedir; “çocuk başladığı şeyleri bitirmez, dinliyor gibi görünmez, yerinde durmaz, etrafta fazlaca koşup tırmanır, düşünmeden hareket eder” gibi, çocukluk çağında hemen her küçükten beklenebilecek türden *çocukluklar*, birer semptom olarak sunulmuştur (10, s. 41–5).

Literatürde medikalizasyonda “hastalık addetme”nin yanı sıra “kapsam genişletme”ye de başvurulduğu öne sürülmüştür ki söz konusu antitenin de DSM-II’de *ekseriyetle yetişkinlikte devam etmediği* belirtilmişken DSM-III’te üç türünün olduğu, bunlardan ilkinde *tüm semptomların yetişkinliğe de intikal ettiği*, ikincisinde ergenlikte son bulduğu, üçüncüsünde (rezidüel tip) ise hiperaktivite çocuklukla birlikte son bulurken *öteki semptomların yine yetişkinlikte de devam ettiği* bildirilmiştir (10, s. 42). Bu değişiklik için iki edisyon arasında gerçekleşen klinik çalışmalar gerekçe gösterilebilecek olmakla birlikte, bir yandan böylesi bir klinik tablo çizilirken öte yandan bu üç tipin toplumdaki yaygınlığının bilinmediğinin belirtilmiş olması ilginçtir (10, s. 42).

Üçüncü edisyonunun 1987 tarihli revizyonunda (DSM-III-R) ise söz konusu “bozukluk” yeniden adlandırılarak bugün de kullanılmakta olan ismini almıştır: “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu—DEHB”. Türkçe literatürde kimi kez terimin “ve” bağlacı içerecek biçimde (“dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu”) hatalı kullanıldığı görülse de, bağlacın yokluğu özellikle önemlidir: Zira bu mefkudiyet, hiperaktivitenin bozukluğun *zorunlu* değil yalnızca *olası* semptomlarından biri olduğunu anlatmaktadır. 1987’de DSM-III-R ile DEHB tanı kriterlerini sağlayabilecek çocuk sayısının iyice arttığı öne sürülmüştür (12,16). DEHB’nin varlığı, tam olarak ne olduğu ve semptomatolojik/diyagnostik kriterlerinin sıhhati konusundaki tartışmalar bugün hâlâ sürmektedir; son elli yıl içinde defalarca değişen ismine ve nörobilimde kaydedilen gelişmelere karşın DEHB farmakoterapisinin pek değişmemesi ve pek çok klinik antite ile ilişkilendirilebilecek olan “DEHB semptomları”nın gayrispesifikliği, dile getirilen eleştiriler arasındadır (17–20). Bununla birlikte şerh düşülmelidir ki DEHB’nin gerçek bir hastalık ve yerinde bir nozolojik başlık olduğunu savunan önemli psikiyatri çevreleri de mevcuttur.

DSM’nin değişiminde rol oynadığı iddia edilen gayritıbbî “dış etki” kaynaklarından başlıcası, daima sayısız eleştirinin odağındaki ilaç endüstrisidir. Günümüzde çoğu ABD orijinli olan, küresel ölçekte ticari faaliyet gösteren (21) dev farmasötik şirketler; klinik araştırmaların finansörü, bilimsel kongrelerin sponsoru, milyonlarca sağlık çalışanının ve yüz milyonlarca hastanın bel bağladığı tedavi araçları olan ilaçların üreticisi, ve de aradaki bağlantı her ne kadar tenkit konusu olsa ve regüle edilmeye çalışılsa da sağlık otoritelerinin ve

profesyonellerinin doğrudan muhatabı olmaları suretiyle, tıbbın işleyişi ve kabulleri üzerinde biçimlendirici bir rol oynamaktadırlar (22–24). İlaç yani farmasötik şirketlerinin medikalizasyonda oynadığı öne sürülen rol, başlı başına bir tartışma konusudur; öyle ki bunların yol açtığı medikalizasyon türünün özel bir adı vardır: farmasötikalizasyon. En başta verilen medikalizasyon tanımı anımsanacak olursa, farmasötikalizasyon da daha önce ilaç kullanımının (farmakoterapinin) söz konusu olmadığı psikolojik/fizyolojik doğal bir hâl ya da yaşam sürecinin farmasötik ajanlarla tedavi edilecek bir hastalık hâline getirilmesi işidir. Böylece farmasötik şirketlerin ticari ürünlerinin –ki bunların diğer adı halk için şifa, deva gibi çağrışımları olan “ilaç”tır– “tedavi” adına doktorlarca reçete edilmesi ve “hasta”larca satın alınması gereğinin doğması sağlanmaktadır.

DEHB örneği üzerinden devam edilecek olursa, önemli psikiyatristlerin de aralarında bulunduğu kişilerce, hayatta dönem dönem herkesin DEHB için tanımlanmış olan mezkûr muğlak semptomlardan birkaçını gösterebileceği dile getirilmiştir (25). Bugün yalnızca ABD’de ~7 milyon çocuğun (her dokuz çocuktan birinin) “DEHB” tanısı almış bulunduğu göz önüne alınırsa (26,27), bu hastalığın bu hastalığı tedavide kullanılacak ilaçların satışı için “yaratıldığı” (28,29), çocukluğun normal unsurlarından olan hareketliliğin, hatta haşarlığın bu sebeple bir hastalık olarak medikalize, farmasötikalize edildiği yönündeki iddialar dikkate şayan görünebilir ki veriler de bu yöndedir: ABD’de 2008’den 2012’ye dört yıl gibi kısa bir sürede DEHB nedeniyle ilaç kullanan yetişkinlerin sayısının neredeyse %50 oranında arttığı bildirilmiştir; bununla birlikte ilgili ilaçların başlıca kullanıcıları hâlâ çocuklar, ve bekleneceği üzere, erkek çocuklardır. 2012 yılında ABD’de neredeyse her 10 erkek çocuktan 1’i, “DEHB’sini tedaviye yönelik” bir ilaç kullanmıştır (30). Farmasötik “DEHB pazarı”nın değerinin 2014’te 6 milyar Amerikan doları civarında iken 2023’te iki buçuk katına çıkarak 16 milyar doları aştığı, 2032’de ise yine katlanarak 30 milyar doları aşacağı hesaplanmıştır (31,32). Bunlar, varlığı tartışmalı, ve şayet var ise tek çaresinin farmakoterapi olduğu daha da tartışmalı bir hastalık için düşündürücü verilerdir.

1970’lerden bugüne medikalizasyon ile geçen yaklaşık elli yıllık dönemin ilk dekatlarına bakıldığında, nelerin “tedavi edilecek patolojik hâller” sayılacağı, ilkin sihhî–tıbbî otoritelerce belirlenmiş gibi görünmektedir (33). Bunda XX. yüzyılda tıbbın giderek artan prestijinin, bilimsel bilginin iyileştirici, iyiye götürücü gücüne duyulan güvenin rolü büyüktür (3). Bu artan prestij ve güven, söz konusu asırda 1970’lere gelinene dek kaydedilen –penisilinle başlayan antibiyotik devrimi, viral aşularla taçlanan prevantif tıp, ve hatta ilk kez bir hastalığın (çiçek) yeryüzünden silinmesi gibi– emsalsiz bilimsel gelişmeler neticesinde vaki olmuştur. Yine aşularla elde edilen bağışıklıklar gibi (34), tıbbî tedavi etme (İng. *treatment*) işlevinin yanı sıra daha iyiye götürme (İng. *enhancement*) işlevinin tahmininin de bu dönemde, bu zafer ve güven atmosferinde ivme kazandığı söylenebilir. Bir diğer husus ise yine tarihte geleneksel Çin tıbbının bitkiler, akupunktur ve egzersiz, geleneksel Hint tıbbının Ayurveda üzerine tesisi gibi, Amerikan sağlık sisteminin ve geleneksel Amerikan sağaltım anlayışının da farmakoterapi üzerine kurulmuş olduğu gerçeğidir (35). Ve aynı nedenlerdir ki Amerikan tıbbî fazla hareketli çocukların hasta olduğunu bildirdiğinde, şirketler de buna karşı farmasötik bir çözüm vadettiğinde, söz konusu “daha uslu çocuklar” kimseye dayanaksız ve imkânsız görünmemiştir.

Son dönemde ise medikalizasyonun lokomotifinin tıbbî otoriteler yerine mezkûr ticari aktörler, yani ilaç endüstrisi olduğu öne sürülmüştür (36–39). Tıbbî figür ve otoritelerin nasıl tali planda kalabileceği sorgulanabilir; zira ilaçların halk tarafından satın alınabilmeleri için doktor tarafından takdim–temin edilmeleri gerektiği, bu olmadan tüketimin gerçekleşmeyeceği düşünülebilir. Fakat ilaç üreticileri gerek sağlık çalışanlarına gerekse halka yönelik çeşitli manevralarla prosedürel engellerin üstesinden gelebilmektedir, örneğin “doğrudan farmasötik reklamcılık” ile. Tüketicilere doğrudan ilaç reklamı yapılabilen istisnai ülkelerden olan (ve nitekim DEHB prevalansında da başı çeken) ABD’de halk, bu reklamlarda birtakım “hastalık”ların farkında olmaya ve şayet hasta iseler reklamdaki ürünü kullanmak suretiyle şifa bulmaya davet edilmektedir. Tüketici, reklamını gördüğü farmasötik ürünü direkt (örneğin *online* satın alım ile) ya da doktorundan talep ederek temin edebilmektedir. Doktorlara yönelik olarak ise, kimilerine göre bir örneği DSM’nin biçimlendirilişi olduğu üzere, farklı “bilgilendirme–benimsetme” politikaları yürütülmektedir.

Sağlık çalışanları ile ilaç firmaları arasında kurulan ve literatürde pek çok türü tanımlanıp tartışılmış olan malî menfaat içerikli ilişkiler de, ayrı bir çalışma konusu teşkil eden mekanizmalardandır.

Çocukluk (“dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu”), mutsuzluk (“Sisi sendromu”), menopoz (“östrojen yetmezliği”), menstrüasyon (“disforik bozukluk”), utangaçlık (“sosyal anksiyete”) gibi doğal hâl ve yaşam süreçlerinin ilaç satılacak, farmakoterapi ile sağaltılacak “hastalık”lar olarak lanse edilmesi, insanlığı bunlara karşı teyakkuza davet eden “farkındalık” çağrılarını–çığırkanlığı ile birlikte, literatürde kimi kez “hastalık tacirliği” (İng. *disease mongering*) adı altında da anılmıştır (23,40–46).

Depresyon ve Antidepresan Temelli Medikalizasyon

Belirtildiği üzere, “normal” ve “anormal” ya da “sağlıklı” ve “hasta” kavramları, tıbbın diğer branşlarına kıyasla psikiyatride özellikle göreceli, özeldir. Böylece psikiyatride, diyagnostik ve nozolojik kriterlerin kişilere, sosyal yapı ve kurumlara verilmek istenen şekil doğrultusunda geliştirildiği, hatta tüm psikiyatri biliminin bu gibi kontrol edici, politik amaçlarla kullanıldığı ileri sürülmüştür ki bunun en bilindik örnekleri kuşkusuz M. Foucault gibi düşünürlerdir (47–49). Yukarıda 1970’lerden başlatılarak incelenmiş olsa da ilk fikrî temelleri daha öncesinde bu gibi düşünürlerin eserlerinde atılmış olan medikalizasyon tenkitnâmesinde bugün öne sürülen ise, psikiyatrinin diyagnostik–nozolojik kabullerinin farmasötik ticareti daha kârlı hâle getirecek şekilde biçimlendirildiği, manipüle edildiğidir.

Yine yukarıda örneklendiği üzere, medikalizasyonu körükleyen çeşitli paradigmatik ve politik etmenler söz konusudur. Bunlar doğrultusunda mezkûr DSM’nin her yeni edisyonunda daha esnek bir “hastalık” anlayışının benimsendiği dile getirilmiştir ve bu, “DEHB”nin yanı sıra “depresyon” üzerinden de örneklenebilecek bir savdır. Örneğin, neyin bir yakının kaybının ardından tutulan sağlıklı bir yas, neyin yas yerine klinik depresyon teşkil eden patolojik bir durum olduğu arasındaki ince çizgi, DSM-IV’ten DSM-5’e (2013) geçildiğinde iyice silikleşmiştir. DSM-IV’te “yas”lar ve “üzüntülü dönemler”, klinik depresyon ile karıştırılmaması gereken birçok doğal insanî süreç arasından ismen zikredilenler olmuştur. Klinik depresyon tanısı konabilmesi için, tanımlanmış olan kriterlerin sağlanması (örneğin “dokuz semptomdan beşinin mevcut olması”, “semptomların en azından iki hafta boyunca, hemen her gün ve günün büyük bir bölümünde görülmesi”) gereği üzerinde durulmuştur (50, s. 326–327). DSM-5’te* ise bu konuda yine bir açıklama yapıldığı ve fakat bu kez depresyon ile bir yakının kaybından sonra yaşanan yas arasında DSM-IV’tekine kıyasla daha ince bir ayırım gözetildiği görülmektedir:

“...C. ...Not: (Bir yakının kaybı, malî iflas, doğal afetlerde verilen kayıplar, ciddi bir hastalık ya da sakatlık hâli gibi) önemli bir kayıp karşısında verilen reaksiyon sırasında; yoğun bir üzüntü, kayıp üzerine uzun uzun düşünme, insomni, zayıf iştah ve Kriter A’da belirtilen kilo kaybı gibi, depresif epizotlarda yaşananlara benzer yaşantılar söz konusu olabilir. Bu gibi semptomlar anlaşılabilir ve kaybın gereği olarak görülebilir olsa da, kayba verilen normal reaksiyonun yanı sıra ortada bir majör depresif epizot olup olmadığı dikkatle değerlendirilmelidir. Bu karar kaçınılmaz olarak, bireyin öyküsünü ve kayıplar karşısında yaşanan kederin ifade edilmesine dair kültürel normları da göz önünde bulundurmak suretiyle klinik kanaat kullanmayı gerektirecektir.” (51; 52, s. 182). (Türkçe tercüme yazardandır)

Buna göre şayet doktor klinik kanaatini, yani öznel klinik muhakemesini, sehven karşısındaki kişinin “depresyonda” olduğu yönünde kullanacak olursa (ki burada öznel muhakeme çok önemli bir rol oynamaktadır) (53), söz konusu kişi “yasta” değil “hasta” olan ve böylece depresyon tedavisinde kullanılan ilaçlara sevk olunan, yani antidepresan satın alan ve kullanan biri hâline gelecektir.

Fakat “üzüntünün medikalizasyonu” (54), asıl sehven değil kasten yapılanlar üzerinden cereyan etmektedir: Yine 1980 tarihli DSM-III’te, daha önce farklı adlarla anılmış olan çeşitli depresif hâletiruhiyeler “depresyon” şemsiye terimi altında toplanmıştır (55,56). Depresyon adı altında toplanmış olan –ama

*DSM-5’in revize edildiği DSM-5-TR’de (2022) ise “uzamış yas bozukluğu” adlı antitenin (F43.8) yer aldığı görülmektedir.

patolojik ama doğal– bu hâllerin karşısına da, yine ilaç endüstrisinde 1950’lerden beri geliştirilmekte olan ve antidepresan adı verilen çözüm konmuştur (57,58). Bunlar XX. yüzyılın ikinci yarısında hem “depresyon” tanısı almayı kolaylaştırıcı hem de böylece bunun tedavisi adına ilaç kullanımını artırıcı gelişmeler olmuştur— ve bu gelişmeler, DSM’deki modifikasyonlarla “DEHB” tanısının doğuşuna ve ardından “DEHB ilaçları”nın tüketiminde kaydedilen patlamaya dair yukarıda nakledilmiş olan paterne oldukça benzerdir. Dahası tıpkı hemen her çocuğun DEHB için öne sürülmüş olan semptomatolojik kriterlerden birkaçını sağlayabileceği gibi, hemen herkes de yine hayatının bir bölümünde, üstelik mükerreren (ki böylece “epizodik” bir patern de arz edecek biçimde) depresyon için öne sürülmüş olan semptomatolojik kriterlerden bir ya da birkaçını sağlayabilir.

Ve depresyon üzerinden yapılan farmasötikalizasyonda DSM’nin modifikasyonu yegâne unsur da değildir. Amerikan Psikiyatri Birliği’nin DSM’de kavramları genişletip “depresif bozukluk” başlığını pek çok psikolojik tabloyu şâmil hâle getirişi gibi, zaman içinde Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi (İng. akr. *FDA*) gibi öteki sağlık otoriteleri de antidepresanların endike sayıldığı hâl ve hastalıklar kümesini giderek genişletmiştir (kapsam genişletme). Başlangıçta yalnızca depresyon tedavisine yönelik olarak tanınmış olan ilaçlar (ki adları da buradan gelmektedir—“*antidepresan*”=“*depresyon ile savaşan*”), yıllar içinde depresif bozukluklardan anksiyöz bozukluklara, hatta migrenden uykusuzluğa ve sigara kullanımına kadar, “hastalık” dahi sayılmayacak birçok *şikayet* için *reçete edilir* hâle gelmiştir. Antidepresanların giderek daha hafif ve muğlak ruhsal durumlar için reçete edilir olduğu ve bu reçetelerin giderek daha fazlasının psikiyatri dışı branşlardan tabiplerce yazıldığı belirtilen bir çalışmada, 1996 ve 2007 yılı ABD Ulusal Ayakta Verilen Sağlık Hizmetleri Araştırması resmî istatistikleri incelenmiş ve hastalarca doktor muayenelerine yapılan ziyaretlerde doktorların hastalara *herhangi bir psikiyatrik teşhiste bulunmadıkları hâlde antidepresan reçete etme* oranının 1996’da ~%60’tan 2007’de ~%73’e çıktığı tespit edilmiştir (59).

Bu gibi bir reçeteleme paterni Türkiye’de de mevcuttur ve bu reçetelemenin büyük bölümünün kontrollü klinik çalışmalarla elde edilmiş verilere dayanmadığına –diğer deyişle “kanıta dayalı tıp” olmadığına– dikkat edilmelidir. Yine antidepresanların “klinisyenlerin ya da halkın önemli bir bölümü tarafından bilinçsizce, gereksizce, kontrolsüzce ve(ya) endikasyon haricinde kullan(dır)ılışı”, literatürde daha önce bir “kullanım bozukluğu” olarak ele alınarak etraflıca incelenmiştir (53,60). Farmasötik bir maddenin insanlar üzerinde kullanımını tıp etiğince ancak; (i) maddenin, kullanıldığı hâl ve hastalıklar için makul bir yarar–zarar profili arz ettiği klinik olarak kanıtlandığında, (ii) bu kanıtlanmadığında ise, elde söz konusu hâl ve hastalıklar için umut vadeden başka hiçbir farmasötik ürün ve hatta terapötik modalite olmadığında meşru sayılabilir. Fakat öteki mezkûr durumlar bir yana, antidepresif farmakoterapi için başlıca endikasyon olan klinik depresyonda dahi endikasyon hâlinin geçerliliğine ve antidepresanların etkililiğine dair kanıtlar ancak şiddetli klinik depresyon için mevcuttur ve de hafif ve orta şiddetteki depresyonda antidepresanların endike olup olmadıkları, bunları kullanmak gerekip gerekmediği konusunda mutabakat yoktur (61). Yine hafif ve orta şiddetli depresyonda farmakoterapi yerine psikoterapi, psikolojik destek, bedensel ve entelektüel aktivite, ya da aksine bedensel ve zihinsel istirahat gibi yöntemlerden istifade seçeneğinin es geçilmesi ise bir diğer problematik konudur.

Bu noktada hem dikkate arz edilebilecek hem de etik meşruiyeti sorgulanabilecek bir başka husus da, yıllar içinde antidepresanların endike *sayıldıkları* hâl ve hastalıklar kümesi giderek genişlediği gibi, antidepresan reçete edilen *hasta yaş aralığının* da giderek genişlemiş olmasıdır (ki aynı durumun DEHB’de de gerçekleşmiş olduğu anımsanmalıdır). Seksenlerin sonlarında piyasaya çıkan serotonerjik geri alım inhibitörleri (58), zaman içinde etkililik ve güvenliliklerinin klinik deneylerle kanıtlanmamış olduğu ve dolayısıyla kullanım için resmen ruhsatlandırılmamış oldukları pediatrik popülasyonda, adölesanlarda da kullanılmaya başlamıştır (62). Yetişkin ve çocuklar arasındaki metabolik farklılıklara nazaran bunun ilkin biyomedikal etiğin başlıca prensiplerinden zarar vermeme ile ilgili bir mesele olduğu düşünülebilir (63); fakat aynı mesele, bir zararsızlık prensibi ihlali yanı sıra, bir farmasötikalizasyon örneği de teşkil etmektedir. *Zira doğal ve sağlıklı ruhsal çalkantılarla* karakterize bir yaşam süreci olan “ergenlik”, kimi mantalitede artık piyasada “iyi hissettirici” birtakım ilaçlar olduğuna göre bunlarla tedavi edilebilecek bir patolojidir.

Aynı mantalitenin ürünüdür ki DSM-5 bir yakının kaybı ardından yaşanan yasın, kayıptan yalnızca iki hafta sonra hâlâ sürmekteyse “depresyon” olarak tanılanmasına olanak tanımıştır (55)—bir diğer deyişle, *eşini* ya da *çocuğunu* kaybeden biri bundan yalnızca iki hafta sonra hâlâ yas, üzüntü içindeyse bu durumu ilaçla tedavi edilesi bir patoloji addetmek mümkün olmuştur. Depresyon prevalansındaki artışın obezite, kötü beslenme (*fast food* vd.), sedanter ya da aksine hızlı yaşam gibi modern psikopatojenlerdeki artışla açıklanabileceği de öne sürülmekteyse de (64), seksenlerden bugüne başta ABD olmak üzere (Türkiye dâhil) konvansiyonel Batı tıbbi icra edilen ülkelerde antidepresan tüketiminde kaydedilen katbekat artışta bu çalışmada tartışılan türden suni faktörlerin daha vahim bir etkisi olması muhtemeldir.

SONUÇ

Şu bir gerçektir ki psikotrop ilaçlar kanıta dayalı tıp çerçevesinde ve medikal endikasyon hâlinde hem pediatrik hem yetişkin hastalarda başvurulabilecek olan ve nitekim böyle kullanıldıklarında çoğu kez de yüz güldürücü sonuçlar sağlayan değerli, gerekli ve meşru tedavi araçlarıdır. Bununla birlikte şunu da görmek gerekir ki, yüzyıllarca ya çocuk doğasının bir parçası addedilmiş ya da geleneksel çocuk terbiyesi yöntemleri gibi gayrifarmasötik yollarla mücadele edilebilmiş olan birçok tablo, bugün bir kanıt ve endikasyon nakışlığına karşın “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” adı altında farmakoterapötik birer mesele hâline gelmiş bulunmaktadır. Benzer biçimde, binlerce yıldır farklı coğrafyalarda farklı etiyolojik açıklamalarla yaklaşılmış ve farklı farklı terapötik yöntemlerle savaşılmış olan depresyon, 1950’lerde ilk klinik antidepresanların ortaya çıkışıyla birlikte adeta –endüstriyel ve farmasötik– tek tip bir çözümü olan bir hastalık hâline gelmiştir (58,65). Gerçek bir hastalık olan *klinik depresyonun* yanı sıra, bugün “depresyon” adı altında medikalize edilen pek çok psikolojik durum/duygudurum da artık yine farmakoterapi ile müdahale edilen hâllerdir.

Bu kontekstte sorgulanması bir realite olarak ortadadır ki son dekatlarda hem “DEHB” hem “depresyon” nedenli ilaç kullanımında çarpıcı bir artış kaydedilmiştir (66). Artan teşhis ve preskripsiyon oranları için olanakların (bilimsel bilginin, ruh sağlığı hizmeti tedarikçilerinin ve sağlık hizmetlerine erişimin), sosyal bilincin (toplumdaki ruh sağlığı farkındalığının, sağlık okuryazarlığının) ve de kuşaklararası sosyo(tekno)lojik farkların (örneğin özellikle pediatrik DEHB için sosyal medya ve teknolojik alet kullanımının) da artmış olması üzerinden, kısmen geçerli olacak açıklamalar yapılabilecek olmakla birlikte, tarihsel bir perspektiften ve üstelik aynı argümanlar (artan olanaklar, iyileşen koşullar) üzerinden sorulabilecek şu soru yine de bakidir: XIX. yüzyıl Sanayi İnkılabı’nın (gerek fiziksel gerekse mental sıhhatçe) hayli gayrisihhi koşullarının, XX. yüzyılın Büyük Buhran’ının, I. ve II. Dünya Savaşlarının geride kaldığı, XXI. yüzyıla has tıp teknolojisiyle, devrim niteliğinde tıbbi gelişmelerle sayısız sağlık sorununun devâlandığı, insan ömrünün uzadıkça uzadığı, gelişmiş ülkelerde ekonomik istikrarın, insan haklarının, insanî ihtiyaçların karşılanmasının, ebeveyn ihtimamının norm hâlini aldığı, çocuk sağlık ve huzurunu bozucu her şeye karşı kolektif bir bilinçle savaş açıldığı, evlerin, okulların ve hatta kentlerin çocukların ihtiyaçlarına göre donanımlandırıldığı bir dönemde, Kuzey Amerika, Avrupa ve Türkiye’de, neden her yaşta giderek daha çok insan “depresif” ve “DEHB’li” olmuş ya da *bulunmuştur*? Şayet uygarlığın, inkişafın bedeli gerçekten huzursuzlukla ödenmiyorsa (S. Freud), yirminci yüzyıl sonlarından bu yana –yani endüstriyel farmasötikalizasyon çağında– neredeyse eş zamanlı olarak tırmanışa geçen “depresyon”, “DEHB” yaygınlığına ve psikotrop ilaç kullan(dır)ma oranlarına en azından bir parça kuşkuyla bakmak yersiz olmayacaktır.

KAYNAKLAR

1. Conrad P. The discovery of hyperkinesis: notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, 1975;23(1):12–21.
2. Illich I. The medicalization of life. *The Journal of Medical Ethics*, 1975;1:73–77.
3. Conrad P. Medicalization and social control. *Annual Review of Sociology*, 1992;18:209–232.
4. Geçtan E. *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar*, 13. bas. İstanbul: Remzi Kitabevi; 1997.
5. Blech J. Die Abschaffung der Gesundheit. *Der Spiegel*, 2003;33:116–126.

6. Burgmer M, Driesch G, Heuft G. Das “Sisi-Syndrom”—eine neue Depression? *Der Nervenarzt*, 2003;74(5):440–444.
7. Ertin H. Some ethical reflections on weight-loss diets. *The Turkish Journal of Medical Sciences*, 2011;41:951–957.
8. Temel MK. Helsinki Bildirgesi ve tıbbi araştırmalarda plasebo kullanımı: bir eleştirel karşılaştırmalı alışma. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği–Hukuku–Tarihi Dergisi*, 2022;30(3):274–282.
9. The American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2. ed. Washington, DC/ABD: American Psychiatric Association; 1968.
10. The American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3. ed. Washington, DC/ABD: American Psychiatric Association; 1980.
11. Cooper R. What is wrong with the DSM?. *History of Psychiatry*, 2004;15(1):5–25.
12. Conrad P. From hyperactive children to ADHD adults: observations on the expansion of medical categories. *Social Problems*, 2000;47(4):559–582.
13. Mayes R, Horwitz AV. DSM-III and the revolution in the classification of mental illness. *The Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 2005;41(3):249–267.
14. Suris A, Holliday R, North CS. The evolution of the classification of psychiatric disorders. *Behavioral Sciences*, 2016;6:5.
15. Schmitt B. The minimal brain dysfunction myth. *The American Journal of Diseases of Children*, 1975;129(11):1313–1318.
16. Newcorn H, Halperin JM, Healey JM, O’Brien JD, Pascualvaca DM, Wolf LE, ve ark. Are ADDH and ADHD the same or different?. *The Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1989;28(5):734–738.
17. Sousa A, Kalra G. Drug therapy of attention deficit hyperactivity disorder: current trends. *Mens Sana Monographs*, 2012;10(1): 45–69.
18. Shier AC, Reichenbacher T, Ghuman HS, Ghuman JK. Pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: clinical strategies. *The Journal of Central Nervous System Disease*, 2013;5:1–17.
19. Saul R. Doctor: ADHD does not exist. *Time* (14 Mart 2014). URL: <http://time.com/25370/doctor-adhd-does-not-exist>
20. Parens E, Johnston J. Facts, values, and attention–deficit hyperactivity disorder (ADHD): an update on the controversies. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2009;3:1.
21. Dünya Sağlık Örgütü. *The World Medicines Situation*. Cenevre: Dünya Sağlık Örgütü; 2004.
22. Henry D, Lexchin J. The pharmaceutical industry as a medicines provider. *Lancet*, 2002;360:1590–1595.
23. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *The British Medical Journal*, 2002;324:886–890.
24. Moynihan R. The making of a disease: female sexual dysfunction. *The British Medical Journal*, 2003;326:45–47.
25. Borland S. ADHD expert claims disorder is “not a real disease” and EVERYONE fits at least two of the criteria used for diagnosis. *The Daily Mail* (30 Mart 2014). URL: www.dailymail.co.uk/health/article-2592641/Expert-claims-ADHD-not-real-disease-fits-two-criteria.html
26. Hamed AM, Kauer AJ, Stevens HE. Why the diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder matters. *Frontiers in Psychiatry*, 2015;6:168.
27. The Centers for Disease Control and Prevention. *Data and Statistics on ADHD* (23 Ekim 2024). URL: www.cdc.gov/adhd/data/index.html
28. Quinn M, Lynch AR. Is ADHD a “real” disorder?. *Support for Learning*, 2016;31(1):59–70.
29. Schwarz A. *ADHD Nation: Children, Doctors, Big Pharma, and the Making of an American Epidemic*. New York: Scribner; 2016.
30. Express Scripts. *Turning Attention to ADHD: U.S. Medication Trends for Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. St. Louis, MO/ABD: Express Scripts Co; 2014.
31. Pharmaceutical Executive. *ADHD market to reach \$13.9 billion by 2024*. *Pharmaceutical Executive* (7 Eylül 2016). URL: www.pharmexec.com/view/adhd-market-reach-139-billion-2024
32. Polaris Market Research. *Attention Deficit Hyperactivity Disorder Market Size, 2024–2032* (Haziran 2024). URL: www.polarismarketresearch.com/industry-analysis/attention-deficit-hyperactivity-disorder-market
33. Ballard K, Elston MA. Medicalisation: a multi-dimensional concept. *Social Theory & Health*, 2005;3:228–241.
34. Döbler NA, Carbon CC. Boosting human capacities: attitudes toward human enhancement and vaccination in the context of perceived naturalness and invasiveness. *Discover Psychology*, 2023;3:24.
35. Temel MK. Modern psikososyoklinik gelişmelerin eseri “antidepresan kullanım bozukluğu”: tıp etiğince sorun teşkil eden bir olgu. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 2019;24(3):206–216.
36. Conrad P. The shifting engines of medicalization. *The Journal of Health and Social Behavior*, 2005;46(3):3–14.
37. Abraham J. Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology*, 2010;44(4):603–622.

38. Williams SJ, Martin P, Gabe J. The pharmaceuticalisation of society? A framework for analysis. *Sociology of Health & Illness*, 2011;33(5):710–725.
39. Bell SE, Figert AE. Medicalization and pharmaceuticalization at the intersections: looking backward, sideways and forward. *Social Science & Medicine*, 2012;75:775–783.
40. Meyer VF. The medicalization of menopause: critique and consequences. *The International Journal of Health Services*, 2001;31(4):769–792.
41. Meyer VF. Medicalized menopause, U.S. style. *Health Care for Women International*, 2003;24:822–830.
42. Moynihan R, Henry D. The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *PLoS Medicine*, 2006;3(4):e191.
43. Dyer O. Disease awareness campaigns turn healthy people into patients. *The British Medical Journal*, 2006;332:871.
44. Scott S. The medicalisation of shyness: from social misfits to social fitness. *Sociology of Health & Illness*, 2006;28(2):133–153.
45. Browne TK. Is premenstrual dysphoric disorder really a disorder? *The Journal of Bioethical Inquiry*, 2014;12(2):313–330.
46. Prior JC. Perimenopause and menopause as oestrogen deficiency while ignoring progesterone. *Nature Reviews Disease Primers*, 2015;1:15031.
47. Foucault M. *Deliliğin Tarihi*, 4. bas., çev. Kılıçbay MA. İstanbul: İmge Kitabevi; 2006.
48. Foucault M. *Akl Hastalığı ve Psikoloji*, 3. bas., çev. Bayoğlu E. İstanbul: Ayrıntı; 2015.
49. Davis J. Medicalization, social control, and the relief of suffering. *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, ed. William CC. Malden, MA/ABD: Wiley-Blackwell; 2009.
50. The American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4. ed. Washington, DC/ABD: American Psychiatric Association; 1994.
51. The American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5. ed. Washington, DC/ABD: American Psychiatric Association; 2013.
52. Kearney C, Trull TJ. *DSM-5 major depressive disorder. Abnormal Psychology and Life: A Dimensional Approach*, 2. ed. Stamford, CT/ABD: Cengage Learning; 2015.
53. Temel MK. *Modern Psikososyoklinik Etmenlerin Eseri “Antidepresan Kullanım Bozukluğu/Bağımlılığı” ve Tıp Etiği Prensipierince Değerlendirilişi [doktora tezi]*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı; 2018.
54. Horwitz AV, Wakefield JC. *The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow into Depressive Disorder*. Oxford: Oxford University Press; 2007.
55. Dowrick C. Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. *The British Medical Journal*, 2013;347:f7140.
56. Khan A, Brown WA. Antidepressants versus placebo in major depression: an overview. *World Psychiatry*, 2015;14(3):294–300.
57. Frances A. DSM, psychotherapy, counseling and the medicalization of mental illness: a commentary from Allen Frances. *The Professional Counselor*, 2014;4(3):282–284.
58. Temel MK. 1950’li yıllar ve antidepresif psikofarmakoterapi: prototiplerinden bugüne klinik antidepresanların tasnif ve tarihi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği–Hukuku–Tarihi Dergisi*, 2019;27(2):89–102.
59. Mojtabei R, Olfson M. Proportion of antidepressants prescribed without a psychiatric diagnosis is growing. *Health Affairs*, 2011;30(8):1434–1442.
60. Temel MK. Güncel bir olgunun geçmişten bugüne otoriterlerce benimsenen “iptila”, “tıryakılık”, “bağımlılık” ve “kullanım bozukluğu” konseptleriyle konseptüalizasyonu: “antidepresan kullanım bozukluğu”. *Türk Tıp Etiği Tıp Hukuku ve Tıp Tarihi Araştırmaları Yıllığı*, vol. 10–14. İstanbul: ACR Tıbbi Yayın ve Dış Ticaret Ltd Şti; 2021, s. 273–288.
61. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, ve ark. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *The Journal of American Medical Association*, 2010;303(1):47–53.
62. Hixson TJ. Anti-depressants and children: suicidality: off-label use, and trial publication. *Indiana Health Law Review*, 2006;3(1):201–230.
63. Beauchamp TL, Childress JF. *Biyomedikal Etik Prensipleri [Principles of Biomedical Ethics]*, 7. ed., Tr. çev. Temel MK. İstanbul: BETİM; 2017 [Oxford: Oxford University Press; 2013].
64. Hidaka BH. Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. *The Journal of Affective Disorders*, 2012;140(3):205–214.
65. Temel MK. Antikiteden 1950’lere gelinene dek “depresyon” kavramına, etiyolojisine ve tedavisine dair başlıca eser ve anlayışlar. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği–Hukuku–Tarihi Dergisi*, 2019;27(3):256–268.
66. Mulder RT. An epidemic of depression or the medicalization of distress?. *Perspectives in Biology and Medicine*, 2008;51(2):238–250.

Media Ethics in Malpractice News

Malpraktis Haberlerinde Medya Etiği

Hatice DEMİR^a, Gül Berra DOĞAN^b, Eyüp ŞEKER^c, Saim Furkan COŞKUN^d, Şevval Sude ATASOY^e

Abstract

Aim: This study aims to assess malpractice news in the Turkish media within the context of media ethics.

Method: The research was conducted as part of the "Medicine, Media, and Ethics" lecture offered at the Faculty of Medicine in Muğla Sıtkı Koçman University during the 2023-2024 academic year. The data collection phase was completed between December 20, 2023, and April 3, 2024. A total of 330 news items were included in the research scope, consisting of 204 newspaper reports and 126 news bulletins. The analysis of the data looked at percentage distribution and utilized graphs in its presentation. **Results:** According to the findings of our research, it has been determined that malpractice news in the media has increased rapidly over time that there are approaches that encourage readers to read the news with exaggerated, sensational, and accusatory headlines and that the news content poses a problem for the privacy of physicians. **Conclusions:** Journalists and media organizations are responsible for adopting a professional approach to reporting malpractice news and mitigating its negative impact on society. The media's adverse effects on public perception can promote a litigation culture and lead to problems beyond just the increase in the number of lawsuits. Lawmakers and professional associations should consider the media's influence in the presentation of malpractice reporting and should take relevant interventions on the subject.

Keywords: Media; ethics; malpractice; physician; lawsuit.

Özet

Amaç: Bu araştırma ile Türk medyasında yer alan malpraktis haberlerini medya etiği bağlamında değerlendirmek amaçlanmıştır. **Yöntem:** Araştırma 2023-2024 eğitim öğretim döneminde Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesinde açılan "Tıp, Medya ve Etik" dersi kapsamında gerçekleştirilmiştir. Veri toplama aşaması 20.12.2023-03.04.2024 tarihleri arasında tamamlanmıştır. 204 gazete haberi ve 126 haber bülteni olmak üzere toplamda 330 haber araştırma kapsamına alınmıştır. Verilerin analizinde yüzdelerle dağılıma bakılmış, sunumunda grafiklerden yararlanılmıştır. **Bulgular:** Araştırmamızın sonuçlarına göre medyada yer alan malpraktis haberlerinin zaman içinde hızla artış gösterdiği ve abartılı, sansasyonel ve suçlayıcı başlıklar ile okuyucuyu haberi okumaya teşvik eden yaklaşımlar olduğu, haber içeriklerinin hekimlerin mahremiyetleri için sorun teşkil ettiği belirlenmiştir. **Sonuç:** Gazeteciler ve medya kuruluşları malpraktis haberlerinde raporlanmasında profesyonel bir yaklaşımı benimsemek ve topluma olumsuz etkileri azaltmaktan sorumludur. Medyanın halkın algısı üzerindeki olumsuz etkisi dava kültürünü teşvik etmek ve dava sayılarındaki artışın daha ötesinde sorunlara neden olabilir. Yasa koyucular ve meslek birlikleri malpraktis haberlerinin sunuluşundaki medyanın etkisini göz önünde bulundurmalı ve konu ile ilgili müdahaleler de bulunmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: Medya; etik; malpraktis; hekim; dava.

^a Doktor Öğretim Üyesi, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Muğla, Türkiye. ✉hdkureci@mu.edu.tr ORCID: 0000-0002-0041-5658

^b Öğrenci, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Muğla, Türkiye. ORCID: 0009-0000-2182-9641

^c Öğrenci, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Muğla, Türkiye. ORCID: 0009-0009-3006-4439

^d Öğrenci, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Muğla, Türkiye. ORCID: 0009-0009-3989-6485

^e Öğrenci, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Muğla, Türkiye. ORCID: 0009-0008-2283-3878

Gönderim Tarihi: 28 Kasım 2024 • Kabul Tarihi: 21 Aralık 2024

INTRODUCTION

The erosion of trust in the patient-physician relationship and strategies for resolution have become important topics of discussion lately. According to comparative data on public trust in physicians across 29 countries, it's concerning that while Türkiye ranks 5th in trust towards physicians, it comes in 14th in terms of satisfaction with the treatment received during the last physician visit (1). In the patient-physician relationship, while it is expected that satisfaction rates would parallel the sense of trust in the physician, we believe that obtaining data specific to Türkiye could be more beneficial in understanding the reasons for this difference. Recent research indicates that dissatisfaction with healthcare services reduces trust in physicians (2). Trust is not a one-dimensional concept; it can be affected by issues in the delivery of healthcare in the country, individual socio-cultural factors, the patient's clinical situation, and communication, with its degree varying in each case. A mutual trust relationship enhances satisfaction rates and the process of treatment compliance. Otherwise, conflicts in the patient-physician relationship may increase, satisfaction rates may decline, and cases of violence against physicians, malpractice allegations, and defensive medicine practices may rise (3,4).

The World Medical Association has pointed out that the increase in malpractice allegations is due to a few reasons: while medical knowledge and technological advancements provide more opportunities for success than in the past, the interventions also come with greater risks. Additionally, there's the burden placed on physicians to limit healthcare costs, confusion between the right to health and the right to access and maintain health that isn't guaranteed, and the media's role in encouraging patients to complain about physicians, which leads to a loss of trust in physicians (5).

The media has a significant impact on the information, perceptions, and behaviors of society members. It's known that individuals use the Internet not only to gather information about diseases, available treatments, and side effects but also to learn about hospitals and physicians (6,7). According to data from a previous study, four out of ten adults closely follow health news presented in the media (8). According to the findings of another study, individuals tend to read news that has the most impact on their lives (9). It has previously been determined that there is a negative relationship between the increased internet usage of individuals and the trust in physicians. This negative relationship is said to be particularly evident among individuals with lower education levels and those who cannot evaluate the quality of information presented by the media (10,11)

Internet journalism entered Türkiye in the 1980s and has rapidly increased since the 2000s. Nowadays, news can reach more readers quickly on the internet. According to previously published research, it was determined that the media adopted the sensational news style in health journalism and turned the events into a spectacular narrative (12). It is not known how news about physicians in Türkiye affects the patient-physician relationship yet. According to the results of research published in China, it was determined that negative news about physicians negatively affected the perception of the patient-physician relationship among both inpatients and physicians (13). Such news not only undermines the dignity and reputation of institutions and members of the medical profession but also leads to an increase in patients' tendency to see themselves as victims of malpractice, resulting in a decline in public trust in healthcare services (6,14,15). Moreover, decision-makers are influenced by the media's agenda when it comes to creating new regulations related to patient treatment and care (15). In a study conducted in the United States in 2017, it was determined that Virginia hospitals filed 20,054 enforcement proceedings and 9,232 foreclosure cases. The authors also noted that hospitals are using aggressive debt collection techniques to pay for inflated medical expenses and garnishing the wages of low-income U.S. residents (16). After this article was published, a national debate about aggressive hospital billing practices began via the media. According to the results of the research published two years later, it was stated that 59% fewer lawsuits were filed in Virginia hospitals compared to the previous year and the hospitals changed their billing practices. The authors noted that media and patient advocacy initiatives have resulted in a decrease in debt and wage garnishment lawsuits filed with patients, with one large health system in Virginia even promising to change its billing policies after receiving negative media attention for an excessive number of medical debt lawsuits (17).

Today, as internet services continue to evolve, the media is reaching larger audiences. Therefore, professionals in the field must act by ethical standards. Truth, honesty, independence, objectivity, and neutrality are universal principles of media ethics that apply to media members in every country around the world. However, in countries that acquire knowledge about professional ethics, later on, these principles only become apparent when they are grounded in norms. The establishment of ethical principles in the history of journalism in Türkiye spans over half a century. The Press Honor Board was founded on July 24, 1960, through the collaboration of the Journalists' Association and the Journalists' Union. The Press Morals Law was established by the Press Honor Board to protect the press world from external influences and to impose responsibility on its members for their actions (18). Later, with the loss of functionality of the Press Honor Council, in 1972, the Journalists' Association adopted the 'Principles of Journalistic Morals' accepted by the International Press Institute. On February 6, 1988, the Press Council was established and published the Press Professional Principles. In 1997, the Turkish Journalists Association released the Declaration of Rights and Responsibilities of Turkish Journalists (19). Despite a significant amount of time passing since the beginning of journalistic ethics efforts in Türkiye, the issue of news not adhering to media ethics remains a topic of discussion. In today's world, where headlines and photos are crafted to maximize click rates rather than focusing on the quality of the news, there is a threat to news related to patients, physicians, and healthcare organizations, as approaches that prioritize quantity over substance have become dominant. For instance, it has been found that news published about individuals with mental health issues often contains stigmatizing elements (20). According to the findings of another study from the same field; it is stated that news published about individuals with mental illnesses includes “*Stigmatizing Statements*”, “*Statements Targeting Mental Health*”, “*Statements That Can Cause Negative Emotions*” and “*Statements Containing Misdiagnosis*” (21). The perception fueled by media can lead to questioning the trustworthiness of physicians and their knowledge (22). News that violates media ethics not only damages the reputation of a specific hospital or physician but also undermines the reputation of all members of the profession (23).

As far as we know, there hasn't been any study analyzing media ethics in malpractice news in Türkiye. However, according to the findings from studies conducted in different cultures, it has been determined that subjective news containing exaggerated and sensational expressions is presented to readers (14,15). This study aims to evaluate malpractice news from Turkish media in the context of media ethics.

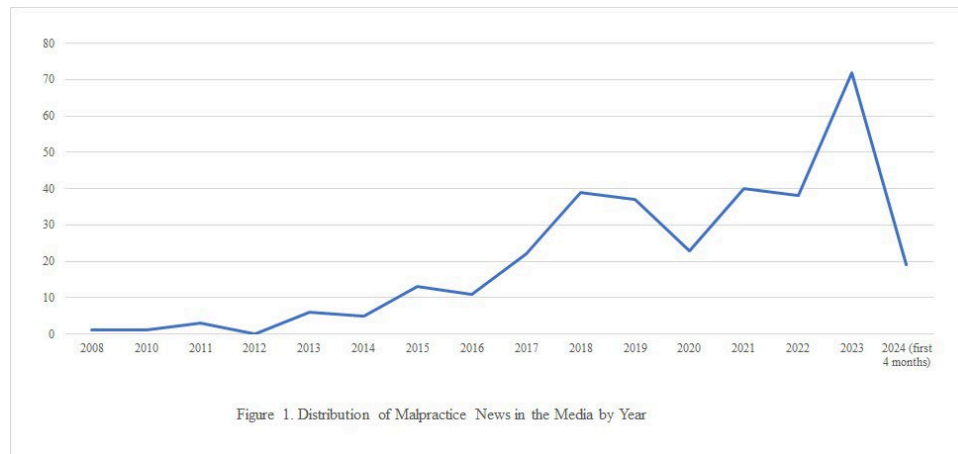
METHODS

Muğla Sıtkı Koçman University Faculty of Medicine Special Study Module is an educational activity that takes place during the first three years of medical education and aims to help students develop their independent learning skills in the fields they are interested in, to learn and apply the basic principles of scientific methodology, and to develop their skills in presenting scientific studies in written and oral form. Students carry out educational activities in the form of literature compilation or research on the subject they choose, depending on the objectives of the module. These activities allow the student to work on topics such as literature review, critical reading of articles, research planning, data collection, analysis, and data presentation (24). In the 2023-2024 academic year, the “*Medicine, Media and Ethics?*” course was opened by the responsible author within the scope of Muğla Sıtkı Koçman University Faculty of Medicine Special Study Module. Four second-year students who voluntarily chose this course were first given a theoretical lesson, which increased their awareness of the subject. During the course, students expressed that they wanted to take part in educational activities of the “original research” type. Later, under the guidance of the responsible author, a research design was created together with the students. The data for the research was collected independently through online newspaper reports and YouTube channel, using keywords like “*medical error*”, “*physician and medical error*”, “*doctor and medical error*”, “*wrong diagnosis lawsuit*”, “*wrong surgery lawsuit*”, “*doctor negligence*” and “*physician negligence*”. The data collection phase was completed between December 20, 2023, and April 3, 2024. During this stage, a total of 330 news reports were included in

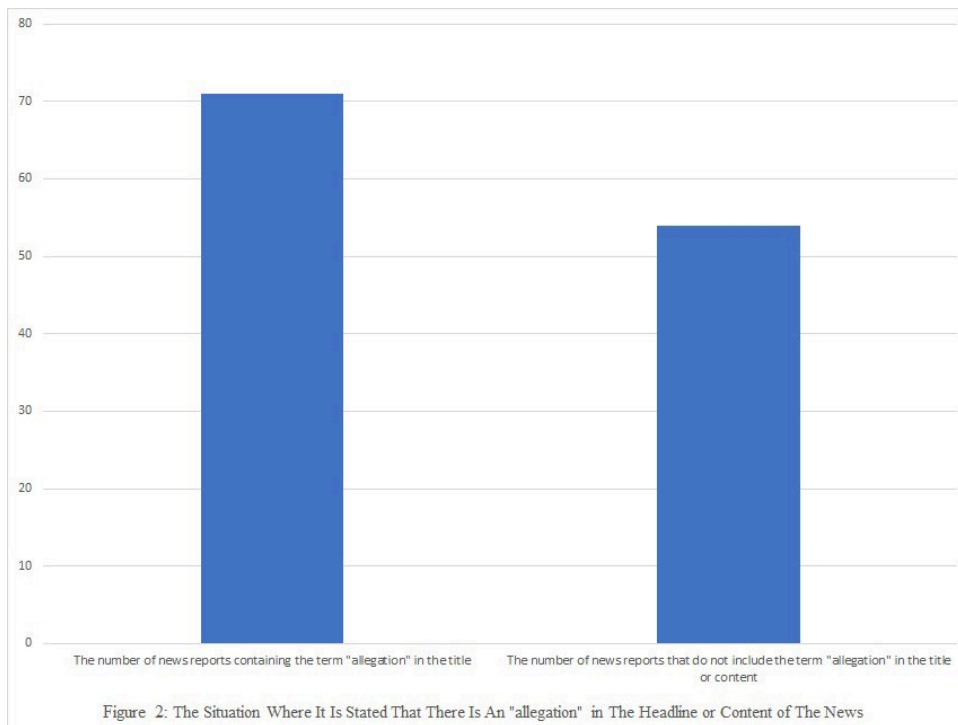
the research scope, consisting of 204 online newspaper reports and 126 news bulletins published on the YouTube channel. After the data was independently collected by the students, the responsible author worked one-on-one with each student to compare and verify the data they collected with the data gathered by herself. The analysis of the data looked at numerical distribution and utilized graphs for presentation. The writing process of the article was carried out by the responsible author. Ethics committee permission is not required since the research data were collected from a public database.

RESULTS

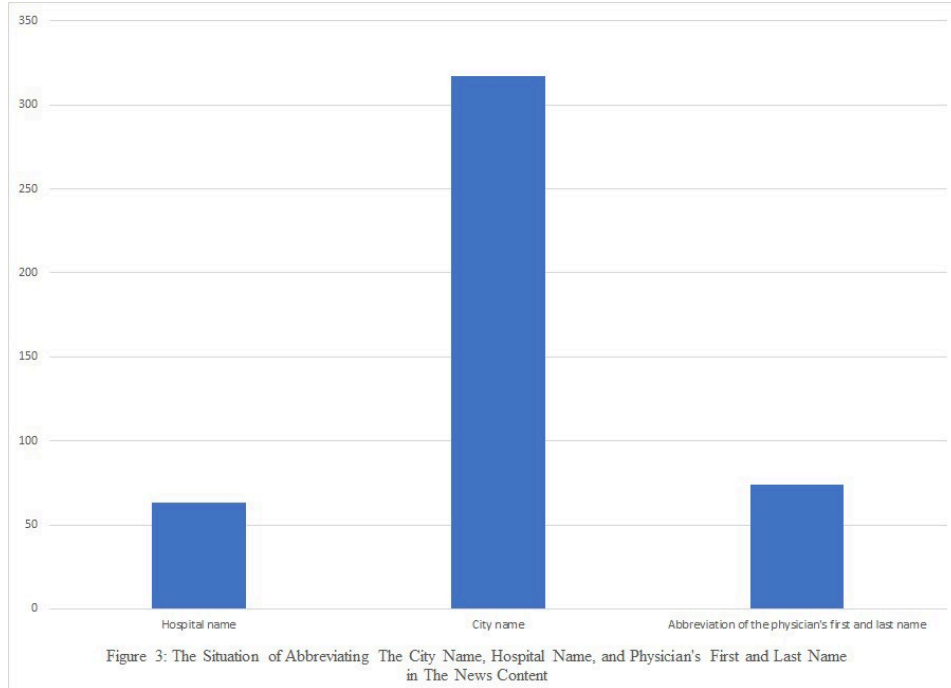
According to the findings of our research; while it was possible to access only one online news in 2008 and 2010, the number of news accessed reached 72 in 2023 (Figure 1).



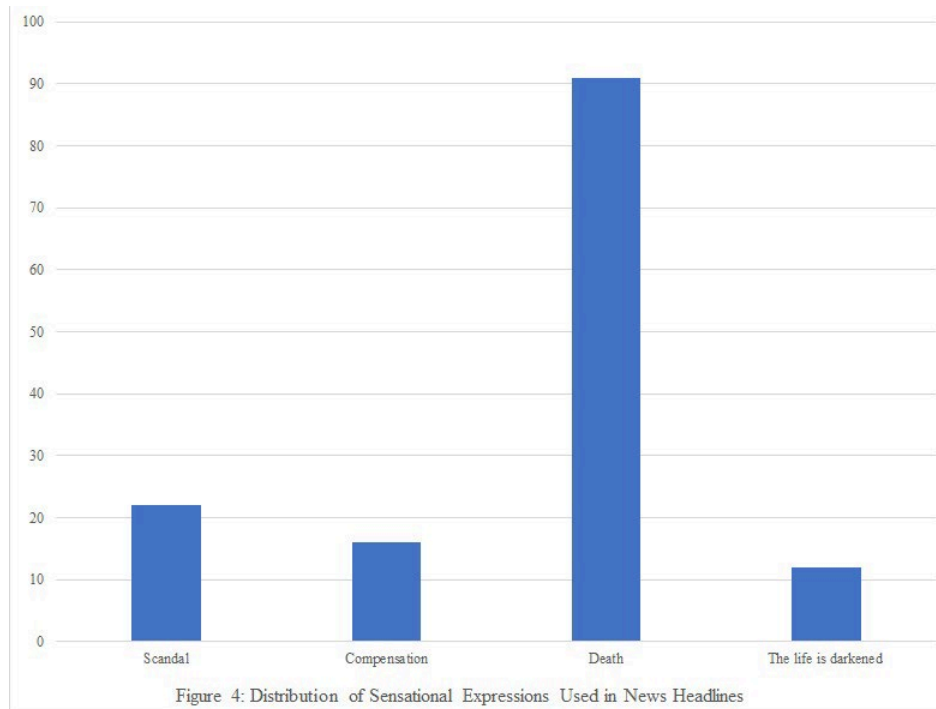
In 54 news reports, there is no mention of “*allegation*” either in the title or the content, while only 71 reports indicate “*allegation*” in the title (Figure 2).



Additionally, the name of the hospital was mentioned in 63 reports, the name of the city in 317 reports, and the abbreviation of the physician's name in 74 reports (Figure 3).



It has been determined that sensational expressions are used in some news headlines. In 22 headlines, the term “*scandal*” is mentioned, in 16 news “*compensation*” is brought up, and the concept of “*death*” is emphasized in 91 reports (Figure 4).



In some of the highlighted news stories, physicians are being accused of killing patients. Examples of sensational phrases used in the news are provided in Table 1.

Table 1. Sensational Statements Used in News Headlines

Sensational Statement	Example
Scandal	<ul style="list-style-type: none">Misdiagnosis scandal!Scandal at private hospital: They took her breasts saying "You're cancerous."Scandal in surgery: They left a surgical tool inside a woman's belly during the operation.Diagnosis scandal in hospital!Caesarean scandalScandal! A mother's hospital drama: They said there was inflammation, it turned out to be cancer...A scandalous incident occurred in Trabzon! A woman diagnosed with migraine died of a brain hemorrhage
Compensation	<ul style="list-style-type: none">Compensation of up to 4 million lira for negligence that left a person blind520 thousand lira compensation to the doctor for the wrong diagnosis allegation!Record compensation for fatal errorMillions in compensation for doctors' incredible negligence!Paralyzed from the Waist Down After Surgery: Hospital Issues False Information Fined 3 Million TL2 million compensation for the wrong diagnosisThey forgot some property in the abdomen of the patient they operated on: They won 82 thousand lira in compensation
Death	<ul style="list-style-type: none">Doctor negligence killedDid the doctor's negligence kill?Did a doctor's error kill the young man?The cry of the grieving father, my daughter was killed by neglectNeglect killed Nazlı
The life was darkened	<ul style="list-style-type: none">The wrong Diagnosis darkened her lifeHip surgery was darkened his life!The wrong diagnosis darkened her life, she dropped to 33 kilos and wants compensation for 6 yearsThe wrong diagnosis darkened her life! Her breasts were removed, and it turned out she wasn't cancerousThe wrong cancer diagnosis darkened his life! He went with stomach pain and was left 60 percent disabledThe wrong diagnosis darkened his life! He became unable to walk

DISCUSSION

According to the overall findings of our research, it has been determined that news about malpractice in the media has rapidly increased over time, often featuring exaggerated, sensational, and accusatory headlines aimed at enticing readers to engage with the reports. Additionally, the content of these news pieces poses a risk to the privacy of physicians. In previously published studies, it has been found that malpractice allegations often contained exaggerated, incomplete, and erroneous information, with a focus on inflated compensation, and that the subject of the lawsuits was presented subjectively and unilaterally (14,15,25).

Online journalism started in Türkiye on December 2, 1995, and has since continued to develop rapidly (26). The first finding of our research is that the significance of malpractice news in the media has significantly increased in recent years. While there were only a limited number of reports available between 2008 and 2014, there has been a rapid increase in the number of news in the last 10 years. There could be a few reasons for this situation. It might be related to the increase in internet usage over the past 10 years. Another reason is that patient-physician news can be a good source for newspapers to get triage. In this context, further research on the mentioned possibilities is needed. One notable finding in our study is the decreasing trend in malpractice reports in 2020. The reason for this is the COVID-19 pandemic and the restrictions that came with it. In 2020, when the pandemic started, news related to the pandemic was appealing to the public. Additionally, during this period, non-emergency surgeries were postponed. All of these factors could be reasons for the decrease in malpractice reports that year.

One of the important concepts in media ethics is objectivity. To ensure objectivity, it is needed to verify the information, for the journalist to avoid presenting their own opinion, and to state that the event is an “*allegation*” (25). According to the findings of our research, while every event reported in the media is an “*allegation*”. It’s the lack of emphasis on the “*allegation*” in some news headlines or content. The final decision regarding malpractice allegations in the judicial process varies with each case. It is a lengthy process that starts in local courts, continues in the regional appellate court, and ends in the Court of Cassation, the Council of State, or the Constitutional Court. Failure to specify that the event, for which legal certainty has not been proven, is merely an “*allegation*” in the media can mislead the public with incorrect information and can put the institution or physician involved in the event under suspicion. The Declaration of Rights and Responsibilities of Journalists published by the Turkish Journalists Association, states, “*In news where physicians or hospitals are accused, their opinions must also be sought*”. However, news is generally presented to the public based solely on the statements of patients and their relatives. Our research finding is in line with other studies that indicate the media often reports the patient-physician relationship mostly in a negative manner and focuses solely on the patient's viewpoint (15,27,28). Focusing solely on the statements of patients or their relatives can diminish trust in the patient-physician relationship and lead to negative feelings, thoughts, and behaviors toward physicians (28,29). When sensational news creates a negative perception in the patient-physician relationship, it may be more likely for affected individuals to respond negatively to physicians (13). In this case, it could mean an increase in conflicts in the patient-physician relationship and a rise in malpractice allegations in the future.

In the context of media ethics, protecting an individual’s privacy is one of the fundamental ethical values. In cases where publishing a person’s name could pose a problem, it is important not to provide information that would allow the individual to be identified. According to our research data, it’s common for news to include which city and which hospital the incident took place in, as well as to use the physician's name in an abbreviated form. Such news can be problematic, especially in small cities, as it easily allows for the physician to be identified and stigmatized. Allegations of malpractice and the lengthy judicial evaluation process present challenges for physicians. It has been previously established that investigations/lawsuits against physicians due to malpractice allegations lead to physical and mental health issues, result in defensive medical practices, cause physicians to experience burnout, and increase the risk of quitting the profession, thereby threatening patient safety (30,31). Physicians who are marked by incidents at the accusation stage may face such difficulties in their personal and professional lives, which can lead to violations of physicians’ rights and pose a threat to patient safety. In Türkiye, given that some healthcare institutions are unable to employ physicians and that the migration of physicians is increasing, approaches that violate physicians’ rights could hinder the effective continuation of healthcare services in the future.

Despite the emphasis in both international and national declarations on the journalist’s fundamental obligation to share accurate information with the public without exaggeration and to keep commentary and criticism separate, sensationalism remains another issue within media ethics. Journalists use sensational and exaggerated expressions to grab readers’ attention (32-34). These kinds of strategies aim to make news that contains negativity more interesting and memorable than positive or neutral news, and for that reason, attract more people to the news (35). Bachleda et al. (2020) suggest that individuals who hold negative views about a particular topic are more likely to seek out negative information (36). This situation might mean that people in the same group of illnesses or those who will undergo the same medical intervention tend to read more malpractice news. Overemphasis on the tension between patients and physicians, and exaggeration of mistakes, is increasing patients’ hostility towards physicians. Without in-depth analysis, overly negative news can lead to resilient feelings that could negatively impact public perception of the patient-physician relationship (13). One of our research findings is that some news reports accuse physicians of directly committing the act of “*killing*”. While one of the fundamental goals of medicine is to prevent unexpected deaths, we believe that labeling physicians, who have been an authority in the human quest for healing throughout the history of medicine, as “*killers*” represents a blow to the trust relationship between patients and physicians (37).

One of the reasons for the increase in malpractice allegations may be related to the compensation rates determined by the courts (6). Our research findings highlight that news headlines emphasize compensation amounts and feature phrases that make compensation rates appealing. In countries where economic stability cannot be ensured, making compensation attractive could increase baseless allegations in the future. On the other hand, each legal case comes with certain costs. According to a study analyzing the prevalence, characteristics, outcomes, and costs of malpractice allegations, including attorneys, experts, and court expenses, it has been determined that the costs of malpractice lawsuits are high (38). There hasn't been any study examining the cost analysis of malpractice allegations in Türkiye. In Türkiye, where economic stability hasn't been achieved, the prevalence of baseless malpractice allegations inevitably adds an extra burden to the economy.

CONCLUSION

Media can certainly contribute to the positive development of the patient-physician relationship. Reports created following the principles of honesty, neutrality, and objectivity can be an important tool not only in improving the patient-physician relationship and reducing the perception of distrust but also in establishing trust in the media. For example, according to a study evaluating the impact of fear and anxiety due to media usage on the patient-physician trust relationship; it has been determined that compared to before the pandemic, after the pandemic, the media's positive approach has resulted in physicians having a better image (28). A more positive patient-physician relationship can lead to higher satisfaction rates for both sides, reduce conflicts, and help effectively carry out the healthcare process. However, there are significant issues regarding media ethics in the reporting of malpractice news in the Turkish media. Especially the language used in headlines is often provocative and undermines trust in a profession that has been respected for centuries. Therefore, journalists and media organizations are responsible for adopting a professional approach to reporting malpractice news and minimizing its negative impact on society (13). The negative impact of media on public perception can promote a culture of litigation and lead to issues beyond just the increase in the number of lawsuits. Public perception fueled by such news can create problems not only in the selection of medical schools but also in specialization. These issues are significant because they can disrupt the provision of healthcare services in Türkiye, where problems related to physician migration are prevalent and some regions cannot employ specialists in certain fields. Lawmakers and professional organizations should take into account the media's role in the presentation of malpractice news and should intervene accordingly. In situations where there are no sanctions, the rise in news that fuels the media's perception of the future is inevitable. The data obtained in this study is limited to news that is accessible on the internet and focuses solely on the media's approach to presenting malpractice news. Further research is needed on how the media affects the trust relationship between patients and physicians, the extent to which media news impacts society, and whether it increases malpractice allegations.

Conflict of Interest Statement: In our study, there is no financial conflict of interest with any institution, organization, person and there is no conflict of interest between the authors.

Ethics Committee Approval: Ethics committee permission is not required since the research data were collected from a public database.

Funding: No financial support was received from any institution, organization or person in our study.

REFERENCES

1. Blendon RJ, Benson JM, Hero JO. Public trust in physicians-U.S. Medicine in International Perspective. *N Engl J Med*, 2014;371(17):1570-2.
2. Şengül H, Bulut A. Determination of the relationship between physician trust, medical mistrust, and self-confidence in the health services provided in Turkey. *HumanSciences*, 2020;17(4):1222-34.
3. Lu T, Xu Y, Wallace S. Internet usage and patient's trust in physician during diagnoses: A knowledge power perspective. *Asso for Info Science & Tech*, 2018;69(1):110-20.
4. Nie J, Cheng Y, Zou X, Gong N, Tucker JD, Wong B, et al. The vicious circle of patient-physician mistrust in China: Health professionals' perspectives, institutional conflict of interest, and building trust through medical professionalism. *Developing World Bioethics*, 2018;18(1):26-36.
5. World medical association statement on medical malpractice. World Medical Association; 2017 [cited 2024 sep 10]. Available from: <https://www.wma.net/policies-post/world-medical-association-statement-on-medical-malpractice/>.
6. Toraldo DM, Vergari U, Toraldo M. Medical malpractice, defensive medicine and role of the "media" in Italy. *Multidiscip Respir Med*, 2015;10(1):1-7.
7. Bujnowska-Fedak MM, Węgierek P. The impact of online health information on patient health behaviours and making decisions concerning health. *IJERPH*, 2020;17(3):880.
8. Brodie M, Hamel EC, Altman DE, Blendon RJ, Benson JM. Health News and the American Public, 1996-2002. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 2003;28(5):927-50.
9. Cooper CP, Roter DL. "If it bleeds it leads"? Attributes of TV health news stories that drive viewer attention. *Public Health Reports*, 2000;115(4):331.
10. Meng L, Yu X, Han C, Liu P. Does internet use aggravate public distrust of doctors? Evidence from China. *Sustainability*, 2022;14(7):3959.
11. Gao Q, Wang X, Lin Z, Liao Z. Internet usage time and trust in doctors: Evidence from China. *BMC Public Health*, 2024;24(1):2891.
12. Taylan A, Ünal R. Ana Akım Medyada Sansasyonel Habercilik: Sağlık İletişimi Örneği. *Atatürk İletişim Dergisi*, 2017;14:27-44.
13. Sun J, Liu S, Liu Q, Wang Z, Wang J, Hu CJ, et al. Impact of adverse media reporting on public perceptions of the doctor-patient relationship in China: An analysis with propensity score matching method. *BMJ Open*, 2018;8(8):e022455.
14. Lupaşcu N, Bulgaru-Iliescu D, Rotaru TŞ. Malpractice in the Romanian Media: A descriptive study. *Revista Romana de Bioetica*, 2014;12(4):96-119.
15. Khasru MR, Haseen F, Yunus S, Marzen T, Siddiq AB, Hossain KM et al. Bangladesh health journalism: A pilot study exploring the nature and quality of newspaper health reporting. *International Journal of Frontiers in Life Science Research*, 2021;1(2):016-027.
16. Bruhn WE, Rutkow L, Wang P, Tinker SE, Fahim C, Overton HN et al. Prevalence and characteristics of Virginia hospitals suing patients and garnishing wages for unpaid medical bills. *JAMA*, 2019;322(7):691-692.
17. Paturzo JGR, Hashim F, Dun C, Boctor MJ, Bruhn WE, Walsh C, et al. Trends in hospital lawsuits filed against patients for unpaid bills following published research about this activity. *JAMA*, 2021;4(8):2121926.
18. Altıntop M, Bak G. Türkiye'de Basın Özdenetimi. Ankara: İksad Publications, 2020.
19. Koloğlu O. Türkiye'de Basın Meslek İlkelerinin Evrimi [The evolution of press ethics in Turkey]. *Istanbul University Journal of Sociology*, 2012; 3(5):71-84.
20. Aci OS, Ciydem E, Bilgin H, Ozaslan Z, Tek S. Turkish newspaper articles mentioning people with mental illness: A retrospective study. *Int J Soc Psychiatry*, 2020;66(3):215-24.
21. Bilkay Hİ, Yaman Ö, Gürhan N, Yılmaz-Bingöl T. A study on the representation of mental disorders in Turkish newspapers. *Journal of Mental Health*, 2024;33(2):185-92.
22. Meyer SB, Ward PR. Do your patients trust you? A sociological understanding of the implications of patient mistrust in healthcare professionals. *Australasian Medical Journal*, 2008;1(1):1-12.
23. Till B, Arendt F, Niederkrotenthaler T. Effects of media portrayals of alleged malpractice in psychiatry and response strategies to mitigate reputational damage: Randomized controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 2021;138:456-62.
24. Özel Çalışma Modülü Dersi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2022 [cited 2024 Sep 12]. Available from: <https://tip.mu.edu.tr/tr/ozel-calisma-modulu-dersi-special-study-module-course-6650>
25. Nicola G, Gheorghiu I, Scarlatescu S, Constantinescu F, Perlea P. Managing the relationship with the press in the context of medical malpractice accusation. *RJLM*, 2020;28(3):348-54.
26. Özgen M. İnternet ve Türkiye'de İnternet Gazeteciliği. *Istanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 2000;(10):57-64.
27. Soh, IY, Money SR, Huber TS, et al. Malpractice allegations against vascular surgeons: Prevalence, risk factors, and impact on surgeon wellness. *J Vasc Surg*, 2022;75(2):680-686.

28. Chen Y, Wu J, Ma J, Zhu H, Li W, Gan Y. The mediating effect of media usage on the relationship between anxiety/fear and physician-patient trust during the COVID-19 pandemic. *Psychology & Health*, 2022;37(7):847-66.
29. Blatt B, LeLacheur SF, Galinsky AD, Simmens SJ, Greenberg L. Does perspective-taking increase patient satisfaction in medical encounters?. *Academic Medicine*, 2010;85(9):1445-52.
30. Dırvar F, Uzun Dırvar S, Kaygusuz MA, Evren B, Ozturk I. Effect of malpractice claims on orthopedic and traumatology physicians in Türkiye: A survey study. *AOTT*, 2021;55(2):171-6.
31. Liang BA, Maroulis J, Mackey TK. Understanding medical malpractice lawsuits. *Stroke*, 2023;54(3): 95-99.
32. Global Charter of Ethics for Journalists. International Federation of Journalists; 2019 [cited 2024 sep 11]. Available from: <https://www.ifj.org/who/rules-and-policy/global-charter-of-ethics-for-journalists>
33. Basın Meslek İlkeleri. Basın Konseyi; 1988 [cited 2024 sep 10]. Available from: <https://www.basinkonseyi.org.tr/basin-meslek-ilkeleri/>
34. Vojinović M, Jevtović A, Torlak N. The media's ethics. *IIMT*, 2023;2(1):59-63.
35. Zhang M, Wu H, Huang Y, Han R, Fu X, Yuan Z, et al. Negative news headlines are more attractive: Negativity bias in online news reading and sharing. *Curr Psychol*, 2024;43(38):30156-69.
36. Bachleda S, Neuner FG, Soroka S, Guggenheim L, Fournier P, Naurin E. Individual-level differences in negativity biases in news selection. *Personality and Individual Differences*, 2020; 155:109675.
37. Jonsen AR, Siegler M, Winslade WJ. *Clinical ethics: A practical approach to ethical decisions in clinical medicine*. Sixth edition, New York: McGraw Hill, 2006.
38. Studdert DM, Mello MM, Gawande AA, Gandhi TK, Kachalia A, Yoon C, et al. Claims, errors, and compensation payments in medical malpractice litigation. *N Engl J Med*, 2006;354(19):2024-33.

Gebelerin Sağlık Denetim Algıları, Annelik Beklentileri, Mutluluk ve Prenatal Bağlanma Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi ve Etik Boyutu: Tanımlayıcı ve Kesitsel Bir Çalışma

Determination of the Relationship Between Pregnant Women's Health Control Perceptions, Maternity Expectations, Happiness and Prenatal Attachment Levels and Its Ethical Dimension: A Descriptive and Cross-Sectional Study

Tülin UÇAR^a, Meltem AKBAŞ^b

Özet

Amaç: Bu araştırma, gebelerin sağlık denetim algıları, annelik beklentileri mutluluk ve prenatal bağlanma düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve bu durumun etik açıdan değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma 15 Mart 2020-15 Mart 2021 tarihleri arasında tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi polikliniklerine başvuran gebe kadınlar, örnekleme ise 393 gebe oluşturmuştur. Çalışma için etik kurul onayı, hastaneden izin ve katılımcılardan bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Veriler, Kişisel Bilgi Formu, Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği, Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri, Karşılıklı Mutluluk Ölçeği, Doğum Öncesi Annelik Beklentileri Ölçeği ile toplanmıştır. Veriler IBM SPSS Statistics 24 paket programında analiz edilmiştir. Kritik anlamlılık değeri $p < 0,05$ olarak alınmıştır. **Bulgular:** Gebelerin yaş ortalamasının $27,33 \pm 5,90$ olduğu, %31,8'inin ilköğretim ve altı eğitim düzeyinde olduğu, %69,0'ının gebeliğinin planlı olduğu ve %47,1'inin doğumla ilgili kaygı hissettiği belirlenmiştir. Doğum öncesi anne beklentileri toplam puanı ile karşılıklı mutluluk, gerçekçi olmayan olumlu beklenti ve gerçekçi olmayan olumsuz beklenti puanları arasında pozitif yönde, sırasıyla zayıf/yüksek/orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Bağlanma envanteri ile karşılıklı mutluluk, gerçekçi olmayan olumlu beklenti, gerçekçi olmayan olumsuz beklenti ve doğum öncesi anne beklentileri toplam puanları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Anne karnındaki bebek sağlık denetim odağı toplam puanları ile içsel, şansa bağlı ve güçlü değerlerine bağlı puanları arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir. **Sonuç:** Çalışmanın bulgularına göre, gebelerin sağlık denetim algıları, annelik beklentileri mutluluk ve prenatal bağlanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu görülmüştür. Bu durumda sağlık çalışanlarının gebe, fetus ve ailesini etik ilkeler çerçevesinde bir bütün olarak değerlendirip gerekli bakım, eğitim hizmetlerinin sürdürülmesini sağlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Etik; denetim odağı; maternal bağlanma; annelik beklentileri; mutluluk.

Abstract

Aim: This study aims to determine the relationship between pregnant women's health control perceptions, maternity expectations, happiness and prenatal attachment levels and to evaluate this situation from an ethical perspective. **Materials and methods:** This descriptive and cross-sectional study was conducted between the 15th of March 2020 and the 15th of March 2021. The target population included pregnant women who applied to Gaziantep Cengiz Gökçek Maternity and Children Hospital polyclinic, and the sample included 393 pregnant women. Ethics committee approval, hospital's permission and participants' informed consent was obtained for the study.

^a Ebe, Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Gaziantep, Türkiye. ✉ aydan_dundar@hotmail.com ORCID: 0000-0002-1587-9404

^b Doktor Öğretim Üyesi, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Adana, Türkiye. ✉ makbaskanat@gmail.com ORCID: 0000-0002-5845-0552

Gönderim Tarihi: 26 Kasım 2024 • Kabul Tarihi: 11 Aralık 2024

Data were collected through the Socio-demographic Form, Fetal Health Monitoring Focus Scale, Antenatal Attachment Inventory, the Mutual Happiness Scale, and Antenatal Maternal Expectations Scale. Data were analyzed in IBM SPSS Statistics 24 package program. Statistical significance was taken $p < 0,05$. **Findings:** The average age of the pregnant women was $27,33 \pm 5,90$ years, 31,8% had an education level of primary school or below, 69,0% had a planned pregnancy, and 47.1% felt anxious about labor. A positive relationship was detected between the antenatal maternal expectations total score and mutual happiness, unrealistic positive expectation, and unrealistic negative expectation scores, low/high/medium-level and statistically significant relationship respectively. A positive, weak, and statistically significant relationship was reported between the attachment inventory and mutual happiness, unrealistic positive expectation, unrealistic negative expectation and antenatal maternal expectations total scores. A positive, medium-level and statistically significant relationship was found between Fetal Health monitoring total scores and the scores of intrinsic, chance-related, and depended on strong values. **Conclusion:** The findings of this study revealed a statistically significant relationship between pregnant women's health control perceptions, maternity expectations, happiness and prenatal attachment levels. In this case, within the framework of pregnant and fetus rights, health workers should evaluate the pregnant woman, fetus and family as a whole and ensure that the necessary care and education services are continued.

Keywords: Ethics; control perceptions; maternal attachment; maternal expectations; happiness.

GİRİŞ

Fizyolojik bir süreç olan gebelik, hem annenin hem de bebeğin sağlığını ilgilendiren kadının doğurganlık döneminde yaşadığı en önemli deneyimlerden biridir (1). Kadının fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak gebeliğe hazır olması, gebeliği istemesi, benimsemesi ve olumlu sağlık davranışları gösterebilmesi anne bebek sağlığı açısından önemlidir (1,2). Sağlıklı gebelik süreci, sağlıklı bebek sahibi olabilmenin yollarından birisidir.

Gebe kadının, doğmamış bebeğine sevgi, şefkat ve ilgi göstermesi, bebeğini beslemesi ve koruması, etkileşim kurması ve bebeğinin ihtiyaçlarına karşı duyarlı olması bağlanma ile ilgili duygularıdır (3). Denetim odağının doğum öncesi sağlık önerilerine uyumu etkilediği, ayrıca dışsal denetimi olan gebelerin, iç denetimli olanlara göre uyumun daha uzun süre olduğu saptanmıştır. Bu nedenlerle hem anne hem de bebeğin sağlığını ilgilendiren gebelik dönemi, denetim odağını saptamanın ve uygun girişimlerde bulunmanın gerekli olduğu önemli evrelerden biridir. Gebelik çoğu kez bir neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olarak görülmekte, aynı zamanda anne baba olacak ebeveynlerin toplum içindeki saygınlığını da arttırmaktadır (3,4,5,6). Beklenti, gerçekleşmesi beklenen şey anlamına gelmektedir. Kadınların gebelik beklentileri karmaşık, nesnel, çok boyutlu ve dinamiktir. Yapılan çalışmalarda kadınların olumlu ve olumsuz gebelik beklentilerinin birlikte olabildiği belirlenmiştir (5).

Fizyolojik bir durum olan gebelikte gebe kadının sağlık denetiminin, gebelikten beklentisinin, mutluluk ve prenatal bağlanma durumunun sağlıklı bir şekilde ilerleyişi takip edilmelidir. Gebe kadına yönelik yapılacak bu değerlendirmelere dayalı alınacak önlemler, doğum korkusunun azalıp normal doğum oranının artırılmasına, gebelerde prenatal distres ile başa çıkma becerilerinin geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılmasına, gebelik döneminde kadınların sosyal destek düzeyinin geliştirilmesi için aile ile iş birliği yapılmasına katkıda bulunacaktır. Gebe kadının korku ve endişelerini gidermek, anne ve baba adaylarının yeni rollerine uyumunu sağlamak, gebelerin kontrol odağını güçlendirmek, gebelikten beklentilerini ve mutluluk düzeylerini artırmak için eğitim programları planlanmalıdır. Fizyolojik bir durum olan gebelikte gebe kadının sağlık denetiminin, gebelikten beklentisinin, mutluluk ve prenatal bağlanma durumunun sağlıklı bir şekilde ilerleyişi takip edilmeli ve rutin uygulamaların dışında da gerekli etkili önlemler alınmalıdır. Gebe kadına yönelik yapılacak bu değerlendirmelere dayalı alınacak önlemler, doğum korkusunun azalıp normal doğum oranının artırılmasına, gebelerde prenatal distres ile başa çıkma becerilerinin geliştirilmesine yönelik çalışmaların yapılmasına, gebelik döneminde kadınların sosyal destek düzeyinin geliştirilmesi için aile ile iş birliği yapılmasına katkıda bulunacaktır. Gebe kadının korku ve endişelerini gidermek, anne ve baba

adaylarının yeni rollerine uyumunu sağlamak, gebelerin kontrol odağını güçlendirmek, gebelikten beklentilerini ve mutluluk düzeylerini artırmak için eğitim programları düzenlenmelidir (7,8,9,10,11).

Etik, indirgeyici bir betimlemeyle, davranışlar bağlamında iyiyi ve kötüyü ayırt edebilmektir. Tıp etiği ise işlevsel açıdan sağlık profesyonellerinin mesleki eylemleriyle ilgili bir özdenetim mekanizmasıdır. Tıp etiği ilkeleri en genel çerçevede özerklik, zarar vermeme, yararlı olma, adalet ilkeleridir. Sağlık çalışanları profesyonel eylemlerini yerine getirirken kimi zaman değer çatışmaları - etik ikilemler yaşamaktadırlar. Etik ikilemler, kadın sağlığı dahil her alanda karşımıza çıkarak sağlık profesyonellerini zorlamanın yanı sıra dolaylı olarak bireylerin sağlığını da olumsuz etkileyebilmektedir. Etik ikilemler, çözümü kolay olmayan, çözüm bulabilmek için etik ilkelerin kriter alındığı durumlardır. Bu çerçevede etik karar vermenin ve onunla bağlantılı olarak etiğe uygun eylemlerde bulunmanın sağlam bir kuramsal arka planı bulunması gereklidir (12,13,14). Gebelerin takibinden ve bakımından sorumlu hekim, hemşire ve ebelerle, gebe kadınlar arasındaki ilişki etik bir ilişkidir. İlişkinin böyle olması, gebe kadınların rutin bakımının ve takibinin uygun biçimde yürütülmesinin yanı sıra gebenin ve anne karnındaki bebeğin dolayısıyla ailenin daha sağlıklı olmasının, hekimler-hemşireler-ebeler ile gebe kadın arasında daha sıcak ve insani bağ kurulmasını sağlar (15).

Literatürü incelediğimizde, gebe kadınların sağlık denetim algıları, anne beklentileri, mutluluk ve prenatal bağlanma arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve bu durumun etik açıdan değerlendirilmesine yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma konuların bir araya getirilişi, işlenişi ve çalışmanın amacı açısından orijinaldir (7,8,9,10,11,16,17,18).

Bu çalışmada elde edilen verilerin sahada hekim, hemşire ve ebeler tarafından, gebe kadınların takip edilmesi, gereksinimlerinin belirlenmesi, girişimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi için kullanılması öngörülmüş olup anne ve çocuk sağlığı ve dolayısıyla toplum sağlığı açısından son derece önemlidir. Bu nedenle oluşabilecek etik sorunları önlemek için ebelerin, hemşirelerin ve hekimlerin etik ve etik ilkeler hakkında bilgi sahibi olması ve mesleki etik kurallara bağlı kalarak eylemlerini biçimlendirip uygulamaları gereklidir (12,13,14).

Araştırmanın Amacı

Araştırma, gebelerin sağlık denetim algıları, annelik beklentileri, mutluluk ve prenatal bağlanma düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve durumun etik açısından değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırma Sorusu

Gebelerin, sağlık denetim algıları, annelik beklentileri, mutluluk ve prenatal bağlanma düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Amacı ve Tipi

Bu araştırma, gebelerin sağlık denetim algıları, annelik beklentileri, mutluluk ve prenatal bağlanma düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve durumun etik açısından değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma 15 Mart 2020-15 Mart 2021 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın evrenini, Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi polikliniklerine başvuran gebeler oluşturmuştur. İlgili hastanede 2019 yılında polikliniklere başvuran gebe sayısı yaklaşık 21600'dür. Örneklem, "National Statistical Service Sample Size Calculator" ile hesaplanmıştır. Yüzde 5 hata payı ve %95 güven aralığında belirlenen örneklem sayısı 393'tür. Örneklem, küme örnekleme yöntemlerinden oranlı olasılığa dayalı örnekleme yöntemi kullanılarak belirlenmiştir. Gebelerin sağlık denetim algıları, annelik beklentileri, mutluluk ve prenatal bağlanma düzeylerini arasındaki ilişkiyi etkileyebilecek faktörler göz önünde bulundurulduğunda örnekleme trimesterler ve doğum sayısı eşitlenmiştir. Örneklemi 393 gebe kadın oluşturmuştur.

Örneklem Sayıları ve Oranlar

I. trimester 131 (Nullipar: 43, Primipar: 44, Multipar: 44)

II. trimester 131 (Nullipar: 43, Primipar: 44, Multipar: 44)

III. trimester 131 (Nullipar: 43, Primipar: 44, Multipar: 44)

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18-35 yaş arası olan
- Türkçe konuşabilen
- İletişim kurmaya engel bir durumu olmayan
- Çalışmaya katılmaya gönüllü
- Eşi yaşayan gebe kadınlar alınmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verileri, Kişisel Bilgi Formu, Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği (AKBSDOÖ), Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri, Karşılıklı Mutluluk Ölçeği, Doğum Öncesi Annelik Beklentileri Ölçeği ile toplanmıştır.

Kişisel bilgi formu

Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda hazırlanan kişisel bilgi formu sosyo-demografik özelliklere ilişkin 9, gebeliğine ilişkin 10 soru olmak üzere 19 sorudan oluşmaktadır (7,8,9,10,11,16,17,18).

AKBSDOÖ

Labs ve Wurtele tarafından 1986 geliştirilen “Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği” Türk Toplumuna Duyan ve arkadaşları tarafından 2012 yılında uyarlanmıştır (19). AKBSDOÖ Cronbach- α katsayısı 0,802’dir. Ölçek, İçsel Sağlık Denetim Odağı (1, 6, 8, 12, 15 ve 17. maddeler), Şansa Bağlı Sağlık Denetim Odağı (2, 4, 9, 11, 14 ve 16. maddeler) ve Güçlü Değerlerine Bağlı Sağlık Denetim Odağı (3, 5, 7, 10, 13 ve 18. maddeler) olmak üzere üç alt ölçek ve toplam 18 maddeden oluşmaktadır. Maddelerde belirtilen düşünceye, bireylerden “Hiç katılmıyorum = 0”, ile “Tamamen katılıyorum = 9” arasındaki derecelerde görüş bildirmeleri istenmektedir. Dolayısıyla her bir alt ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 54 arasında değişmektedir. Ölçekten alınan yüksek puanlar, “içsel güce”, “şansa” ya da “güçlü değerlerine” yönelik tutumların olumlu; düşük puanların ise olumsuz tutum olduğu anlamına gelmektedir (19). Bizim çalışmamızda AKBSDOÖ Cronbach- α katsayısı 0,728’dir.

Doğum öncesi annelik beklentileri ölçeği

Doğum Öncesi Annelik Beklentileri Ölçeği, Coleman, Nelson ve Sundre (1999) tarafından annenin gebelik dönemindeki gebeliğe ve anneliğe olan uyumunu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek beşli likert tipte ve öz-bildirime dayalı olup, “1=Kesinlikle Katılmıyorum”, “2=Katılmıyorum”, “3=Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum”, “4=Katılıyorum”, “5=Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde puanlanmaktadır. Türkçe formunun uyarlaması Şendil ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılmıştır (20). Ölçek iki alt boyut ve 34 madde içermektedir. “Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklentiler” alt boyutu annenin doğum ve annelik rolüne dair olumlu beklentilerini ölçen 21 madde, “Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklentiler” alt boyutunda ise doğum ve annelik rolüne dair olumsuz beklentileri değerlendiren 13 madde bulunmaktadır. Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklentiler alt boyutunda yer alan 13 maddeler ters puanlanan maddelerdir. Ölçekten en çok 170, en düşük ise 34 puan alınmaktadır. Alınan yüksek düzeydeki puanlar gerçekçi olmayan olumlu beklentiyi, düşük puan düzeydeki puanlar gerçekçi olmayan olumsuz beklentiyi, orta düzeydeki puanlar ise gerçekçi beklentiyi ifade etmektedir.

Güvenirlilik çalışmasında Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklentiler alt boyutunun Cronbach alfa katsayı 0,95, Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklentiler alt boyutunda ise 0,87 olarak bulunmuştur (20). Bizim çalışmamızda ise, Cronbach alfa katsayısı Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklentiler için 0,82, Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklentiler için 0,84, ölçek toplam puanı için 0,819 olarak bulunmuştur.

Doğum öncesi bağlanma envanteri

Muller tarafından 1993 yılında geliştirilen Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri (Prenatal Attachment Inventory) Türk toplumuna Duyan ve arkadaşları tarafından 2013 yılında uyarlanmıştır (21). Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri'nde fetusa duygusal bağlanmayı ölçmeyi amaçlayan toplam 21 madde bulunmaktadır. Her bir maddede belirtilen ifadeye “Neredeyse hiçbir zaman=1 puan”, “Bazen=2 puan”, “Çoğunlukla=3 puan” ve “Neredeyse her zaman=4 puan” seçeneklerinden birini seçmesi istenmektedir. Envanterde yer alan ifadelerin hiçbiri tersine puanlanmamaktadır. Envanterden alınabilecek toplam puan 21 ile 84 arasında değişmekte olup, alınan yüksek puanlar doğum öncesi bağlanma düzeyinin yüksek; düşük puanların ise doğum öncesi bağlanma düzeyinin düşük olduğu anlamına gelmektedir (21). Doğum öncesi bağlanma envanteri Cronbach- α katsayısı 0,789'dur. Bizim çalışmamızda Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri Cronbach- α katsayısı 0,869'dur.

Karşılıklı mutluluk ölçeği

Ölçek, Hitokoto ve Uchida tarafından 2015 yılında geliştirilmiştir. Ölçek, Ekşi ve arkadaşları tarafından 2017 yılında Türkçe'ye uyarlanmıştır (19). Karşılıklı mutluluk ölçeği Cronbach- α katsayısı 0,835'tir. 0-20 arası çok düşük; 21-40 arası düşük; 41-60 arası orta; 61-80 arası yüksek ve 81-100 arası çok yüksektir (22). Bizim çalışmamızda Cronbach- α katsayısı 0,829'dur.

Verilerin Toplanması

Araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve bilgilendirilmiş onamları alınan gebeler çalışmaya dahil edilmiştir. Veriler araştırmacı tarafından gebe polikliniklerinde yüz yüze görüşme yöntemi ile gebe kadınların öz bildirimlerine göre toplanmıştır. Veriler gebe kadınların uygun olduğu zaman ve sessiz, sakin bir ortam sağlanarak toplanmıştır. Veri toplama formlarının doldurulması yaklaşık 15-20 dk sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi

İstatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 24) paket programında yapılmıştır. Bulguların yorumlanmasında frekans tabloları ve tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olan ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde “Pearson” korelasyon katsayısı; normal dağılıma sahip olmayan ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde “Spearman” korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışma için bir üniversitenin Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Karar no: 96/88 Ekim 2020) onay alınmıştır. Araştırma yapılacak hastaneden izin ve araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılarından bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Bu çalışma araştırmaya katılan gebelere ve araştırmanın yürütüldüğü hastaneye ek bir maliyet getirmemiştir.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

A Araştırma, 15 Mart 2020-15 Mart 2021 tarihleri arasında, Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi polikliniklerine başvuran, 18-35 yaş arasındaki çalışmaya gönüllü olarak katılan ve iletişim sorunu olmayan, eşi yaşayan gebe kadınlar ile sınırlıdır.

BULGULAR

Tablo 1. Gebe kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgular (N=393)

Değişkenler	n	%
Yaş grupları [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 27,33 \pm 5,90$ (yıl)]		
≤20	63	16,0
21-25	99	25,2
26-30	115	29,3
>30	116	29,5
Eğitim düzeyi		
İlkokul veya altı	125	31,8
Ortaokul	142	36,1
Lise	101	25,7
Lisans veya üzeri	25	6,4
Medeni durum		
Evli	388	98,7
Bekar/boşanmış	5	1,3
Çalışma durumu		
Çalışıyor	53	13,5
Çalışmıyor	340	86,5
Eş çalışma durumu		
Çalışıyor	351	89,3
Çalışmıyor	42	10,7
Gelir düzeyi		
İyi	71	18,1
Orta	249	63,3
Kötü	73	18,6
Sağlık güvencesi		
Var	289	73,5
Yok	104	26,5
Yaşanan yer		
İl	96	24,4
İlçe	234	59,5
Köy	63	16,1
Aile tipi		
Çekirdek aile	293	74,6
Geniş aile	98	24,9
Parçalanmış aile	2	0,5
Evlilik süresi [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 7,13 \pm 5,69$ (yıl)]		
≤1 yıl	66	16,8
2-5 yıl	137	34,9
6-9 yıl	65	16,5
≥10 yıl	125	31,8

Tablo 1’de gebe kadınların sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir (Tablo 1).

Tablo 2. Gebe kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin bulgular (N=393)

Değişkenler	n	%
Gebelik sayısı		
1	92	23,4
2	87	22,1
3	73	18,6
4 ve üzeri	141	35,9
Gebelik dönemi [$\bar{X} \pm S.S. \rightarrow 21,09 \pm 11,10$ (hf.)]		
1-13 hafta arası (1. trimester)	131	33,3
14-26 hafta arası (2. trimester)	131	33,3
27-41 hafta arası (3. trimester)	131	33,3
Planlı gebelik durumu		
Evet	271	69,0
Hayır	122	31,0
Daha önce gebelik tedavisi alma		
Evet	65	16,5
Hayır	328	83,5
Düzenli doktor kontrolüne gitme		
Evet	322	81,9
Hayır	71	18,1
Gebeliğin kattığı değerler*		
Saygınlık	194	49,4
Özgüven	152	38,7
Maddi-manevi özgürlük	134	34,1
Kadın olduğunu hissetme	181	46,1
Sorumluluk	345	87,8
Bağımlılık	1	0,3
Gebeliğin en fazla hissettirdiği duygular*		
Sevinç	279	71,0
Korku	245	62,3
Mutluluk	248	63,1
Endişe	175	44,5
Kaygı	150	38,2
Pişmanlık	46	11,7
Anksiyete	54	13,7
İşyan	14	3,6
Doğuma hazırlık sınıfına gitme		
Evet	11	2,8
Hayır	382	97,2
Doğumla ilgili kaygı hissetme		
Evet	185	47,1
Hayır	106	27,0
Kısmen	102	25,9

*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.

Tablo 2’de gebe kadınların obstetrik özelliklerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir. (Tablo 2).

Tablo 3. Gebe kadınların sağlık denetim algıları, annelik beklentileri, karşılıklı mutluluk ve prenatal bağlanma ölçeklerinin puan ortalamalarına ilişkin bulgular (N=393)

Ölçekler	Ortalama	Standart sapma	Medyan	Min.	Max.
Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri	47,29	9,65	47,0	23,0	78,0
Anne karnındaki bebek sağlık denetim odağı ölçeği	109,50	11,24	109,0	73,0	144,0
İçsel	40,17	4,53	40,0	24,0	51,0
Şansa bağlı	29,33	7,22	29,0	10,0	53,0
Güçlü değerlerine bağlı	40,00	4,69	40,0	21,0	52,0
Karşılıklı Mutluluk Ölçeği	30,26	6,84	31,0	9,0	45,0
Doğum Öncesi Annelik Beklenti Ölçeği	116,30	13,81	119,0	61,0	147,0
Gerçek olmayan olumlu beklenti	78,71	12,07	81,0	26,0	101,0
Gerçek olmayan olumsuz beklenti	37,59	6,61	38,0	19,0	55,0

Tablo 3’de gebe kadınların sağlık denetim algıları, annelik beklentileri, karşılıklı mutluluk ve prenatal bağlanma ölçeklerinin puan ortalamalarına ilişkin bulgulara yer verilmiştir. Çalışmamızda gebe kadınların Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri puan ortalaması 47,29±9,65 (min-max 23,00-78,0), anne karnındaki bebeğin sağlık denetim odağı ölçeği ortalama puan 109,50±11,24 (min-max 73,0-144,0) olup 3 alt boyuttan oluşmaktadır. İçsel alt boyut puan ortalaması 40,17±4,53 (min-max 24,0-51,0) şansa bağlı alt boyut puan ortalaması 29,33±7,22 (min-max 10,0-53,0) güçlü değerlerine bağlı alt boyut puan ortalaması 40,00±4,69 (min-max 21,0-52,0) olarak bulunmuştur. Gebe kadınların karşılıklı mutluluk ölçeğinden aldığı puan ortalaması 30,26±6,84 (min-max 9,0-45,0) bulunmuştur. Doğum Öncesi Annelik Beklentileri Ölçeği toplam puan ortalaması 116,30±13,81 (min-max 61,0-147,0) olup gerçek olmayan olumlu beklenti alt boyutu puan ortalaması 78,71±12,07 (min-max 26,0-101,0) gerçek olmayan olumsuz beklenti alt boyutu puan ortalaması 37,59±6,61 (min-max 19,0-55,0) olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 4. Gebe kadınların sağlık denetim algıları, annelik beklentileri, mutluluk ve prenatal bağlanma ölçekleri arasındaki ilişki (N=393)

Ölçekler	Korelasyon		Doğum Öncesi Anne Beklentileri				Bağlanma Envanteri	Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı			
			Karşılıklı Mutluluk	Gerçekçi Olmayan Olumlu	Gerçekçi Olmayan Olumsuz	Toplam		İçsel	Şansa Bağlı	Güçlü Değerlerine Bağlı	Toplam
Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği	Karşılıklı Mutluluk	R	1,000	0,313	0,060	0,281	0,246	0,152	-0,089	0,119	0,059
		P	-	0,000	0,239	0,000	0,000	0,003	0,079	0,019	0,245
Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği	Gerçekçi Olmayan Olumlu	R	0,313	1,000	-0,067	0,769	0,491	0,212	-0,181	0,116	0,011
		P	0,000	-	0,183	0,000	0,000	0,000	0,000	0,022	0,821
	Gerçekçi Olmayan Olumsuz	R	0,060	-0,067	1,000	0,520	0,141	-0,002	-0,279	0,013	-0,189
		P	0,239	0,183	-	0,000	0,005	0,969	0,000	0,793	0,000
Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği	Toplam	R	0,281	0,769	0,520	1,000	0,484	0,152	-0,339	0,089	-0,134
		P	0,000	0,000	0,000	-	0,000	0,003	0,000	0,078	0,008
Bağlanma Envanteri	Bağlanma Envanteri	R	0,246	0,491	0,141	0,484	1,000	0,185	-0,119	0,107	0,027
		P	0,000	0,000	0,005	0,000	-	0,000	0,019	0,035	0,593
Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı	İçsel	R	0,152	0,212	-0,002	0,152	0,185	1,000	0,074	0,489	0,619
		P	0,003	0,000	0,969	0,003	0,000	-	0,144	0,000	0,000
	Şansa Bağlı	R	-0,089	-0,181	-0,279	-0,339	-0,119	0,074	1,000	0,105	0,693
		P	0,079	0,000	0,000	0,000	0,019	0,144	-	0,038	0,000
Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı	Güçlü Değerlerine Bağlı	R	0,119	0,116	0,013	0,089	0,107	0,489	0,105	1,000	0,666
		P	0,019	0,022	0,793	0,078	0,035	0,000	0,038	-	0,000
Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı	Toplam	R	0,059	0,011	-0,189	-0,134	0,027	0,619	0,693	0,666	1,000
		P	0,245	0,821	0,000	0,008	0,593	0,000	0,000	0,000	-

*Normal dağılıma sahip ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde "Pearson" korelasyon; normal dağılıma sahip olmayan ölçüm değerlerinin birbirleriyle ilişkisinin incelenmesinde "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Tablo 4’de gebe kadınların Sağlık Denetim Algıları Ölçeği, Annelik Beklentileri Ölçeği, Karşılıklı Mutluluk Ölçeği ve Prenatal Bağlanma Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin belirlenmesine ilişkin bulgular verilmiştir.

Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği'nin Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklenti alt boyutu puanları ile Karşılıklı Mutluluk Ölçeği puanları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,313$; $p=0,000$). Karşılıklı Mutluluk Ölçeği puanları arttıkça, gerçekçi olmayan olumlu beklenti puanları artacaktır. Aynı şekilde, Karşılıklı Mutluluk Ölçeği puanları azaldıkça, gerçekçi olmayan olumlu beklenti puanları azalacaktır (Tablo 3). Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği toplam puanı ile Karşılıklı Mutluluk Ölçeği, Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklenti ve Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklenti Ölçeği puanları arasında pozitif yönde, sırasıyla zayıf/yüksek/orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Karşılıklı Mutluluk Ölçeği, Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklenti ve Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklenti Ölçeği puanları arttıkça, Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği toplam puanı artacaktır. Aynı şekilde, Karşılıklı Mutluluk Ölçeği, Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklenti ve Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklenti Ölçeği puanları azaldıkça, Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği toplam puanı azalacaktır (Tablo 4).

Bağlanma Envanteri Ölçeği ile Karşılıklı Mutluluk Ölçeği, Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeğinin Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklenti, Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklenti Ölçeği alt boyutları ve Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$), (Tablo 4).

Karşılıklı Mutluluk Ölçeği, Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeğinin Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklenti, Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklenti alt boyutu ve Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği toplam puanları arttıkça, Bağlanma Envanteri Ölçeği puanları artacaktır. Aynı şekilde, Karşılıklı Mutluluk Ölçeği, Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeğinin Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklenti, Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklenti alt boyutu ve Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği toplam puanları azaldıkça, Bağlanma Envanteri Ölçeği puanları azalacaktır (Tablo 4).

Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeğinin İçsel Alt Boyut ile Karşılıklı Mutluluk Ölçeği, Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklenti alt boyutu, Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği toplam puanları ve Bağlanma Envanteri puanları arasında pozitif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Karşılıklı Mutluluk Ölçeği, Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklenti alt boyutu, Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği toplam ve Bağlanma Envanteri Ölçeği puanı arttıkça, Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeğinin içsel alt boyutu puanı artacaktır. Aynı şekilde, Karşılıklı Mutluluk Ölçeği, Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklenti alt boyutu, Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği toplam ve Bağlanma Envanteri puanı azaldıkça, Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeğinin içsel alt boyutu puanı (Tablo 4). Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeğinin Şansa Bağlı, Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklenti, Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklenti alt boyutları, Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği toplam ve Bağlanma Envanteri Ölçeği puanları arasında negatif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeğinin Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklenti alt boyutu, Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği toplam ve Bağlanma Envanteri Ölçeği puanları arttıkça, Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeğinin Şansa Bağlı alt boyut puanları azalacaktır. Aynı şekilde, Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeğinin Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklenti alt boyutu, Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği toplam puanı ve Bağlanma Envanteri Ölçeği puanları azaldıkça, Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Şansa Bağlı alt boyut puanları artacaktır (Tablo 4). Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeğinin Güçlü Değerlerine Bağlı Alt Boyut ile Karşılıklı Mutluluk Ölçeği, Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeğinin gerçekçi olmayan olumlu beklenti alt boyutu, Bağlanma Envanteri, Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeğinin İçsel ve Şansa Bağlı Alt Boyut puanları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Karşılıklı Mutluluk Ölçeği, Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklenti, Bağlanma Envanteri, İçsel ve Şansa Bağlı Alt Boyut puanları arttıkça, Güçlü Değerlerine Bağlı Alt Boyut puanları artacaktır. Aynı şekilde, Karşılıklı Mutluluk Ölçeği, Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklenti, Bağlanma

Envanteri, İçsel ve Şansa Bağlı alt boyut puanları azaldıkça, Güçlü Değerlerine Bağlı alt boyut puanları azalacaktır (Tablo 4). Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği toplam puanları ile Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklentiler alt boyutu ve Doğum Öncesi Anne Beklentileri toplam puanları arasında negatif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklentiler alt boyutu ve Doğum Öncesi Anne Beklentileri toplam puanları arttıkça, Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı toplam puanları azalacaktır. Aynı şekilde, Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklentiler alt boyutu ve Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği toplam puanları azaldıkça, Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği toplam puanları artacaktır (Tablo 4). Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği toplam puanı ile İçsel, Şansa Bağlı ve Güçlü Değerlerine Bağlı puanları arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği İçsel, Şansa Bağlı ve Güçlü Değerlerine bağlı alt boyut puanları arttıkça, Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği toplam puanları artacaktır. Aynı şekilde, Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği İçsel, Şansa Bağlı ve Güçlü Değerlerine Bağlı alt boyut puanları azaldıkça, Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği toplam puanları azalacaktır (Tablo 4).

TARTIŞMA

Çalışmamızda prenatal bağlanma envanteri puan ortalaması $47,29\pm 9,65$ (min-max, 23,0-78,0) bulunmuştur (Tablo 3). Yılmaz ve arkadaşları tarafından 2013'te Prenatal bağlanma envanteri ile yapılan çalışmada, ölçeğin ortalama puanı $61,72\pm 10,72$ olarak bulunmuştur (23). Dalgın tarafından 2018'de yapılan çalışmada ise araştırmaya katılan gebelerin prenatal bağlanma puan ortalaması $43,84\pm 9,71$ olarak bulunmuştur (24). Çalışmamız bu çalışmalar ile karşılaştırıldığında çalışmamızda prenatal bağlanma envanteri puan ortalaması Yılmaz ve arkadaşları (23) 2013'te yaptığı çalışmaya göre düşük, Dalgın (24) 2018'de yaptığı çalışmaya göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum katılımcıların bireysel ve obstetrik özelliklerinin farklı olmasına bağlanabilir.

Çalışmamızda Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Ölçeği puanlarına bakılacak olunursa; toplam puan $109,50\pm 11,24$ (min-max 73,0-144,0) alt boyutlarına göre ise, içsel $40,17\pm 4,53$ (min-max 24,0-51,0) şansa bağlı $29,33\pm 7,22$ (min-max 10,0-53,0) güçlü değerlerine bağlı $40,0\pm 4,69$ (min-max 21,0-52,0) olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Duyan'ın ve arkadaşlarının 2015'te yapmış olduğu çalışmada, AKBSDOÖ alt boyutlarından içsel sağlık denetim odağı alt boyutu puan ortalaması kontrol grubunda 45,10 deney grubunda 44,50 şansa bağlı denetim odağı puan ortalamaları kontrol grubu için 38,90 deney grubu için 37,10 güçlü değerlerine bağlı sağlık denetim odağı puan ortalamaları kontrol grubu için 38,80 deney grubu için 41,30 bulunmuş olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamsız bulunmuştur (19). Gebelikte fetal sağlık açısından kontrolün sağlık kontrol odağının değerlendirilmesi son derece önemlidir. Fetal sağlık kontrol odağı, sağlık davranışları ve psikososyal sorunlarla ilişkili önemli bir faktördür ve annelerin fetal sağlığı kontrol etme bilincine sahip olduklarının göstergesidir. Dış fetal kontrol odağı olan kadınlar gebelik sırasında daha fazla risk alırken, iç fetal kontrol odağı olan gebelerin yaşam tarzlarını değiştirmeleri ve olumlu sağlık davranışları benimseme olasılığı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızın sonuçlarına bakıldığında, Duyan ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmaya benzerlik göstermektedir (19). Çalışmamızda doğum öncesi annelik beklentisi ölçeğinde; toplam puan $116,30\pm 13,81$ (min-max 61,0-147,0) bulunmuştur. Ölçeğin gerçek olamayan olumlu beklenti alt boyutu $78,71\pm 12,07$ (min-max 26,0-101,0) gerçek olmayan olumsuz beklenti alt boyutu $37,59\pm 6,61$ (min-max 19,0-55,0) olarak bulunmuştur (Tablo 3). Altan (2) tarafından 2019'da yapılan çalışmada, gerçekçi olmayan olumlu beklentiler toplam puanı $91,6\pm 5,6$ (min-max 73,0-105,0) olarak bulunmuştur (2). Bizim çalışmamızda elde ettiğimiz bulgular daha yüksek çıkmıştır.

Çalışmamızda, Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklenti Ölçeği puanları ile Karşılıklı Mutluluk Ölçeği puanları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($r=0,313$; $p=0,000$). Karşılıklı Mutluluk Ölçeği puanları arttıkça, gerçekçi olmayan olumlu beklenti puanları artacaktır. Aynı şekilde, Karşılıklı Mutluluk Ölçeği puanları azaldıkça, gerçekçi olmayan olumlu beklenti puanları azalacaktır (Tablo 4). Lou ve arkadaşları tarafından (25) 2017'de yapılan çalışmada gerçekçi olmayan olumlu beklenti, ilk trimesterde daha yüksek bulunmuş ve ilk trimesterde mutluluk arttıkça gerçekçi olmayan olumlu beklenti pozitif yönde orta derecede arttığı bulunmuştur. Bu çalışmanın sonuçları çalışmamıza benzerlik göstermektedir (25).

Çalışmamızda, Bağlanma Envanteri ile Karşılıklı Mutluluk Ölçeği, Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklenti, Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklenti ve Doğum Öncesi Anne Beklentileri toplam puanları arasında pozitif yönde, zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Karşılıklı Mutluluk Ölçeği, Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklenti, Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklenti ve Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği toplam puanları arttıkça, Bağlanma Envanteri Ölçeği puanları artacaktır. Aynı şekilde, Karşılıklı Mutluluk Ölçeği, Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklenti, Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklenti Ölçeği ve Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği toplam puanları azaldıkça, Bağlanma Envanteri Ölçeği puanları azalacaktır (Tablo 4). Aresti ve arkadaşları tarafından (26) 2016 yılında yapılan çalışmada, doğum öncesi bağlanma annenin fetusla duygusal bir ilişki kurmasında olası zorluklar olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Gebe kadınların gebelikten beklentisi, gebeliğe karşı hissettiği mutluluk ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bağlanma envanteri ile mutluluk arasında pozitif yönlü ilişki zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$), (26). Çalışmanın sonuçları çalışmamızla benzerdir.

Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği toplam puanları ile Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklentiler ve Doğum Öncesi Anne Beklentileri ölçeği toplam puanları arasında negatif yönde, çok zayıf derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklentiler ve Doğum Öncesi Anne Beklentileri ölçeği toplam puanları arttıkça, Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı ölçeği toplam puanları azalacaktır. Aynı şekilde, Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklentiler ve Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği toplam puanları azaldıkça, Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği toplam puanları artacaktır (Tablo 4).

Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği toplam puanları ile İçsel, Şansa Bağlı ve Güçlü Değerlerine Bağlı Olma puanları arasında pozitif yönde, orta derecede ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). İçsel, Şansa Bağlı ve Güçlü Değerlerine bağlı puanları arttıkça, Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği toplam puanları artacaktır. Aynı şekilde, İçsel, Şansa Bağlı ve Güçlü Değerlerine Bağlı puanları azaldıkça, Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği toplam puanları azalacaktır (Tablo 4). Gönenç ve arkadaşları tarafından (27) 2015'te yapılan "Antenatal Dönemde Verilen Gebe Eğitiminin Fetal Sağlık Kontrol Odağına Etkisinin İncelenmesi" başlıklı çalışmada, deney ve kontrol gruplarının AKBSDO ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, ölçeğin alt gruplarından İçsel Sağlık Denetim Odağı alt puan ortalaması kontrol grubunda 43,90, deney grubunda 50,20 olup, gruplar arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmaktadır ($p<0,05$). Güçlü Değerlerine Bağlı Sağlık Denetim Odağı puan ortalamaları kontrol grubu için 39,80 deney grubu için 43,90 olup gruplar arasındaki fark istatistiksel açıdan önemsizdir ($p>0,05$). Kadınların gebelik süreçlerindeki sağlık denetim odaklarının olumlu yönde geliştirilmesinde eğitiminin etkisinin araştırıldığı bu çalışmada, eğitim alan gebelerin içsel güce bağlı kontrol fonksiyon odağında, istatistiksel olarak önemli bir farklılık olduğu saptanmıştır. Bu kapsamda bilinçli gebelik davranışını içeren içsel güce bağlı kontrol odağı alt ölçek puan ortalamasının deney grubunda kontrol grubuna göre yüksek olduğu bulunmuştur. Eğitim sürecinin gerçekleştiği 6 hafta sonunda kontrol grubunun içsel güce bağlı kontrol odağı alt ölçek puan ortalaması düşerken, deney grubunun puan ortalaması yükselmiştir. Ayrıca içsel denetim odağı ile sağlık personelinin olumlu algılama ve sağlıklı ilgili bilgi arama arasında pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (27). Gönenç'in çalışması çalışmamızın sonuçları ile uyumaktadır.

Kadınlar, gebelik sürecinde, sağlık profesyonellerinden en iyi şekilde danışmanlık ve bakım almayı beklemektedirler. Gebelik döneminde gebe ve fetus konusunda sağlık çalışanlarının karşılaşılabileceği etik ikilemleri aşmada özerklik, yarar sağlama, zarar vermeme, adalet gibi temel etik ilkeler yol göstericidir. Ebeler, hemşireler ve hekimler, gebelik sürecinde kadınların özerkliğine saygı göstererek anneye ve fetusa zarar vermeyen-yarar sağlayan uygulamaları eşitlik ve adalet ilkesini de göz önünde bulundurarak gerçekleştirecekleri mesleki eylemler üzerine düşünmeli ve karar vermelidir. Bu bağlamda gebeyle iyi bir iletişim kurulmalı ve hem onun hem de fetusun gereksinimleri karşılanmalıdır. Hekim, ebe ve hemşireler gebe ile kurdukları ilişkide paternalist bir tutum sergilememeli, özerklik ve özerkliğe saygı ile bilgilendirme ve onam alma ilkelerini göz önünde tutarak sağlık hizmeti sunmalıdır (12,13,14).

SONUÇ

Bu araştırma, gebelerin bebeğin sağlık denetim algıları ve annelik beklentileri, mutluluk ve prenatal bağlanma düzeylerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırmamızda araştırma soruları araştırmamızda elde edilen verilerle birlikte değerlendirilmiştir.

Gebelerin, sağlık denetim algıları, annelik beklentileri, mutluluk ve prenatal bağlanma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır. Buna göre;

- Karşılıklı Mutluluk Ölçeği puanları arttıkça, gerçekçi olmayan olumlu beklenti puanları artacaktır.
- Karşılıklı Mutluluk Ölçeği, Gerçekçi Olmayan Olumlu Beklenti, Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklenti ve Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği toplam puanları arttıkça, Bağlanma Envanteri Ölçeği puanları artacaktır.
- Gerçekçi Olmayan Olumsuz Beklentiler ve Doğum Öncesi Anne Beklentileri Ölçeği toplam puanları azaldıkça, Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği toplam puanları artacaktır.
- İçsel, Şansa Bağlı ve Güçlü Değerlerine bağlı puanları arttıkça, Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı Ölçeği toplam puanları artacaktır.

Bu sonuçları göz önünde bulundurduğumuzda, gebelerin takip ve bakımından sorumlu hekim, hemşire ve ebelerin iş birliği içinde, gebe haklarını göz önünde bulundurarak, etik ilkeler doğrultusunda, insani ve sıcak bir ilişki içinde gebe kadınların rutin bakımını ve takibini yapmaları, gebe ve anne karnındaki bebeğin, ailenin daha sağlıklı olmasında önemli rolü vardır. Bu çalışmada elde edilen verilerin sahada hekim, hemşire ve ebeler tarafından, gebe kadınların takip edilmesi, gereksinimlerinin belirlenmesi, girişimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi için kullanılması anne ve çocuk sağlığı ve dolayısıyla toplum sağlığı açısından son derece önemlidir. Ayrıca, gebelik ve doğum sürecinde karşılaşılan etik sorunların çözümü için ebe, hemşire ve hekimler, etik bilinç ve becerilerine sahip olmalı, etik sorunları tanımlayabilmeli, analiz edebilmeli, değerlendirebilmeli ve etik karar vererek uygun müdahaleleri yapabilmelidir. Bu şekilde hem gebe kadının memnuniyeti hem de bakım kalitesinin ve sağlık çalışanlarının iş doyumunun artması sağlanacaktır.

KAYNAKLAR

1. Süslüoğlu B. İlk Kez Gebelik Yaşayan Gebelerde Gebelik Deneyiminin Annelik Rolü ve Gebeliğin Kabulüne Etkisi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2019.
2. Altan S. Hamile Kadın ve Eşlerinin Doğum Öncesi ve Sonrası Bebeğe Bağlanma Düzeyleri, Evlilik Uyumu ve Doğum Öncesi Beklentileri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi: Boylamsal Bir Çalışma, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.
3. Öztürk B. Gebelerde prenatal Bağlanma ve Durumluk Anksiyete Düzeyinin Belirlenmesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Sivas, 2019.
4. Avcı SÇ. Doğum Şeklinin Ebeveynlik Davranışı, Yenidoğanı Algılama ve Maternal Bağlanma Üzerine Etkisi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, İzmir, 2019.

5. Tedik SE. Adölesanlarda Sağlık İnanç Modeli Temelli Yaratıcı Drama Eğitiminin Sağlık Denetim Odağı ve Sigara Algısına Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum, 2019.
6. Zirek ZD. Gebelerde Algılanan Ebeveyn Kabul Reddinin Doğum Öncesi Anne Bebek Bağlanmasına Etkisi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği Tezli Yüksek Lisans Programı, İzmir, 2019.
7. Çakır EÖ. İstanbul İli Adalar İlçesi Aile Sağlığı Merkezlerinde Gerçekleştirilen Gebe İzlemlerinin Nitelik ve Nicelik Açısından Değerlendirilmesi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Aile Hekimliği Kliniği, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul 2018.
8. Aslan Y. Gebelik Öncesi Uygulanan Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Gebelik Döneminde Uygulanan Sağlık Uygulamaları Arasındaki İlişki, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep, 2019.
9. Ağdaş O. Gebelik Süresince Alınan Kilo ile Gebelerin Demografik Özellikleri, Genel Sağlık Durumları, Alışkanlıkları ve Gebelik Bilgileri Arasındaki İlişki, Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ordu, 2019.
10. Yıldız FA. Gebelerin Fetal Sağlığın Denetimine İlişkin Tutumları ve Kadercı Yaklaşımı Olanlara Verilen Eğitimin Gebelik Süreçlerindeki Etkinliği, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2019.
11. Balanda-Baldyga A, Pilewska-Kozak, AB, Lepecka-Klusek, C, Stadnicka G, Dobrowolska B. Attitudes of teenage mothers towards pregnancy and childbirth. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020; 17(4): 1411.
12. Şahin E. Gebelik-Doğum Yönetimi ve Etik. Editörler Turan N, Aydın A. *Hemşirelik ve Etik*. İstanbul: İstanbul University Press, 2024:439-459.
13. Bayram Değer V. Reproductive health and ethical problems in women's health. *In Midwifery-New Perspectives and Challenges*. IntechOpen, 2023. DOI: 10.5772/intechopen.110254 Erişim: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.110102>
14. Pirdal H, Yalçın BM, Ünal M. Gebelerin Gebelik İzlemleri, Gebelikleri ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2016; 20(1): 7-15.
15. Akbaş M, Tuncer İ, Kadioğlu S. Lisans Düzeyindeki Hemşirelik Okullarında Etik Eğitiminin Durumu. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2014; 7(3): 206-211.
16. Türker Demirkan L. Fetal Hareket Sayımı ve Fetüs Pozisyonu İmajinasyonunun 24.-28. Haftasındaki Gebelerde Prenatal Bağlanma ve Depresif Belirtiler Üzerine Etkisi, Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Erzurum, 2001.
17. Belkız Lİ. Doğum Şeklinin Anne Bebek Bağı Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, 2020.
18. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı, Ankara, 2018; ISBN: 978-975-590-686-7, No: 925.
19. Duyan V, Özcan, S, Cömert Okutucu, A. Anne Karnındaki Bebek Sağlık Denetim Odağı (AKBSDO) Ölçeği: Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. *Journal of Society & Social Work*, 2012; 23(1):9-18.
20. Şendil G, Karabulut H, Akyüz D, Güner-Algan A, Yahyaoglu M. Turkish adaptation of the Prenatal Maternal Expectations Scale (PMES). In M.A. Icbay, H. Arslan and F. Jacobs, (Eds.), *Research on social studies*. 2016; 223-232. Frankfurt am Main: Peter Lang.
21. Duyan V, Gül Kapısız S, Yakut Hİ. Doğum Öncesi Bağlanma Envanteri'nin Bir Grup Gebe Üzerinde Türkçe'ye Uyarlama Çalışması. *The Journal of Gynecology - Obstetrics and Neonatology*, 2013; 10(39): 1609-1614.
22. Ekşi H, Demirci İ, Ses F. Psychometric features of the interdependent happiness scale (IHS). XIV. European Conference on Social and Behavioral Sciences, Odessa, Ukraine, Ağustos 2017.
23. Yılmaz SD, Beji NK. Prenatal Bağlanma Envanterinin Türkçe'ye Uyarlanması: Güvenirlilik ve Geçerlilik Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2013;16, 103-109.
24. Dalgın Ö. Prenatal Dönemde Fetal Denetim Odağı Algısı ve Maternal Bağlanma ile İlişkisi. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı*. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitimi Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2018.
25. Lou S, Frumer M, Schlütter MM, Petersen OB, Vogel I, Nielsen CP. Experiences and expectations in the first trimester of pregnancy: A qualitative study. *Health Expectations*, 2017; 20:1320-1329.
26. Navarro-Aresti L, Iraurgi I, Iriarte L, Martínez-Pampliega A. Maternal Antenatal Attachment Scale (MAAS): Adaptation to Spanish and proposal for a brief version of 12 items. *Archives of Women's Mental Health*, 2016; 19: 95-103.
27. Gönenç İM, Duyan V, Erkal Sİ, Purutçuoğlu E, Güven HK. Investigation of the effect of education in pregnancy on the focus of fetal health control. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 2016; 13(1):12-17.

İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Maruz Kaldığı Şiddetin Belirlenmesi ve Yaşam Kalitesi ile Evlilik Uyumu Üzerine Etkilerinin Değerlendirilmesi

Determination of the Violence Experienced by Women Undergoing Infertility Treatment and to Evaluate its Effects on Quality of Life and Marital Adjustment

Eda YAŞAR EROL^a, Şule GÖKYILDIZ SÜRÜCÜ^b

Özet

Amaç: Bu çalışma, infertilite tedavisi gören kadınların maruz kaldığı şiddetin belirlenmesi ve yaşam kalitesi ile evlilik uyumu üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. **Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipte yapılan bu çalışma, bir üniversite hastanesinin infertilite polikliniğinde infertilite tedavisi görmek amacıyla polikliniğe başvuran 215 kadın ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veriler tanıtıcı bilgi formu, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği, Doğurganlık Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Çift Uyum Ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS 22.0 programı ile analiz edilmiştir. **Bulgular:** Katılımcıların yaş ortalaması $29,66 \pm 6,16$ 'dır. Katılımcıların %38,6'sının infertilite süresinin 1-2 yıl, %41,9'unun 3-6 yıl, %8,4'ünün 7-10 yıl, %11,2'sinin 11 yıl ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %28,4'ünün kadına ait, %17,2'sinin erkeğe ait, %21,4'ünün her iki eşe ait, %33'ünün açıklanamayan nedenlerden kaynaklı infertilite problemi olduğu belirlenmiştir. Şiddet ölçeğinden aldıkları puan $43,66 \pm 17,95$, en yüksek aile içi şiddete en düşük dışlanmaya maruz kaldıkları saptanmıştır. Şiddet ile yaşam kalitesi arasında tamamı negatif yönlü ve anlamlı ilişki, şiddet ile çift uyum düzeyi arasında pozitif yönlü zayıf güçte ilişki saptanmıştır. Katılımcıların çift uyum ortalaması düşük bulunmuştur. Eş eğitim düzeyinin şiddete maruz kalma ve çift uyumunu etkilediği ve eşin eğitim düzeyi düştükçe şiddete maruz kalma oranının arttığı, çift uyumunun azaldığı belirlenmiştir. Şiddet gören infertil kadınların yaşam kalitesinin olumsuz yönde etkilendiği tespit edilmiştir. Zayıf güçte de olsa şiddete maruz kalan kadınların çift uyum düzeyleri de etkilenebilmektedir. **Sonuç:** Araştırma sonucunda şiddete maruz kalan infertil kadınların yaşam kalitesinin ve evlilik uyumunun etkilendiği saptanmıştır. Sağlık profesyonelleri infertilite tedavisi gören çiftlere bakım verirken aile içi şiddeti, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini göz önünde bulundurmalı ve bunlara yönelik toplum bilincini yükseltecek farkındalığı artırmalıdır. İnfertil gruplar hassas gruplar olarak nitelendirilip dikkatli bakım verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Evlilik uyumu; infertilite; şiddet; yaşam kalitesi.

Abstract

Objective: The aim of this study is to determine the violence experienced by women undergoing infertility treatment and to evaluate its effects on quality of life and marital adjustment. **Method:** This descriptive study was carried out with 215 women who applied to the outpatient clinic of an university hospital infertility outpatient clinic for infertility treatment. In the study, data were collected using a personal information form, the Infertile Women's Exposure to Violence Determination Scale, the Fertility Quality of Life Scale, and the The Dyadic Adjustment Scale. The obtained data were analyzed with the SPSS 22.0 program. **Results:** The mean age of the participants was 29.66 ± 6.16 . It was determined that 38.6% of the participants had an infertility period of 1-2 years, 41.9% of them 3-6 years, 8.4% of them 7-10 years, 11.2% of them 11 years and above. It was determined that 28.4% of the participants had infertility problems related to women, 17.2% to men, 21.4% to both spouses, and 33% to unexplained reasons. The score they got from the violence scale was 43.66 ± 17.95 , and they were exposed to the highest domestic violence and the lowest exclusion.

^a Bilim Uzmanı, Çukurova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Bölümü, Adana, Türkiye. ✉ edayasar63@gmail.com ORCID: 0000-0003-0438-2950

^b Profesör Doktor, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Adana, Türkiye. ✉ gokyildizsule@gmail.com ORCID: 0000-0002-0088-4219

Gönderim Tarihi: 28 Kasım 2024 • Kabul Tarihi: 21 Aralık 2024

*There was a completely negative and significant relationship between violence and quality of life, and a positive and weak relationship between violence and dyadic adjustment level. **Conclusion:** As a result of the research, it was determined that the quality of life and marital harmony of infertile women exposed to violence were affected. While giving care to couples receiving infertility treatment, health professionals should consider domestic violence and gender inequalities and raise awareness to raise public awareness about them. Infertile groups should be considered as vulnerable groups and more careful care should be given.*

Keywords: *Marital adjustment; infertility; violence; quality of life.*

GİRİŞ

Şiddet günümüzün en göze çarpan olgularından biri olup, sıkça farklı bağlamlarda karşımıza çıkmaktadır. Şiddet, hem insanın antropolojik yanıyla ilgili hem de etik ve politik yanları olan bir sorun olarak yaşamda yerini korumaktadır. İnsanın yapıp etmeleri sonucunda ortaya çıkan şiddet, görelilik olarak nitelendirilemeyecek, ortaya çıkması halinde yasal yaptırımlara maruz bırakılacak türden bir olgudur. “İnsanlık dışı” ya da “kötü” ya da “iyi niyetli olmayan motiflere dayalı” olarak tanımlanabilecek olan şiddet insanın biyopsişik bütünlüğüne zarar verebilecek bir eylem biçimidir. Kırılgan gruplar içerisinde yer alan kadının, şiddete uğramasına engel olabilmek için sorunun etik ve siyasal boyutunu antropoloji temelli bir insan hakları kavrayışından hareketle ele almak gerekir (1).

İnfertilite, üreme çağındaki bir çiftin korunmasız cinsel ilişki içinde olduğu 12 ay içinde kadının gebe kalmamasıdır (2). İnfertilite çiftlerin her ikisini de psikolojik, duygusal, sosyal, biyolojik ve ekonomik açıdan tehdit eden ve yoran bir sağlık sorunudur. Bu durumlar özellikle kadınların korku, anksiyete, depresyon, toplumsal baskı, şiddet duygularıyla baş etmesine, yaşam kalitesinin ve evlilik uyumunun etkilenmesine neden olmaktadır. İnfertilite tedavisi gören çiftler tedavi uyumu sırasında ret, endişe, yoğun anksiyete bozukluğu, umut, kabullenme gibi evrelerden geçmektedir. Tedavi sırasında karşılaşılan riskler ve çevresel, psikososyal, ekonomik problemler tedavi gören hastalar üzerindeki baskıyı daha da artırmaktadır (3-5).

İnfertilite tedavisi gören kadınların tecrübelerini belirlemek adına yapılan bazı çalışmalarda, günlük yaşamlarında değişiklik, aileleri tarafından baskı, geleceğe şüphe ile bakma, cinsellik sorunları, kaygı, stres, depresyon, yalnızlık ve çaresizlik yaşadıkları bildirilmiştir (4,5).

Literatürde gelişmekte olan ülkelerde kadınların erkeklere oranla daha fazla bu durumdan etkilendikleri ve kendilerini infertiliteden sorumlu ve suçlu hissettikleri bildirilmiştir (4). Çocuk sahibi olmak, Türk toplumu arasında sosyal statü kazanmanın etkili bir yoludur. Genel anlamda kadınlar, çocuk sahibi olmayı, evlilik ilişkisini kuvvetlendirme, çiftleri birbirine yakınlaştırması gibi psikolojik kökenli nedenlerle isterlerken, erkeklerde çocuk sahibi olma algısı, neslin devamlılığı olarak sosyal nedene bağlanmaktadır. Türkiye’de çocuğa atfedilen değer sadece bireylere özgü olmayıp, toplum değerlerini, aileyi, içinde bulunulan yöreyi yansıtmaktadır (6,7). Türkiye’de, dünyadaki birçok toplumda olduğu gibi, gebe kalmama ve bunun sonucunda çocuk sahibi olmama durumu sıklıkla damgalanmakta ve infertil çiftler için derin bir toplumsal acıya yol açmaktadır. Bu nedenle infertilite, kadınların şiddete maruz kalma olasılığını artırabilir. Bu, infertilitenin yalnızca kadının sorunu olduğu yönündeki kültürel algıdan kaynaklanmaktadır ve bu nedenle ataerkil toplumlarda kadına yönelik şiddet yaygındır (8).

İnfertil kadınlara yönelik şiddetin en sık gözlenen türü fiziksel şiddetten çok psikolojik şiddettir. Yarım asırdan fazla süredir infertilite ve psikososyal faktörler arasındaki ilişki araştırılmaya başlanmış olup son yıllarda tanısı ve tedavisindeki ilerlemeler ve infertilite sıklığında artış yaşanması bu ilişkiyi daha da önemli hale getirmiştir (9).

DSÖ yaşam kalitesini, bireylerin hedefleri, standartları, ilgileri, beklentileri ile bağlantılı olarak, içinde buldukları kültür ve değer yargıları bütününe içinde kendi durumlarına yönelik algıları şeklinde tanımlar (10). Yaşam kalitesinin sağlıkla olan ilişkisi, hastalığa ve tedavi sürecinin özgünlüğüne ilişkin duygusal, zihinsel,

sosyal ve fiziksel taraflarıyla ilgili alanları içeren geniş boyutlu kavramlardır (11). İnfertilite tanısı ve tedavi sürecinde yaşanan yoğun stresli süreç çift uyumunun bozulmasına sebep olmaktadır (3-7). İnfertilite bireyin/çiftin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte, etkilenen yaşam kalitesi infertilite ve tedavi sürecini güçleştirmekte bu da çiftin uyum mekanizmasının bozulmasına neden olabilmektedir (7,12).

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, infertilite tedavisi gören kadınların maruz kaldığı şiddetin belirlenmesi ve yaşam kalitesi ile evlilik uyumu üzerine etkilerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı tipte gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın hipotezleri;

H0: İnfertil kadınların maruz kaldığı şiddetin yaşam kalitesi ve evlilik uyumları üzerine etkileri yoktur.

H1: İnfertil kadınların maruz kaldığı şiddetin yaşam kalitesi ve evlilik uyumları üzerine etkileri vardır.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırma Çukurova Üniversite Balcalı Hastanesi'nin infertilite polikliniğinde gerçekleştirilmiştir. Hastanenin bilgi işlem biriminin veri tabanına göre infertilite polikliniğine aylık başvuran infertil kadınların sayısı ortalama 581'dir. Araştırmanın örnekleminin belirlenmesinde, evrenin belli olduğu durumlarda örneklem hesaplama formülü kullanılarak örneklem hesaplanmış ve örneklem sayısı 215 olarak belirlenmiştir. Çalışmada gönüllülük esas olup primer infertilite tedavisi gören, iletişim ve dil sorunu olmayan kadınlar çalışmaya dahil edilmiştir. Sekonder infertil kadınlar araştırmanın dışında tutulmuştur. Araştırmadan 13 kişi çekilmiş, 7 kişi çalışmaya katılmayı reddetmiştir. Fakat planlanan süre içerisinde hesaplanan örnekleme ulaşılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmada tarafımızca literatür doğrultusunda geliştirilen sosyodemografik, genel sağlık ve obstetrik özellikleri içeren 22 sorudan oluşan birey tanım formu, İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği (İKMKŞBÖ) (9), Doğurganlık Sorunları Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeği (FertiQol) (13,14) ve Çift Uyum Ölçeği (ÇUÖ) (15) kullanılmıştır.

Birey tanım formu: İnfertilite tedavisi gören kadın katılımcıları tanımaya yönelik oluşturulan birey tanım formu; kadınların yaşı, medeni durumu, evlilik yaşı, evlilik yılı, evlilik sayısı, evlenme biçimi, kendisinin ve eşinin eğitim durumu, kendisinin ve eşinin çalışma durumu ve meslekleri, sosyal güvence varlığı, gelir düzeyi, aile tipi, gebelik sayısı, doğum sayısı, düşük/kürtaj sayısı, ölü doğum sayısı, yaşayan çocuk sayısı, infertilite süresi, infertilite nedeninin kime ait olduğuna yönelik 22 adet sorudan oluşmaktadır (5-9).

İnfertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği (İKMKŞBÖ): Onat (2014) tarafından geliştirilmiş ve geçerlik – güvenilirlik çalışması (9). Ölçek 31 maddeden ve 5 alt ölçekten oluşturulmuştur. Ölçeğin alt ölçekleri; aile içi şiddet, sosyal baskı, cezalandırma, geleneksel uygulamalara maruz kalma, dışlanmadan oluşmaktadır. Soruların her birinin Likert ölçeğine göre 1'den 5'e kadar puanlama yapılmakta olup, 1= Asla, 2=Nadiren, 3=Ara sıra, 4=Sık sık, 5=Her zaman olarak değerlendirmeye alınmaktadır. Ölçeğin puanlamasından alınabilecek maksimum puan 155, minimum puan ise 31 olup, puan arttıkça şiddete maruz kalma oranı da artmaktadır. Ölçeğin toplam Cronbach α değeri 0,96 bulunmuştur (9). Bizim çalışmamızda da Cronbach α değeri 0,94 bulunmuştur.

Doğurganlık sorunları yaşayan kişiler için hayat kalitesi ölçeği (FertiQol): Fertilite sorunlarının ve tedavisinin kişiler üzerindeki etkilerini farklı yaşam alanlarında ölçebilen bir ölçek olarak, Amerikan Üreme Tıbbı Derneği, Avrupa İnsan Üreme ve Embriyoloji Derneği, çeşitli mesleklerde uzmanlar (araştırmacı, danışman, psikolog, jinekolog, hemşire, sosyal hizmet uzmanı gibi) ve Merck Serono tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin 2011 yılında Boivin ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (13). Ölçek Türkçe dahil olmak üzere 20 dile çevrilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Çetinbaş ve ark. (2014) tarafından yapılmış iç güvenilirlik katsayısı 0,905 bulunmuştur (14). Bizim çalışmamızda da Cronbach α değeri 0,92 bulunmuştur. Ölçek alt boyutlarıyla birlikte, eşler arasındaki, aile arasındaki ve sosyal ilişkilerdeki

etkilenmeleri ortaya çıkarmaya olanak sağlar. İnfertilite ve tedavisine yönelik risk faktörlerini ortaya çıkarmayı hedefleyip, kültürlerarası, epidemiyolojik ve klinik çalışmalar sonucunda infertilite sorunu yaşayan bireylerin hayat kalitesinin belirlenmesinde hassas ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kabul edilir. FertiQol ölçeği, çekirdek modülü ve tedavi modülü olmak üzere 34 maddeden oluşan iki modülden, fiziksel sağlık ve genel hayat kalitesi tatminini içeren iki madde olmak üzere toplam 36 maddeden ve altı alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte beşli Likert tipi ölçüm uygulanmaktadır, ters puana tabi sorular bulunmaktadır. Her madde 0 ve 4 arasında puan almaktadır. Ölçekten toplam alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan 100'dür. Ölçekten alınan puan ne kadar yüksek çıkarsa, yaşam kalitesinin o derecede yüksek olduğu anlamına gelmektedir (14). Çalışmaya tedavinin başlangıcındaki primer infertil kadınlar dahil edildiği için tedavi modülü veri toplama araçlarının dışında tutulmuştur.

Çift uyum ölçeği: Evli veya birlikte yaşayan çiftlerin ilişkilerinin niteliğinin nasıl algılandığını, bu çiftlerin problemi olan ve olmayan olarak ayırt edilebilmesi, çiftlerin uyumunu ve çiftler arasındaki uyumun kalitesini değerlendirmek için Spainer tarafından 1976'da geliştirilmiş bir ölçektir. Türk örnekleminde geçerlik güvenilirlik çalışması 2000 yılında Fışiloğlu ve Demir tarafından yapılmış olup Cronbach alpha değeri 0,92 bulunmuştur. Bizim çalışmamızda Cronbach α değeri 0,73 bulunmuştur. Ölçek 32 maddedir ve dört alt boyuttan oluşmaktadır. Hem evli hem de evli olmayan çiftlerde kullanılabilen bir ölçektir. Likert tipte olup puanlaması 29. ve 30. sorularının puanları 0-1 puan, 23. ve 24. sorularının puanları 0-4 puan, 1-22, 25-28 ve 32. sorularının puanları 0-5 puan, 31. sorunun puanı ise 0-6 puan arasında değişmektedir. Ayrıca ölçekte 2 madde evet ya da hayır cevaplı sorular olarak düzenlenmiştir. Ölçek toplam alınan puan üzerinden değerlendirilir. Ölçeğin toplam puanlaması 0 ile 151 arasında değişmektedir. 1993 yılında Sher ve Baucom'un yaptıkları çalışmada ölçeğin güvenilir değerlendirilmesi açısından kesme noktasının 101 olduğu belirtilmiştir. Alınan puanın yüksek olması, evlilikte uyumun yüksek olduğunu göstermektedir (15).

Verilerin Analizi

Veriler, SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sonucunda anlamlılık değeri (p) $p \leq 0,05$ alınmıştır. Çalışmanın analizinde frekans, yüzde, ortalama, standart sapma istatistiksel metotları tanımlayıcı olarak yapıldı. Shapiro-Wilk testi yapıldı ve verilerin normal dağılmadığı saptadı. Normal dağılım olmaması nedeniyle Kruskal-Wallis Test ve Mann-Whitney U-Test uygulandı. Niceliksel veriler karşılaştırılırken iki grup olması durumunda Mann-Whitney U, ikiden fazla grup olması durumunda Kruskal-Wallis Testi uygulandı. İki niceliksel verinin karşılaştırılması durumunda Spearman's Korelasyon testleri uygulanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Çukurova Üniversite Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Kurulun 1 Şubat 2019 tarihli, 85 sayılı toplantısında alınan 36 numaralı kararla araştırma projesi etik açıdan uygun bulunmuştur. Çalışmanın veri toplama aşaması, Çukurova Üniversite Tıp Fakültesi Hastanesi İnfertilite Polikliniğinde yüz yüze ve mahremiyete uygun şekilde gerçekleştirilmiştir. Bunun için Çukurova Üniversite Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığı'ndan izin alınmıştır. Tüm katılımcı adayları araştırma hakkında aydınlatılmış ve onamları alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak çalışma sadece bir kurumda gerçekleştirilmiş olup, tüm kadınlara genellenemez. İkincisi çalışmaya sadece kadınlar dahil edilmiş olup erkekler alınmamıştır.

BULGULAR

Katılımcıların yaş ortalaması $29,66 \pm 6,16$, evlilik yaşları ise ortalama $24,59 \pm 5,93$ 'tür. Evlilik süreleri 1-22 yıl arasında değişmekte olup ortalama $5,01 \pm 4,01$ yıldır. Katılımcıların %55,8'inin (n=120) ve eşlerinin %59,5'inin (n=128) lise ve üzeri eğitim düzeyine sahip olduğu, %80,9'unun (n=174) çalıştığı, %48,8'inin (n=105) gelirini gidere eşit olarak ifade ettiği, %83,3'ünün (n=179) çekirdek aileye sahip olduğu ve %74'ünün (n=159) isteyerek

evlendiği görülmüştür. Katılımcıların %38,6'sının infertilite süresinin 1-2 yıl, % 41,9'unun 3-6 yıl, %8,4'ünün 7-10 yıl, %11,2'sinin 11 yıl ve üzeri olduğu belirlenmiştir. %28,4'ünün kadına ait, %17,2'sinin erkeğe ait, %21,4'ünün her iki eşe ait, %33'ünün açıklanamayan nedenlerden kaynaklı infertilite problemi olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların İKMKŞBÖ toplam puan ortalaması $43,66 \pm 17,95$ 'dir (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların İKMKŞBÖ alt boyut ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular

	$\bar{X} \pm SD$	Min-Maks
Aile içi şiddet	13,73±6,053	11 - 54
Sosyal baskı	9,10±3,732	7 - 32
Cezalandırma	8,86±4,525	6 - 29
Geleneksel uygulamalara maruz kalma	7,89±4,010	4 - 20
Dışlanma	4,04±2,061	3 - 13
Toplam	43,66±17,952	31 - 143

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre İKMKŞBÖ alt boyutları ve toplam puanları karşılaştırıldığında, katılımcıların eğitim düzeyi, gelir düzeyi, aile tipi ve evlilik şekline göre istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık olmadığı görüldü ($p > 0,05$). Katılımcıların çalışma durumuna göre cezalandırma, dışlanma, toplam alt boyutunun anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p \leq 0,05$). Çalışmayan kadınların daha fazla cezalandırıldığı ve dışlandığı görülmüştür. Eş eğitim düzeyine göre aile içi şiddet, sosyal baskı ve geleneksel uygulamalara maruz kalma alt boyutları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p \leq 0,05$). Eş eğitim düzeyi düştükçe aile şiddet, sosyal baskı ve geleneksel uygulamalara maruz kalmanın artmakta olduğu görülmüştür. Sosyal güvence varlığına göre dışlanma alt boyutunun anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p \leq 0,05$). Sosyal güvencesi olmayanların daha fazla dışlandığı tespit edilmiştir. Eşin çalışma durumuna göre geleneksel uygulamalara maruz kalma alt boyutunun anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p \leq 0,05$). Eşi çalışmayan katılımcıların geleneksel uygulamalara daha fazla maruz kaldığı tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre İKMKŞBÖ karşılaştırmasına ilişkin bulgular

Sosyodemografik özellikler		İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği					
		Aile içi şiddet	Sosyal baskı	Cezalandırma	Geleneksel uygulamalara maruz kalma	Dışlanma	Toplam
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	11,80 ±0,837	7,60±0,894	6,60±0,894	6,20±3,194	3±0	35,20±4,764
	Okur-yazar	11,80±1,789	7,80±1,095	6,20±0,447	6,80±3,271	3,40±0,894	36±3,317
	İlkokul	14,79±6,461	9,31±4,111	8,51±4,328	7,87±4,118	4,23±2,206	44,72±19,278
	Ortaokul	13,37±4,239	8,67±2,291	9,53±5,070	7,20±3,474	3,85±1,633	42,80±14,327
	Lise	14,34±7,852	9,80±4,857	8,87±4,837	8,45±4,384	4,31±2,539	45,77±22,217
	Lisans ve üzeri	12,73±4,452	8,59±2,761	8,98±4,054	8,02±3,976	3,86±1,658	42,18±14,184
	t/F	0,883	1,115	0,844	0,812	0,815	0,710
p	0,344	0,357	0,274	0,640	0,626	0,768	
Çalışma durumu	Çalışıyor	12,73±3,886	8,51±2,531	7,76±3,137	6,93±3,416	3,61±1,358	39,54±11,758
	Çalışmıyor	13,97±6,445	9,24±3,956	9,12±4,765	8,11±4,114	4,14±2,184	44,64±19,025
	p	0,116	0,265	0,028	0,059	0,050	0,032
Gelir düzeyi	Gelir gidere eşit	13,80±6,945	9,22±4,315	9,03±5,143	7,61±4,077	4,17±2,424	43,92±20,923
	Gelir giderden az	13,54±3,986	8,76±2,004	8,57±3,555	8,36±3,931	3,92±1,516	43,14±11,909
	Gelir giderden fazla	14,04±7,633	9,67±5,174	9,07±4,755	7,52±3,994	3,93±2,018	44,22±21,384
	t/F	0,081	0,709	0,276	0,946	0,404	0,058
	p	0,209	0,556	0,927	0,232	0,624	0,191

Sosyodemografik özellikler		İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği					
		Aile içi şiddet	Sosyal baskı	Cezalandırma	Geleneksel uygulamalara maruz kalma	Dışlanma	Toplam
		$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$	$\bar{X} \pm SD$
Eş eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	11,67±1,155	7±0	9,67±6,351	9±4,359	3,33±0,577	40,67±10,599
	Okur-yazar	14,67±3,830	9,67±1,211	8,83±2,994	11,17±4,875	4,33±3,266	48,67±12,127
	İlkokul	15,68±7,289	10,03±5,126	9,26±4,950	8,53±4,433	4,62±2,674	48,12±22,249
	Ortaokul	13,34±4,340	8,66±2,770	9,33±5,272	7,05±3,557	3,98±1,935	42,53±15,844
	Lise	14,19±7,538	9,67±4,340	9,18±4,803	8,56±4,221	4,19±2,094	45,78±20,562
	Lisans ve üzeri	12±3,069	7,98±1,865	7,59±2,723	6,65±3,159	3,47±1,324	37,69±10,025
	t/F	1,761	2,065	1,012	2,903	1,489	1,906
	p	0,015	0,002	0,750	0,038	0,150	0,054
Sosyal güvence varlığı	Var	13,66±6,219	9,09±3,877	8,76±4,536	7,72±3,928	3,90±1,917	43,18±18,230
	Yok	14,22±4,807	9,19±2,558	9,52±4,475	9,04±4,450	5,04±2,710	47±15,799
	p	0,653	0,897	0,416	0,112	0,044	0,302
Aile tipi	Çekirdek aile	13,83±6,338	9,14±3,907	8,93±4,570	7,99±4,050	4,04±2,047	43,99±18,464
	Geniş aile	13,25±4,410	8,89±2,734	8,50±4,339	7,36±3,818	4,03±2,158	42,03±15,296
	p	0,603	0,714	0,607	0,389	0,964	0,551
Eşin çalışma durumu	Çalışıyor	13,64±6,061	9,04±3,732	8,81±4,553	7,77±4,003	4,02±2,083	43,33±18,094
	Çalışmıyor	16±5,732	10,50±3,703	10±3,780	11±2,928	4,63±1,302	52,13±11,569
	p	0,281	0,280	0,467	0,025	0,416	0,175
Evlilik şekli	İsteyerek	27,82±11,466	18,66±7,768	17,85±9,095	16,07±8,114	8,12±4,164	88,75±35,726
	İstemeden	32±29,698	17±14,142	16,50±14,849	12±11,314	8±7,071	85,50±77,075
	p	0,130	0,146	0,612	0,543	0,629	0,409

FertiQol Ölçeğine göre katılımcıların toplam puan ortalaması $70,41 \pm 20,33$ 'dur. Katılımcıların ilişkisel alt boyut puanının $77,62 \pm 19,50$, duygusal alt boyut puanının $54,75 \pm 23,24$ olduğu görülmüştür (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların FertiQol alt boyut ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular

	$\bar{X} \pm SD$	Min-Maks
Zihin/beden	66,98 ± 25,978	0 - 100
Duygusal	54,75 ± 23,241	0 - 100
Sosyal	71,07 ± 21,080	13 - 100
İlişkisel	77,62 ± 19,502	8 - 100
Toplam	70,41 ± 20,337	17 - 100

Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre FertiQol Ölçeği alt boyutları ve toplam puanları karşılaştırıldığında, katılımcıların çalışma durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence varlığı, aile tipi ve eşin çalışma durumuna göre istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık olmadığı görüldü ($p>0,05$). Katılımcıların eğitim düzeyine göre ilişkisel alt boyutunun anlamlı farklılık gösterdiği belirlendi ($p\leq 0,05$). Eğitim düzeyi düştükçe, infertilite probleminin eşler arasındaki ilişkiyi etkilediği görülmüştür. Eş eğitim düzeyine göre zihin/beden ve sosyal alt boyutları arasında anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ($p\leq 0,05$). Eş eğitim düzeyi yükseldikçe katılımcıların dikkat ve konsantrasyonlarının, hayattaki amaç ve hedeflerinin, infertilite sorunu ile baş etmede aile, arkadaş ve sosyal baskı düzeylerinin etkilendiği görülmüştür. Evlilik şekline göre ölçeğin zihin/beden, duygusal, ilişkisel ve sosyal alt boyutları arasında anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p\leq 0,05$). İsteyerek evlenen katılımcıların yaşam kalitesinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Tablo 4).

Çift Uyum Ölçeğine göre katılımcıların toplam puan ortalaması $52,71 \pm 12,49$ 'dur (Tablo 5). Ölçeğin kesme noktası 101 olup, katılımcıların çift uyumlarının düşük olduğu görülmüştür.

Tablo 4. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre FertiQol karşılaştırmasına ilişkin bulgular

Sosyodemografik özellikler		FertiQol			
		Zihin/Bedem	Duygusal	İlişkisel	Sosyal
		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	80±11,562	73,33±17,331	97,50±3,727	85,83±12,707
	Okur-yazar	65±24,756	56,67±17,824	75,83±10,785	65±15,478
	İlkokul	66,35±26,359	57,16±20,118	73,93±22,392	72,33±21,492
	Ortaokul	66,03±24,938	50,82±23,101	77,81±16,552	71,74±21,044
	Lise	62,97±29,290	51,47±24,832	75,82±19,953	66,67±21,753
	Lisans ve üzeri	73,04±21,951	59,18±23,339	81,12±19,508	74,91±20,118
	t/F	1,150	1,659	1,797	1,577
p	0,596	0,167	0,033	0,147	
Çalışma durumu	Çalışıyor	68,70±25,518	57,22±22,068	79,27±19,510	73,78±22,013
	Çalışmıyor	66,57±26,142	54,17±25,532	77,23±19,536	70,43±20,868
	p	0,638	0,451	0,549	0,379
Gelir düzeyi	Gelir gider eşit	69,96±25,935	56,98±22,037	77,42±19,821	72,62±21,047
	Gelir giderden az	62,65±26,292	51,10±23,972	76,26±19,169	69,58±21,432
	Gelir giderden fazla	68,67±24,196	57,25±24,936	82,56±19,200	69,60±20,439
	t/F	1,917	1,673	1,076	0,555
p	0,112	0,142	0,197	0,497	
Eş eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	59,72±10,486	52,78±13,394	87,50±18,162	61,11±16,839
	Okur-yazar	60,42±20,370	56,25±20,026	79,86±18,336	63,19±21,314
	İlkokul	60,29±26,910	53,19±22,121	71,81±23,594	68,63±21,128
	Ortaokul	68,28±25,892	54,17±23,536	77,65±17,952	70,45±22,081
	Lise	63,87±27,980	50,53±24,106	75,79±19,487	68,04±22,216
	Lisans ve üzeri	76,70±20,884	63,10±21,883	83,67±16,879	79,76±16,294
	t/F	2,259	1,868	1,895	2,476
p	0,048	0,078	0,099	0,034	
Sosyal güvence varlığı	Var	66,89±26,626	54,99±23,781	77,90±19,275	71,19±21,508
	Yok	67,59±21,319	53,09±19,358	75,62±21,299	70,22±18,151
	p	0,878	0,646	0,601	0,823
Aile tipi	Çekirdek aile	66,64±25,725	54,42±23,346	77,21±19,749	70,55±21,074
	Geniş aile	68,63±27,521	56,37±22,962	79,63±18,387	73,61±21,223
	p	0,676	0,646	0,480	0,428
Eşin çalışma durumu	Çalışıyor	67,25±26,119	55,17±23,181	77,56±19,675	71,10±21,051
	Çalışmıyor	59,90±22,265	43,75±23,570	79,17±15,269	70,31±23,299
	p	0,433	0,173	0,780	0,918
Evlilik şekli	İsteyerek	128,64±51,632	105,37±45,564	152,04±39,432	136,84±40,569
	İstemeden	56,25±44,194	56,25±20,624	56,25±44,194	58,33±29,463
	p	0,020	0,047	0,050	0,001

Tablo 5. Katılımcıların çift uyumu ölçeği alt boyut ve toplam puan ortalamalarına ilişkin bulgular

	X ± SD	Min-Maks
Çift Uyumu	9,37 ± 11,184	0 - 56
Çift Doyumu	26,43 ± 4,434	11 - 39
Sevgi Gösterme	2,71 ± 1,839	0 - 12
Çiftlerin Bağlılığı	14,21 ± 4,396	0 - 23
Total	52,71 ± 12,497	28 - 102

Katılımcıların sosyodemografik özelliklere göre Çift Uyum Ölçeği alt boyut ve toplam puanları karşılaştırıldığında, katılımcıların eğitim düzeyi, çalışma durumu, gelir düzeyi, sosyal güvence varlığı, aile tipi ve eşin çalışma durumuna göre istatistiksel olarak aralarında anlamlı farklılık olmadığı görüldü ($p>0,05$). Eş eğitim düzeyine göre çift uyumu alt boyutu arasında anlamlı farklılık olduğu belirlendi ($p\leq 0,05$). Eş eğitim düzeyinin eşler arasındaki ortak fikir ve önemli konularda anlaşma konusunda etkisi olduğu tespit edilmiştir. Evlilik şekline göre çiftlerin bağlılığı alt boyutu arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu görüldü ($p\leq 0,05$). İsteyerek evlenenlerin eşleriyle daha çok birlikte zaman geçirdikleri ve paylaşımında buldukları tespit edildi (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre çift uyumu ölçeği karşılaştırmasına ilişkin bulgular

Sosyodemografik özellikler		Çift Uyum Ölçeği				
		Çift uyumu	Çift doyumu	Sevgi gösterme	Çiftlerin bağlılığı	Toplam
		X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD	X ± SD
Eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	1,20±2,683	27,80±2,950	1,60±0,894	13±5,431	43,60±4,722
	Okur-yazar	9±11,489	28,80±3,962	3,20±2,775	15,20±2,588	56,20±18,417
	İlkokul	11,32±10,411	25,85±5,107	2,79±2,028	12,56±4,430	52,42±11,545
	Ortaokul	9,70±9,935	26,13±4,593	2,46±1,456	14,48±3,822	52,76±11,883
	Lise	9,14±12,428	26,37±4,004	2,79±1,985	14,42±4,762	52,72±13,445
	Lisans ve üzeri	8,76±11,470	26,88±4,521	2,84±1,772	15±4,198	53,47±12,391
	t/F	0,804	0,656	0,694	1,627	0,644
p	0,099	0,492	0,675	0,142	0,372	
Çalışma durumu	Çalışıyor	8,29±10,826	26,85±4,927	2,59±1,703	15,17±4,335	52,90±12,310
	Çalışmıyor	9,62±11,282	26,33±4,318	2,74±1,874	13,99±4,393	52,67±12,575
	p	0,485	0,532	0,607	0,122	0,914
Gelir düzeyi	Gelir gidere eşit	8,52±11,121	26,59±3,990	2,81±1,776	14,10±4,171	52,02±12,287
	Gelir giderden az	10,30±11,153	26,16±4,984	2,69±2,030	14,24±4,557	53,39±13,243
	Gelir giderden fazla	9,81±11,710	26,63±4,404	2,41±1,448	14,59±4,877	53,38±11,103
	t/F	0,606	0,252	0,523	0,139	0,318
	p	0,405	0,960	0,531	0,619	0,557
Eş eğitim düzeyi	Okur-yazar değil	0,67±1,155	25,67±2,082	1,33±1,155	14,33±4,726	42±4,583
	Okur-yazar	7,67±8,779	26,50±2,074	2,50±0,837	14,67±3,011	51,33±7,891
	İlkokul	11,67±11,224	26,56±4,514	2,41±2,047	12,26±4,399	52,79±10,410
	Ortaokul	10,73±10,178	26,07±5,258	2,82±1,808	14±4,012	53,61±12,206
	Lise	10,39±13,144	26,06±4,357	2,87±1,931	14,33±4,299	53,66±15,602
	Lisans ve üzeri	5,69±7,969	27,29±4,031	2,67±1,688	15,51±4,695	51,16±8,503
	t/F	2,039	0,550	0,684	2,302	0,738
p	0,013	0,380	0,390	0,20	0,527	
Sosyal güvence varlığı	Var	9,24±11,296	26,28±4,358	2,71±1,796	14,25±4,355	52,47±12,296
	Yok	10,26±10,534	27,44±4,894	2,74±2,159	13,96±4,751	54,41±13,940
	p	0,659	0,203	0,940	0,752	0,499
Aile tipi	Çekirdek aile	9,21±11,196	26,55±4,506	2,80±1,900	14,26±4,420	52,81±12,557
	Geniş aile	10,14±11,251	25,83±4,060	2,28±1,446	14±4,329	52,25±12,360
	p	0,652	0,379	0,067	0,750	0,807
Eşin çalışma durumu	Çalışıyor	9,44±11,336	26,42±4,492	2,73±1,854	14,14±4,442	52,72±12,656
	Çalışmıyor	7,50±6,211	26,75±2,659	2,13±1,356	16,13±2,416	52,50±7,801
	p	0,427	0,744	0,254	0,057	0,940
Evlilik şekli	İsteyerek	18,21±22,095	52,71±9,434	5,43±3,967	27,84±8,907	104,19±25,632
	İstemeden	29±38,184	29,50±2,121	4,50±4,950	8,50±2,121	71,50±38,891
	p	0,449	0,470	0,731	0,035	0,112

Tablo 7. Katılımcıların infertil kadınlarda maruz kalınan şiddeti belirleme ölçeği ile doğurganlık yaşam kalitesi ölçeği arasındaki ilişkiye yönelik bulgular

İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği	Doğurganlık Yaşam Kalitesi Ölçeği							
	Zihin/Beden		Duygusal		Sosyal		İlişkisel	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Aile içi şiddet	-0,440	<0,001	-0,416	<0,001	-0,508	<0,001	-0,437	<0,001
Sosyal baskı	-0,470	<0,001	-0,455	<0,001	-0,520	<0,001	-0,439	<0,001
Cezalandırma	-0,452	<0,001	-0,436	<0,001	-0,537	<0,001	-0,433	<0,001
Geleneksel uygulamalara maruz kalma	-0,484	<0,001	-0,476	<0,001	-0,497	<0,001	-0,305	<0,001
Dışlanma	-0,426	<0,001	-0,380	<0,001	-0,423	<0,001	-0,377	<0,001
Çift Uyum Ölçeği								
İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddeti Belirleme Ölçeği	Çift Uyumu		Çift Doyumu		Sevgi Gösterme		Çiftlerin Bağlılığı	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Aile içi şiddet	0,421	<0,001	-0,102	0,134	0,288	<0,001	-0,239	<0,001
Sosyal baskı	0,298	<0,001	-0,098	0,153	0,223	0,001	-0,165	0,015
Cezalandırma	0,377	<0,001	-0,058	0,397	0,241	<0,001	-0,232	0,001
Geleneksel uygulamalara maruz kalma	0,265	<0,001	-0,057	0,404	0,195	0,004	-0,185	0,007
Dışlanma	0,264	<0,001	-0,070	0,307	0,183	0,007	-0,093	0,174

TARTIŞMA

Çalışmada katılımcıların İKMKŞBÖ toplam puanları ortalama $43,66 \pm 17,95$ olarak bulunmuştur. Öztürk ve arkadaşlarının (2017) infertilite tedavisi gören kadınlarda şiddetin yaygınlığını ve infertilitenin şiddete etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları 301 infertil kadın katılımcıyı içeren çalışmalarında ölçek puan ortalaması $38,74 \pm 11,49$ olarak belirlenmiştir (16). Kahyaoğlu ve arkadaşlarının (2017) infertil kadınlarda maruz kalınan şiddetin cinsel fonksiyonlar üzerine etkisini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada ölçek puan ortalamasını $40,5 \pm 9,9$ olarak belirlemişlerdir (17). Yapılan çalışmalarda infertilitenin aile içi şiddeti artırıcı ya da şiddete neden olan bir faktör olduğu belirlenmiştir. Çalışmalarda şiddete maruz kalan kadınların %7-41,6'sının infertilite nedeniyle şiddete maruz kaldığı belirtilmiştir (16-21). Yapılan bazı çalışmalar kadın faktörlü infertilitenin daha yaygın olduğunu, infertilite tedavisi gören kadınların, şiddetin bir çeşidine maruz kaldıklarını ve sosyal baskı gördüklerini saptamışlardır (22-26). Yıldızhan ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada kadınların %33,6'sının infertilite sebebiyle aile içi şiddete maruz kaldığını ve bu kadınların %78'inin kadın faktörlü infertilite sorunu yaşadığı tespit edilmiştir (18). Çalışma sonuçlarımız yapılan çalışmalarla benzerlik göstermekte olup, infertil kadınların şiddete maruz kaldığı görülmektedir.

Çalışmamızda kadının eğitim düzeyine göre şiddet ölçeğinde anlamlı farklılık gözlenmezken, eş eğitim düzeyine göre aile içi şiddet alt boyutu, sosyal baskı alt boyutu, geleneksel uygulamalara maruz kalma alt boyutu ve toplam puan arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmıştır. Erkek eğitim seviyesi yükseldikçe şiddetin azaldığını belirleyen çalışmalar, eş eğitim seviyesinin düşmesiyle kadına yönelik şiddetin arttığını ifade etmekteledir (27-30). Eş eğitim düzeyi düştükçe; aile içi şiddet, sosyal baskıya ve geleneksel uygulamalara maruz kalma artmaktadır. Literatürde kadının eğitim seviyesinin düşük olmasının şiddete maruziyeti artırıcı etki gösterdiği belirtilmektedir (16,30). Kadınların eğitim seviyelerinin düşük olma durumu ile şiddet arasındaki ilişkinin, kadınların sosyal ve ekonomik anlamda eşlerine bağlı olmalarından kaynaklandığı düşünülebilir. Literatürden farklı olarak çalışmamızda kadının eğitim seviyesi ile şiddet arasında anlamlı farklılık görülmemiştir. Eşlerin eğitim düzeyi arttıkça maruz kalınan şiddet azalmaktadır. Çalışmamızı destekler nitelikte kadınların eğitim durumu ile şiddet arasında anlamlı bir ilişkinin mevcut olmadığını belirten çalışmalar da vardır (31,32). Buna karşılık kadının eğitim seviyesinin yükselmesiyle aile içi şiddetin düşmesi arasında anlamlı ilişki olduğunu belirten çalışmalar literatürde mevcuttur (27,28). Aile tipinin, evlilik şeklinin, gelir

düzeşinin, kırsal alanda yaşamanın şiddet üzerinde etkisi olduğunu bildiren çalışmalar literatürde mevcutken (33-35), bizim çalışmamızda evlilik şekli, gelir düzeyi, aile tipine göre şiddete maruz kalma açısından anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Çalışmamızda infertilite nedeninin şiddet üzerinde etkisi olmadığı görüldü. Yapılan bir çalışmada infertilite nedeninin kadına ait olmasının şiddete maruz kalmada risk faktörü olduğu saptanmıştır (36). Çalışmamızda infertilite süresinin uzaması, İKMKŞBÖ toplam ve sosyal baskı, cezalandırma, dışlanma alt boyutları ile aralarında anlamlı farklılık görülmüş, sonucunda kadınların, sosyal baskıya, cezalandırılmaya, dışlanmaya maruz kaldığı tespit edilmiştir.

Genel anlamda çalışmamıza ve literatürdeki araştırmalara baktığımızda infertilite hem kadınları hem erkekleri yıpratıcı etkilere sahip olup, özellikle kadınların şiddete maruz kalmasına, evlilik uyumlarının zedelenmesine, yaşam kalitelerinin düşmesine sebebiyet vermektedir. Çalışmamızda katılımcıların FertiQol toplam puan ortalaması $70,41 \pm 20,33$ 'dur. FertiQol ölçeğinden alınan toplam puanlar Çavdar ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında $73,06 \pm 6,08$, Çetinbaş ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında $71,1 \pm 13$, Hsu ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında $55,12 \pm 13,72$ olarak belirtilmiştir. (14,37,38). Kavlak ve Saruhan'ın (2002) çalışmasında çalışma durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi ve infertilite süresinin yaşam kalitesini etkilediği belirtilmişken (39), bizim çalışmamızda bu durumlara göre yaşam kalitesi arasında anlamlı farklılığa rastlanmamıştır.

Çalışmamızda katılımcıların Çift Uyum Ölçeği toplam puan ortalaması $52,71 \pm 12,49$ 'dur. Ölçeğin kesme noktası 101 olup, katılımcıların çift uyumlarının düşük olduğu görülmüştür. Yapılan araştırmalarda infertilitenin evlilik uyumunu olumsuz etkilediği görülmüştür (40-42). Çalışmamızda evlilik şekli ile çift uyum ölçeğinin toplam alt boyut ortalamasında anlamlı fark bulunmazken çiftlerin bağlılığı açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Benzer olarak bazı çalışmalarda infertilite tedavisinde yaşanan olumsuz duygu durumlarının eşleri birbirine yakınlıştırdığı, aralarındaki uyumu artırdığı ve evlilik ilişkisini pozitif yönde etkilediği bildirilmiştir (43,44).

Kadına yönelik aile içi şiddetin bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmesi söz konusudur. Bu bakımdan kadınlara yönelik tedavi edici ve koruyucu sağlık hizmeti sunumu sırasında, onlar için söz konusu olan bu sorun yönünden de durum değerlendirmesi yapmayı göz ardı etmemek gerekmektedir. Bu değerlendirmeyi yapmak; kadına yönelik şiddet olasılığını sağlık açısından irdelemek, hekimin-sağlık çalışanının görevi ve sorumluluğudur. Sağlık alanında kadına yönelik şiddeti tanılamak ve ilgili toplumsal düzenekleri harekete geçirmek görevi-sorumluluğu, yasal açıdan olduğu gibi tıp etiğine uygun olma açısından da bir gerekliliktir (45). Araştırma sonucunda infertil kadınların maruz kaldığı şiddetin yaşam kalitesi ve evlilik uyumlarını olumsuz yönde etkilediği belirlenmiştir. İnfertilite kadınların şiddete maruz kalmalarında bir risk oluşturmaktadır. İnfertil kadınlar cinsiyet ayrımcılığı, maruz kaldıkları şiddet, çokeşlilik ve ötekileştirilme açısından incinebilir gruplar içerisine girmekte olduklarından, sağlık profesyonelinin bilgilendirme ve hassas yaklaşımı oldukça önem arz etmektedir. Sağlık profesyonelleri infertilite tedavisi gören çiftlere bakım verirken aile içi şiddeti, toplumsal cinsiyet eşitsizliklerini göz önünde bulundurmalı ve bunlara yönelik toplum bilincini yükseltecek farkındalığı artırmalıdır. İnfertil gruplar hassas gruplar olarak nitelendirilip daha dikkatli bakım verilmelidir. Tedavi sürecinde bu gruplarla yakından ilgilenirken, stresörleri, fiziksel ve ruhsal değişimleri, yaşam tarzı, acı, kayıp, öfke gibi duygu ve düşünceleri ifade etmeleri ve tüm bu olumsuz durumlarla başa çıkma yöntemleri konusunda biyopsikososyal yönden tam bir destek verilmelidir. Tedavi sürecinde bireylerin yaşam kaliteleri ve çift uyumları değerlendirilmeli ve ihtiyaç duydukları eğitim/danışmanlık ve bakım hizmetleri sunulmalıdır.

Finansal Destek

Bu çalışma, Çukurova Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri tarafından TYL-2019-12111 proje numarası ile desteklenmiştir.

Çıkar Çatışması

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

1. Ocak D. Bir İnsan Hakları Sorunu Olarak Kadına Yönelik “Şiddet”. Kart B, danışman. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Felsefe Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. Aydın, 2017.
2. Kaya Y, Tahta T. İnfertilite. İçinde: Fıskın G, editör. Kadın Sağlığı Uygulamaları ve Jinekolojik Sorunlar. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2022: 362-382.
3. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2007; 21 (2): 293-308.
4. Alosaimi FD, Bukhari M, Altuwirqi M. Gender differences in perception of psychosocial distress and coping mechanisms among infertile men and women in Saudi Arabia. *Human Fertility*, 2017; 20 (1): 55-63.
5. Şen S, Sevil Ü. Stigma experiences of infertile women: A qualitative study in Turkey. *Uluslararası Hakemli Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Dergisi*, 2016; 6: 63-82.
6. Höbek Akarsu R, Kızılkaya Beji N. Spiritual and religious issues of stigmatization women with infertility: A qualitative study: Spiritual and religious issues of stigmatization. *Journal of Religion and Health*, 2021; 60: 256-267.
7. Onat G, Kızılkaya Beji N. Marital relationship and quality of life among couples with infertility. *Sexuality and Disability*, 2012; 30: 39-52.
8. Coşkun Potur D, Onat G & Doğan Merih Y. An evaluation of the relationship between violence exposure status and personality characteristics among infertile women. *Health care for women international*, 2019; 40 (11): 1135-1148.
9. Onat G. Development of a scale for determining violence against infertile women: A scale development study. *Reproductive Health*, 2014; 11 (18): 1-8.
10. World Health Organization. Programme on mental health: WHOQOL User Manual (No. WHO/HIS/HSI Rev. 2012.03). World Health Organization, 1998.
11. Skevington SM, Lofty M, O’Connell KA. The World Health Organization’s WHOQOL-BREF Quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial a report from WHOQOL-Group. *Quality of Life Research*. 2004; 13 (2): 299-310.
12. Mousavi SA, Masoumi SZ, Keramat A, Pooralajal J, Shobeiri F. Assessment of questionnaires measuring quality of life in infertile couples: a systematic review. *J Reprod Infertil*, 2013; 14 (3): 110-119.
13. Boivin J, Takefman J, Braverman A. The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Human Reproduction*, 2011; 26 (8): 2084-2091.
14. Çetinbaş A, Dağdeviren HN, Öztora S, Çaylan A, Sezer Ö. Doğurganlık Sorunu Yaşayan Kişiler İçin Hayat Kalitesi Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun İç Güvenilirlik Analizi. *Euras J Fam Med*, 2014; 3 (2): 105-110
15. Fışiloğlu H, Demir A. Applicability of The Dyadic Adjustment Scale for Measurement of Marital Quality With Turkish Couples. *European Journal of Psychological Assessment*, 2000; 16: 214-218.
16. Ozturk R, Taner A, Guneri S, Yılmaz B. Another face of violence against women: Infertility. *Pak J Med Sci*, 2017; 33 (4): 909-914.
17. Kahyaoglu HS, Öztürk S. İnfertil Kadınlarda Maruz Kalınan Şiddetin Cinsel Fonksiyonlar Üzerine Etkisi. 2. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı ve Eğitimi Kongresi, 05-06 Ekim 2017, Bildiri Özet Kitabı, 2017: 241.
18. Yıldızhan R, Adalı E, Kolusarı A, Kurdoğlu, M, Yıldızhan B, Şahin G. Domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *Int J Gynecol Obstet*, 2009; 104: 110–112.
19. Bibi S, Ashfaq S, Shaikh F, Qureshi PMA. Prevalence, instigating factors and help seeking behavior of physical domestic violence among married women of Hyderabad, Sindh. *Pak J Med Sci* 2014; 30: 122–125.
20. Ameh N, Kene TS, Onuh SO, Okohue JE, Umeora DU, Anozie OB. Burden of domestic violence amongst infertile women attending infertility clinics in Nigeria. *Niger J Med*, 2007; 16: 375–377.
21. Kaur S, Patidar AB, Meenakshi M, Sharma S. Domestic violence and its contributory factors among married women in selected slums of Ludhiana, Punjab. *Nurs Midwifery Res J*, 2014; 10: 30–35.
22. Sarı R, Erciyes JC. İnfertil Çiftlerde Psikolojik, Sosyal ve Cinsel Problemler, İstanbul Kent Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi, 2021; 2 (2): 79-94.
23. Karaca A, Unsal G. Psychosocial Problems and Coping Strategies among Turkish Women with Infertility. *Asian Nurs Res*, 2015; 9 (3): 243-50.
24. Parnian R, Poorgholami F, Parandavar N, Jamali S, Shakeri F. A comparative study of quality of life in infertile and fertile women referred to jahrom infertility clinics. *Global Journal of Health Science*, 2017; 9 (4): 174-181.
25. Li Y, Zhang X, Shi M, Guo S, Wang L. Resilience acts as a moderator in the relationship between infertility-related stress and fertility quality of life among women 59 with infertility: A cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2019; 17 (38): 1-9.
26. Ghaly AS, Essa RM, Yassin ST. Intimate partner violence against infertile women. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 2019; 8 (4): 10-25.

27. Dhont N. Mama and Papa nothing: Living with infertility among an urban population in Kigali, Rwanda. *Human Reproduction*, 2011; 26: 623-629.
28. Hasanpoor SB. The social consequences of infertility among Iranian women: A Qualitative Study. *International Journal of Fertility and Sterility*, 2015; 8: 409-420.
29. Moghadam ZB, Ardabily HE, Salsali M, Ramezanzadeh F, Nedjat S. Physical and Psychological Violence against Infertile Women. *Journal of Family and Reproductive Health* 2010; 4 (2): 65-67.
30. Akyüz A. Studying the effect of infertility on marital violence in Turkish women, *International Journal of Fertility and Sterility*, 2013; 6: 286-293.
31. Ardabily HE. Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 2011; 112: 15-17.
32. Sami N, Ali TS. Domestic violence against infertile women in Karachi, Pakistan. *Asian Review of Social Sciences*, 2012; 1 (1): 15-20.
33. Çalışkan A. İnfertil kadınların yaşadıkları aile içi şiddet ve baş etme yöntemleri. *J Psychiatric Nurs*, 2021; 12 (4): 297-306.
34. Çelik AS, Kırca N. Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2018; 231: 111-116.
35. Lotfy M, Hamdy A, Mansour A, Ghoneim HM. Prevalence and risk factors for domestic violence among infertile Egyptian women: A cross-sectional study. *Eur J Contracep Reprod Health Care*, 2019; 24: 362-367.
36. Emül T, Buldum A. İnfertilite Sorunu Yaşayan Kadınların Şiddete Maruz Kalma Durumlarının Belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri J Foren Sci Leg Med*, 2020; 17 (2): 155-161.
37. Çavdar NK. İnfertilitenin Bireyin Yaşam Kalitesine ve Benlik Saygısına Etkisi. Coşkun AM, danışman. Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 2017.
38. Hsu PY, Lin MW, Hwang JL. The fertility quality of life (FertiQoL) questionnaire in Taiwanese infertile couples. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2013: 204-209
39. Kavlak O, Saruhan A. İnfertil Kadınlarda Yalnızlık Düzeyi ve Bunu Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Ege Tıp Dergisi*, 2002; 41: 229-232.
40. Cetişli NE, Ören EDT, Kaba F. İnfertil çiftlerde çift uyumu ve umutsuzluk. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2019; (3): 422-426.
41. Samadaee-Gelekholaee K, McCarthy BW, Khalilian A, Hamzehgardeshi Z, Peyvandi S, Elyasi F, Shahidi M. Factors associated with marital satisfaction in infertile couple: A comprehensive literature review. *Global J Health Sci*, 2016; 8: 96-109.
42. Şenoğlu A, Alan S. İnfertil Bireylerin Kaygı Düzeyleri, Sosyal Destek Algısı ve Evlilik Uyumunun İncelenmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 2021; 15 (4): 661-675.
43. Repokari L, Tulppala M, Vilksa S, Unkila-Kallio L. Infertility treatment and marital relationships: A 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Hum Reprod*, 2007; 22: 1481-1491.
44. Schmidt L, Holstein B, Christense U, Boivin J. Communication and coping as predictors of fertility problem stress: Cohort study of 816 participants who did not achieve a delivery after 12 months of fertility treatment. *Hum Reprod*, 2005;20(11): 3248-3256.
45. Kayrın N. Fiziksel Şiddete Uğramış Kadınlar ve Tıptan Beklentileri: Kadın Hasta Hakları Çerçevesinde Bir Değerlendirme. Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı Doktora Tezi. Kadıoğlu S, danışman. Adana, 2011.

Postmenopozal Kadınların Yaşamlarındaki Fiziksel, Ruhsal ve Sosyal Değişimlerin Niteliksel Olarak İncelenmesi: Tematik Bir Analiz*

Qualitative Examination of Physical, Spiritual and Social Changes in the Lives of Postmenopausal Women: A Thematic Analysis Running Title in English: Evaluation of Postmenopausal Women

Zeynep TÜZÜN^a, Şükran PEKER^b, Melda KARAVUŞ^c, Gamze BASTEM^d, Ebru TEMEL KURT^e, Güllale YALÇIN^f, Songül KÖÇEK^g, Melike Nur BALATLIOĞLU^h, Seyhan HİDİROĞLUⁱ, Miray SANCAKTAR DEMİRÖZ^j

Özet

Amaç: Postmenopozal dönemdeki kadınların fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak desteklenmesi, kadınların en önemli haklarından ve bu durum, kültürel ve etik değerlere uygun bir şekilde ele alınmalıdır. Bu çalışmada, postmenopozal kadınların yaşamlarındaki fiziksel, ruhsal ve sosyal değişimlerle birlikte menopoza hakkındaki düşünceleri ve koruyucu sağlık uygulamalarına dair yaklaşımlarının niteliksel olarak incelenmesi amaçlanmaktadır. **Gereç ve Yöntem:** Araştırma yarı-yapılandırılmış soru rehberi kullanılarak derinlemesine görüşme yöntemi uygulanan niteliksel bir çalışmadır. Kırk yaş üzeri, en az 12 aydır amenoreesi bulunan, postmenopozal kadınlar gönüllülük esasına göre çalışmaya dahil edilmiştir. Görüşmelerin transkriptlerinin tamamlanmasının ardından Atlas.ti programı ile tematik analiz yapılarak elde edilen kodlara göre alt temalar ve ana temalar oluşturulmuştur. **Bulgular:** Çalışmada 10 katılımcı bulunmaktadır. Yaş ortalamaları 51,5'tir, en küçüğü 43, en büyüğü 65 yaşındadır. Katılımcılardan erkek menopoza giren 2 kişi bulunmaktadır. Kadınların farklı seviyelerde olmak üzere tümü terleme ve ateş basması gibi fiziksel değişimlerin yanı sıra daha kaygılı ve sinirli hissetme gibi birtakım ruhsal değişimler yaşamıştır ve bu değişimlerle baş etmede çeşitli yollar denemiştir. Kanseri korkusuyla tıbbi tedavi yerine bitkisel ürün kullanan katılımcılar mevcuttur. Katılımcıların bir kısmı eşlerinin ve sosyal çevrelerinin desteğinden memnunken, bu konuda sitemkar olanlar da vardır; ayrıca bu dönemde sosyal itibarlarında bazı sıkıntılar yaşadıklarını vurgulayan katılımcılar da bulunmaktadır. **Sonuç:** Katılımcılar, menopoza döneminde birçok fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişim yaşamakta ve bu değişimlerle başa çıkmak için çeşitli yöntemler denemektedirler. Katılımcılar, özellikle eşleri olmak üzere sosyal desteği önemsedikleri için, toplumda menopoza farkındalığının artırılmasının ve menopoza kadınlara ait olan sorunların aileleri, çevreleri ve sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından yaşam kalitelerini iyileştirme çabalarının desteklenmesi önerilebilir. Bu öneriler, süreci daha az duygusal zorlukla geçirmelerine katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel; kadın; menopoza; psikososyal.

* Bu çalışma 13-18 Aralık 2023 tarihlerinde gerçekleşmiş olan 5. Uluslararası ve 23. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde sözlü sunum olarak sunulmuştur.

^a Asistan Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ✉ zeynep.tuzun@gmail.com ORCID: 0009-0002-5314-9047

^b Doktor, Malkara İlçe Sağlık Merkezi, Tekirdağ, Türkiye. ✉ sukranpeker16@gmail.com ORCID: 0000-0002-4584-9986

^c Profesör Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ✉ karavusmelda1@gmail.com ORCID: 0000-0003-2629-2374

^d İntern Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye. ✉ gamze_bastem@hotmail.com ORCID: 0009-0003-1031-3668

^e İntern Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye. ✉ temelcbru469@gmail.com ORCID: 0009-0004-5183-124X

^f İntern Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye. ✉ gullale.demir@hotmail.com ORCID: 0009-0007-7040-2477

^g İntern Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye. ✉ songulnuray@hotmail.com ORCID: 0009-0006-1614-3673

^h İntern Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye. ✉ melibalat@gmail.com ORCID: 0009-0000-0018-8240

ⁱ Profesör Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ✉ seyhanerginh@gmail.com ORCID: 0000-0001-8656-4613

^j Asistan Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. ✉ miray.sanc@gmail.com ORCID: 0000-0001-6113-3163

Gönderim Tarihi: 01 Ekim 2024 • Kabul Tarihi: 23 Ekim 2024

Abstract

Objectives: Supporting women physically, mentally, and socially during the postmenopausal period is one of their most important rights, and this issue should be addressed in accordance with cultural and ethical values. This study aims to qualitatively examine the thoughts of postmenopausal women regarding the physical, psychological, and social changes in their lives, as well as their approaches to preventive healthcare practices. **Materials and Methods:** This research is a qualitative study in which in-depth interview methods were applied using a semi-structured questionnaire. Women aged over 40, who have had amenorrhea for at least 12 months, were included in the study on a voluntary basis. After the completion of the transcripts of the interviews, thematic analysis was conducted using the Atlas.ti program, and sub-themes and main themes were formed based on the codes obtained. **Results:** The study includes 10 participants, with an average age of 51.5 years, the youngest being 43 and the oldest 65. Two of the participants experienced early menopause. All women, to varying degrees, experienced physical changes such as sweating and hot flashes, as well as psychological changes like feeling more anxious and irritable, and they tried various methods to cope with these changes. Some participants used herbal products instead of medical treatment due to fear of cancer. While some participants were satisfied with the support from their spouses and social circles, others expressed dissatisfaction. Additionally, some participants highlighted difficulties in maintaining their social status during this period. **Conclusion:** Participants experience many physiological and psychological changes during menopause and try various methods to cope with these changes. Since participants highly value social support, especially from their spouses, raising awareness of menopause in society and supporting efforts to improve the quality of life of menopausal women by their families, communities, and healthcare providers could be recommended. These recommendations may help reduce the emotional difficulties experienced during the process.

Keywords: Physical; women; menopause; psychosocial.

GİRİŞ

Menopoz, kadınların over fonksiyonlarındaki gerilemeye bağlı üreme yeteneğinin son bulduğu yaşam dönemidir (1). Dünya Sağlık Örgütü (DSO) bu dönemi; ovaryumun aktivitesini yitirmesi sonucunda menstrüasyonun kalıcı olarak sonlanması olarak tanımlamaktadır (2). Toplumlara göre değişmekle birlikte kadınların büyük bir kısmı 45-54 yaşları arasında menopoza girerler (3). Demografik dönüşüm sonucu doğuştan beklenen yaşam süresi, son 100 yılda oldukça uzamış ancak menopoza girme yaşı bir değişiklik göstermemiştir (4). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2022 verilerine göre, ülkemizde kadının doğuştan beklenen yaşam süresi 80,3 yıl olup yaşamının üçte birinden fazlasını (32 yıl) postmenopozal dönemde geçirmektedir.

Menopozla birlikte kadın bedeninde birtakım değişiklikler ve bu değişikliklere bağlı şikayetler meydana gelmektedir. Biyomedikal olarak bu sürece, yaşanan hormon eksikliğini karşılama ve tedavi dönemi şeklinde yaklaşılabilirken psikososyal ve kültürel bir perspektiften bakıldığında ise kadının hayatında bir aşama olarak görülebilir.

Menopoz dönemi algı ve deneyimleri, biyopsikososyal faktörler, kültürel ve ekonomik imkanlara göre farklılık gösterebilir (5). Bakış açısı ve tutumlar kültürden kültüre önemli ölçüde değişmektedir (6). Literatürde menopoza geçiş; özgürlük, rahatlama, üreme yükümlülüklerinden dinlenme zamanı, bilge bir kadına dönüşme ve yaşlanmayı yaşamın bir parçası olarak kabul etme zamanı olarak algılanabildiği gibi vücut imajındaki değişimler ve yaşlanma duygusuyla da ilişkilendirilebilmektedir (7). Benzer olarak kişinin yaşı, eğitim düzeyi, çocuk sayısı, ailenin ekonomik durumu, algılanan sağlık durumu, menopozal dönem şikayetlerinin yoğunluğu gibi sosyodemografik özelliklerle menopoz tutumu arasında bir ilişki bulunmaktadır (8).

Kadınlar, menopoz döneminde rahatlamak için bitkisel aromaterapiler, E vitamini, çuha çiçeği, sarı kantaron, kara yılan otu gibi geleneksel yöntemler kullanabilmektedir (9). Bununla birlikte menopoza yönelik tutumu iyileştirme çalışmaları ile şikayetlerin sıklığını ve şiddetini azaltmak mümkün olabilmektedir (10).

Menopoz dönemindeki kadınların destek mekanizmaları arttıkça, menopozal şikayetlerde azalma olduğu belirtilmekte; eş, aile ve sosyal desteğin etkili olabileceğine yönelik araştırmalar bulunmaktadır (11). Postmenopozal dönemdeki kadınların fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak desteklenmesi, kadınların en önemli haklarından ve bu durum, kültürel ve etik değerlere uygun bir şekilde ele alınmalıdır. Yazdkhasti ve Jalambadani; psikiyatrik destek gruplarının ve algılanan sosyal desteğin, özellikle vazomotor, psikososyal, fiziksel ve cinsel alanlarda yaşam kalitesini artırdığını saptamaktadırlar (12,13).

Koruyucu halk sağlığı uygulamaları yaşam kalitesini artıracak müdahalelerdendir. Postmenopozal östrojenin azalmasıyla kemik dansitesi düşmekte ve osteoporoz riskini önlemek için fizik aktivitenin teşvik edilmesi postmenopozal kadınların iyilik halini sürdürmelerinde yararlı olmaktadır (14). Menopoz döneminde hareket eksikliği kadınların sağlığını riske atmakta ve menopoz sorunlarını arttırmaktayken fizik aktivite ile birlikte sigarayı bırakma, aşırı alkol alımından kaçınma, besinlerle yeterli miktarda kalsiyum ve D vitamini alımı gibi yaşam tarzı değişiklikleri ise koruyucu uygulamalardandır (15).

Menopoz döneminde yaş ilerlemesi nedeniyle meme kanseri ve jinekolojik kanserlerin görülme sıklığının artması beklenirken, kanser taramaları sayesinde erken tanı imkanı sağlanarak mortalite oranları düşürülebilir ve toplumdaki kanser sıklığı azaltılabilir (16).

Bu çalışmada 40 yaş üstü postmenopozal kadınların yaşamlarındaki fiziksel, ruhsal ve sosyal değişimlerle birlikte menopoz hakkındaki düşünceleri ve koruyucu sağlık uygulamalarına dair yaklaşımlarının niteliksel olarak incelenmesi amaçlanmaktadır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırma niteliksel (kalitatif) bir araştırma olup fenomenolojik yaklaşım kullanılarak yarı-yapılandırılmış soru rehberi ile derinlemesine görüşme yöntemi uygulanmıştır. En az 12 aydır amenoreesi bulunan 40-69 yaş arası postmenopozal kadınlarla gönüllülük esasına göre görüşmeler yapılmıştır. Veri toplama sürecinin pandemi dönemine denk gelmesi sebebiyle; çevrimiçi video görüşmeler ile veri toplanmıştır. Katılımcılar kartopu ve maksimum çeşitlilik yöntemiyle seçilmiştir. Soru rehberinde ilk olarak sosyodemografik ve bireysel özelliklere yönelik mini anket bulunmaktadır. Daha sonra yarı-yapılandırılmış sorulara yer verilmiştir. Çalışmada konuyla ilgili literatür taranarak, araştırmacıların sosyal tıp ve niteliksel/kalitatif araştırmalar konusundaki daha önce yaptığı çalışmalarda deneyimlerinden yararlanılarak hazırlanan yarı-yapılandırılmış sorulara 3 adet pilot görüşme yapıp son şekli verilmiştir. Pilot görüşme yapılan kişiler çalışmaya dahil edilmemiştir. Yarı-yapılandırılmış soru rehberi menopoz hakkındaki düşünceleri, menopoz döneminde yaşamlarındaki fiziksel, ruhsal ve sosyal değişimleri, bu değişimlerle baş etme yollarına ve koruyucu sağlık uygulamalarına dair yaklaşımlarına yönelik açık uçlu soruları içermektedir. Soru rehberi ekte sunulmuştur. Sorular genelden özele doğru yazılmış ancak görüşmenin akışına göre görüşme sırasında soruların sırası gerekirse değiştirilmiştir. Görüşmeler, araştırmacının kendini tanıtmayı, katılımcıya araştırmanın amacından bahsetmesi ve katılımcıdan görüşme izni alınması ile başlamıştır. Araştırmada daha sağlıklı veriler elde edebilmek için belirli bir süre sınırlandırılması yapılmamış olup görüşmeler ortalama 25 dakika sürmüştür. Verilen yanıtlar kendini tekrarlamaya başladığında bir başka deyişle veri doygunluğuna ulaşıldığında görüşmeler tamamlanmış, toplam 10 katılımcı çalışmaya katılmıştır.

Niteliksel araştırma konusunda eğitim almış 4 araştırmacı tarafından görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Haziran 2021 tarihinde veri toplama süreci tamamlanmıştır. Katılımcılardan sözlü bilgilendirilmiş onam alınmış ve katılımcıların izni ile ses kaydı alınmış, kayıtların aynı gün transkriptleri oluşturulmuş ardından silinmiştir.

Katılımcılara görüşmenin anonim kalacağı güvencesi verilmiş ve rahat hissetmeleri sağlanmıştır. Görüşme sonrası oluşturulan transkriptlerin Atlas.ti programı aracılığıyla tematik içerik analizi yapılmış, oluşturulan kodlar doğrultusunda alt temalar ve ana temalar belirlenmiştir. Tüm çalışma sürecinde Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ) rehberinden yararlanılmıştır (17). Araştırmamız ilgili üniversitenin etik kurulundan 07.05.2021 tarihli toplantıda 09.2021.591 protokol numarası ile onay alınarak 2000 yılında revize edilen Helsinki Bildirgesine uygun biçimde hazırlanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 10 kadının yaş ortalaması 51,5'tir. Katılımcıların en küçüğü 43, en büyüğü 65 yaşındadır. Katılımcıların biri bekar, diğerleri ise evlidir. Katılımcıların yarısı ilkokul mezunu ve ev kadını olduklarını ifade etmiştir. Katılımcılardan biri histerektomi nedeni ile cerrahi yolla, diğer katılımcılar ise doğal yolla menopoza dönemine girdiklerini beyan etmiştir. Katılımcılardan yedisinin kronik hastalığı bulunmakta, altısı ise düzenli ilaç kullanmaktadır. Katılımcılardan erken menopoza giren 2 kişi bulunmakta; 33 ve 35 yaşlarında menopoza girmişlerdir. Bir katılımcı ise 27 yaşında menopoza girmeye başlayıp 15 yıl süresince hormon replasman tedavisi ile menopozu geciktirmiştir. Katılımcıların arasında çalışma süresince aktif sigara ve alkol kullanan bulunmamaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik ve bireysel özelliklerine göre dağılımı

Katılımcı	Yaş	Eğitim Düzeyi	Meslek	Beraber Yaşadığı Kişi	Kronik Hastalık Varlığı	İlaç Kullanım Durumu	Sigara-Alkol Kullanımı	Menopoza Girdiği Yaş	HRT (Hormon Replasman Tedavisi) Alma Durumu
1	54	Okuryazar	Ev kadını	Eşi ile (2 kişi)	Hipertansiyon	Yok	Kullanmıyor	47	Almamış
2	54	İlkokul mezunu	Aşçı	Eşi, kızı ve torunları ile (5 kişi)	Astım, Hipertansiyon, varis	Astım ilacı, Hipertansiyon ilacı	Sigarayı 6 ay önce bırakmış. Alkol kullanmıyor.	42	Almış. (Bu sayede 15 yıl geç girmiş.)
3	49	Üniversite mezunu	Öğretmen	Eşi ile (2 kişi)	Prolaktinoma	Prolaktinoma tedavisi ilacı (Dopamin agonisti)	Kullanmıyor	48	Almamış
4	45	Lise mezunu	Fabrika işçisi	Yalnız (Bekar)	Yok	Yok	Kullanmıyor	35	Almamış
5	54	Okuryazar	Ev kadını	Eşi ve çocukları ile (4 kişi)	Diyabet, Hipotiroidi, Menisküs Yırtığı	Diyabet ilacı, Tiroid ilacı	Kullanmıyor	51	Almamış
6	47	İlkokul mezunu	Ev kadını	Eşi ve çocukları ile (4 kişi)	Hipotiroidi, Osteoporoz	Tiroid ilacı	Kullanmıyor	42	Almamış (Doktor kullanmasını tavsiye etmiş, kullanmamış.)
7	47	İlkokul mezunu	Ev kadını	Eşi ve çocukları (5 kişi)	Yok	Yok	Kullanmıyor	43	Almamış
8	43	İlkokul mezunu	Ev kadını	Eşi ve çocukları (6 kişi)	Yok	Yok	Kullanmıyor	33	Almamış
9	65	Üniversite mezunu	Emekli öğretmen	Eşi ile (2 kişi)	KVS Ritim Bozukluğu	Antiagregan, Ritim düzenleyici ilaç	Kullanmıyor	57	Almamış
10	57	İlkokul mezunu	Ev kadını	Eşi ile (2 kişi)	Hipertansiyon, Diyabet	Hipertansiyon ve Diyabet ilaçları, Antiagregan	Kullanmıyor	49	Almamış

Tablo 2. Ana temalar - alt temalar tablosu

Ana Temalar	Alt Temalar
A. MENOPOZHAKKINDAKİ DÜŞÜNCELER	A.1 Menopoz Tanımı Hakkındaki Düşünceler A.2 Menopoz Sonrası Bakış Açısı Değişimi A.3 Menopoz ve Doğurganlık İlişkisi A.4 Menopoz ve Temizlik İlişkisi
B. MENOPOZ SÜRECİ	B.1 Menopoz Sonrası Fiziksel Değişimler B.2 Menopoz Sonrası Ruhsal Değişimler B.3 Yaşanan Değişimlerle Başa Çıkma
C. MENOPOZ SONRASI SOSYAL İLİŞKİLER	C.1 Aile İçi İtibar C.2 Eşinin Tutumu C.3 Çevre Desteği
D. MENOPOZ SONRASI KORUYUCU SAĞLIK	D.1 Genel Sağlık D.2 Kanser Taramaları D.3 Kemik Taraması

A. Menopoz Hakkındaki Düşünceler

A.1 Menopoz tanımı hakkındaki düşünceler

Katılımcıların yarısından çoğu menopoz teriminin kendisine kadınların adetten kesilmesini, bir kısmı ise doğurganlığın kaybedilmesini ifade ettiğini belirtirken bazı katılımcılar da yaşlılık ilişkilendirdi.

“...Bir damlası dünyalara bedel! Yani bir damla da olsa adetim sökülürse bir damlası rabatlatıyor...” (K-2, 54 yaş, aşçı, menopoza girme yaşı 42, menopoza 15 yıl menopoz geciktirme tedavisi sonrasında girmiş)

“...Kadınların adet görme olayının bitmesi. Kadının doğum yapamayacağını gösteren bir şey...” (K-3, 49 yaş, öğretmen, menopoza girme yaşı 48, menopoza kendiliğinden girmiş)

“...Yani kadının regliden kesilmesi yaşlanmaya doğru döngüsünü ifade ediyor bence vücutta...” (K-6, 47 yaş, ev kadını, menopoza girme yaşı 42, menopoza kendiliğinden girmiş)

A.2 Menopoz sonrası bakış açısı değişimi

Katılımcıların yarıdan fazlası menopoz süreci ve şikayetlerinin, çevresindeki kişilerin anlattığı gibi zor olmadığını ve daha hafif bir süreç geçirdiklerini vurguladı. Menopoz dönemi bazı katılımcılar için kabul edilmesi zor bir durum iken bazı katılımcılar için ise hayatın doğal bir süreci olarak algılanmaktaydı. Katılımcılardan biri ise menopoz sürecine girdikten sonra adet döneminin kıymetini anladığını belirtti.

“...Söyle bir şey basta olduğunda adet dönemindeyken vücudun mesela ki hafif oluyo. Böyle bir rabatlamış oluyorsun. Onun kıymetini anlayabiliyorsun. Menopoz olduğun zaman o hep içinde çünkü. Sürekli içinde bir ağırlık hissediyorsun...” (K-2, 54 yaş, aşçı, menopoza girme yaşı 42, menopoza 15 yıl menopoz geciktirme tedavisi sonrasında girmiş)

“...Çevremden duyduklarım ve gördüklerime baktığım zaman korkuyodum menopoza girmekten. Aynı şeyi ben de yaşayacağım diye korkuyodum tabii ki. Ama kendi yaşadığım onlardan çok farklı oldu daha hafif geçti...” (K-10, 57 yaş, ev hanımı, menopoza girme yaşı 49, menopoza kendiliğinden girmiş)

A.3 Menopoz ve doğurganlık ilişkisi

Menopoz sonrası çoğu katılımcı çocuk isteklerinin olmaması nedeniyle menopoz ile doğurganlıklarını kaybetmenin onlar için sıkıntı olmadığını aksine gebe kalma stresinden kurtulduğunu beyan etti.

“...Valla bana hiçbir şey hissettirmede zaten çocuğum vardı. Olsa da olur olmasa da olur. E bundan sonra doğurmuyoruz etmiyoruz olmasa da olmasın zaten...” (K-7, 47 yaş, ev kadını, menopoza girme yaşı 43, menopoza cerrahi yöntemle girmiş)

“... Yani eğer çocuğum olmasaydı onun için de üzülür düşünürdüm ama elhamdülillah çocuğum olduğu için ben hiç çocuktan dolayı üzülmedim...” (K-8, 43 yaş, ev kadını, menopoza girme yaşı 33, menopoza kendiliğinden girmiş)

A.4 Menopoz ve temizlik ilişkisi

Katılımcıların yarısı menopoz ve temizlik arasında bir ilişki olduğunu belirtti. Ayrıca birkaç katılımcı adet kanından bahsederken “pis kan” ifadesini kullandı.

“... Tabii adet görmemenin iyi yanı her zaman temiz olmak dini olarak yani...” (K-4, 45 yaş, fabrika işçisi, menopoza girme yaşı 35, menopoza kendiliğinden girmiş)

“...çünkü hani bu pis kan var ya, hani diyorlar pis kanı atmak için, yani gerçekten de kurban olduğum Allah kadınlara verdiği çok büyük bir mucize yani. Ama gerçekten de hasta olduğun zaman o pis kan vücudundan gidiyor. Kanın temizleniyor...” (K-7, 47 yaş, ev kadını, menopoza girme yaşı 43, menopoza cerrahi yöntemle girmiş)

B. Menopoz Süreci

B.1 Menopoz sonrası fiziksel değişimler

Katılımcıların tümü menopoz döneminde fiziksel değişim yaşadıklarını belirtti. Katılımcıların çoğu menopoz sürecinde en fazla terleme ve ateş basması, üçüncü olarak da sıkıntı şikayetleri olduğunu, yarıdan fazlası da kilo aldığını ve kilo vermekte çok zorlandığını belirtti.

Bir diğer dikkat çeken nokta da cilt lezyonlarının arttığı, cildinin kuruduğu ve tüylerinin beyazladığı yönündeki beyanlarıydı. Ayrıca içinde el-ayakta yanma, kas/adele ağrısı (miyalji), nefes alamama diğer fiziksel şikayetler arasında belirtilmişti.

“...bir anda sıkıntı geliyor üzerine, ateş basıyor, daralyosun nefes almak istiyosun, üzerindeki çıkartmak istiyorsun. Ateş basması şekilde, yanma oluyor bir de kilo aldığımı düşünüyorum...” (K-3, 49 yaş, öğretmen, menopoza girme yaşı 48, menopoza kendiliğinden girmiş)

“...yani dinlediğim kadınlarda arkadaşlarla konuştuğumda genelde bu ter basması, ateş sıkıntısı oluyor ama kimisinde az oluyor kimisinde çok oluyor. Bazıları etkilenmediğini söylüyor ama çok yüksek seviyede yaşayanlar da var. Vücuttan vücuda değişiyor herhalde kişiden kişiye...” (K-6, 47 yaş, ev kadını, menopoza girme yaşı 42, menopoza kendiliğinden girmiş)

“...Yaşlanma olabilir. Yüzümdeki kırışıklıklarda biraz daha fazlalaşma oldu. Cildimde incelme olduğunu, kuruluk olduğunu hissettim. Nemlendirici kullanıyorum...” (K-9, 65 yaş, emekli öğretmen, menopoza girme yaşı 57, menopoza kendiliğinden girmiş)

B.2 Menopoz sonrası ruhsal değişimler

Katılımcıların çoğu çeşitli ruhsal değişimleri yaşadığını belirtirken katılımcılardan ikisi herhangi bir ruhsal değişim yaşamadığını söyledi. Katılımcıların çoğu daha kolay sinirlendiklerini dile getirirken unutkanlık ve alınganlık gibi değişimler yaşadığını belirten katılımcılar da bulunuyordu. Katılımcıların çoğu yaşlanıyor olmanın kaygısını taşıdığını belirterek bu hissini üzüntüye sebep olduğunu vurguladı.

“...Yani saçlarım bembeyaz oldu o yüzden yaşlandım diyorum. Ben kendimi zaten 100 yaşında hissediyorum. Benim adam diyor ben 20 yaşında hissediyorum. E tabi erkekler hiçbir şeyi kafaya takmadığı için...” (K-7, 47 yaş, ev kadını, menopoza girme yaşı 43, menopoza cerrahi yöntemle girmiş)

“...Anne sen daba asabi oldun, daba alıngan oldun annecim, her şeye alınıyorsun gibi sözler söylüyorlardı. Yanlış bir şey söylemememiğe rağmen alınıyorsun diyorlardı...” (K-10, 57 yaş, ev kadını, menopoza girme yaşı 49, menopoza kendiliğinden girmiş)

B.3 Yaşanan değişimlerle başa çıkma

Katılımcıların yarısından çoğu menopoz şikayetleriyle dışarı çıkıp yürüyüş yaparak, ince kıyafetler giyerek başa çıkarken; katılımcıların çoğu bitkisel ürünler (papatya çayı, lavanta çayı, aslan pençesi) kullanmış olduğunu beyan etmiştir. Katılımcıların 3 tanesi menopoz şikayetleri için doktora başvurmuş olup biri sakinleştirici ilaç kullandığını, biri ise psikiyatrik yardım aldığını ifade etmiştir. Ancak iki katılımcı menopoz şikayetlerini gidermek için ilaç kullanılmasına karşı olduklarını vurguladı.

“...Zaten doktorda bana dedi dedi: kendini dışarıya vur, sürekli biriyle konuş, evde kapanma, arkadaşın olsun, bir yerlere git kendini kapatma. Kapattıkça daha kötü olucak. Bende öyle yaptım. Beni psikiyatrye de gönderdiler...” (K-8, 43 yaş, ev kadını, menopoza girme yaşı 33, menopoza kendiliğinden girmiş)

“...İlaç takviyesi almadım. Sebebine gelince ilaç kullanmanın göğüs kanserine neden olduğunu duyunca papatya çayı içerek, yoğurt yiyerek atlatmayı tercih ettim. Terlemeyi çekersin ama Allah korusun göğüs kanseri olursan çok zor...” (K-9, 65 yaş, emekli öğretmen, menopoza girme yaşı 57, menopoza kendiliğinden girmiş)

C. Menopoz Sonrası Sosyal İlişkiler

C.1 Aile içi itibar

Katılımcıların çoğu aile içi itibar ve ilişkilerinde bir değişiklik olmadığını, menopoza girmeden önce evdeki durum nasılsa aynı şekilde devam ettiğini belirtti. Katılımcıların küçük bir kısmı ise aile içi ilişkilerinin menopoz öncesine göre kötü yönde etkilendiğini ifade etti.

“...İtibar olarak zaten benim ailede hiçbir zaman bir itibarım yoktu hiçbir şey değişmedi aynı sessiz sakin ben hayatıma devam ettim...” (K-4, 45 yaş, fabrika işçisi, menopoza girme yaşı 35, menopoza kendiliğinden girmiş)

“...Kötü oldu. Ailedeki herkes de diyordu sen sinirlisin sen normal bir insan gibi davranmıyorsun hep bağırıyorsun hep çağırıyorsun rahatsız oluyoruz. Yani sürekli kızlarım bana böyle derdi...” (K-8, 43 yaş, ev kadını, menopoza girme yaşı 33, menopoza kendiliğinden girmiş)

C.2 Eşinin tutumu

Katılımcıların yarısı menopoz sonrasında eşinin tutumunda bir değişiklik olmadığını belirtti. Katılımcılardan üçü menopoz sürecinde eşinin onu anlayışla karşıladığını çok destek olduğunu belirterek memnuniyetlerini dile getirdi. Öte yandan katılımcıların 2 tanesi eşinin bu süreci anlamadığından yakındığını belirten ifadeler kullandı. Menopoz sonrasında cinsel yaşamlarında bir değişiklik olup olmadığı konusunda katılımcıların çoğu çekimser kaldı. Bir katılımcı cinsel isteksizlik olduğunu belirtirken iki katılımcı ise cinsel yaşamlarında herhangi bir değişiklik olmadığını belirtti.

“... e tabi bi isteksizlik oluyor cinsel olarak eskisine göre. Gerçi çok da etkiledi diyemem ilişkimizi...” (K-3, 49 yaş, öğretmen, menopoza girme yaşı 48, menopoza kendiliğinden girmiş)

“...Eşimin tutumu çok iyiydi. Gerçekten valla çok çok iyiydi. Öyle sinirlisin filan hiç demedi. Allah razı olsun çok anlayışlıydı...” (K-7, 47 yaş, ev kadını, menopoza girme yaşı 43, menopoza cerrahi yöntemle girmiş)

C.3 Çevre desteği

Katılımcıların yaklaşık yarısı menopoz döneminde aile ve arkadaşlarının kendisine destek olduğunu dile getirdi. Katılımcılardan bir kısmı ise bu süreçte destek istemediklerini ve süreci rahatlıkla atlattıklarını ifade etti. Bazı katılımcıların çevreden destek görmediklerini dile getirirken sitemkar olmaları dikkat çekiciydi.

“...Hiç kimseden destek olmadı. Allah'tan oldu. Hiç kimseden olmadı hiç kimseden...” (K-1, 54 yaş, ev kadını, menopoza girme yaşı 46, menopoza kendiliğinden girmiş)

“...Ailem ve annem bana çok destek oldular. Annem bana çok üzülüp destek oluyordu. Bana çok iyi geliyordu. İnsanlara çok iyi geliyor, gerekiyor bence...” (K-8, 43 yaş, ev kadını, menopoza girme yaşı 33,menopoza kendiliğinden girmiş)

“...İlk 3 sene alıngan olduğum dönemlerde Allah razı olsun iyi idare ettiler...” (K-10, 57 yaş, ev kadını, menopoza girme yaşı 49, menopoza kendiliğinden girmiş)

D. Menopoz Sonrası Koruyucu Sağlık

D.1 Genel sağlık

Katılımcıların çoğu menopozun genel sağlıklarını etkilediğini ifade etmiş olup menopozla birlikte hastalıklarının arttığını, menopoz öncesinde daha sağlıklı olduklarını vurguladı.

“Tabii ki etkiliyor. Olmadığın zaman yani etkiliyor. Bütün hastalıkların patlak veriyor. Çünkü içinde ne oluyor toplanıyor toplanıyor çıkıyor sonra bir yerden.” (K-2, 54 yaş, aşçı, menopoza 15 yıl menopoz geciktirme tedavisi sonrasında girmiş)

“...menopozun genel sağlığımı bozduğunu düşünüyorum tabi, başlarda ruh sağlığımı etkiliyor. Ondan sonra bedensel olarak da etkileniyosun. Kadın vücudunda bir aşama büyük bir değişim oluyor...” (K-6, 47 yaş, ev kadını, menopoza girme yaşı 42, menopoza kendiliğinden girmiş)

D.2 Kanser taramaları

Katılımcıların yarısından çoğu taramalar hakkında bilgi sahibi idi. Katılımcıların çoğu yaptırması istenilen pap-smear, mamografi gibi tetkikleri önemseyerek yerine getirdiklerini vurguladı. Ancak çoğu katılımcı pandemi döneminde düzenli kontrollerin aksadığını dile getirdi. İki katılımcı ise herhangi bir tarama yaptırmadığını ve bu konuda bilgi sahibi olmadığını belirtti.

“...Rahim ağzı kanseri için smear yaptırıyorum ve meme kanseri için mamagrofye gidiyorum. Menopozdan önce pek bilgim yoktu bunlarla ilgili o süreçten sonra öğrendim ve şimdi düzenli yaptırıyorum...” (K-4, 45 yaş, fabrika işçisi, menopoza girme yaşı 35, menopoza kendiliğinden girmiş)

“...yaptırmadığım için bilmiyorum kimseye sormadım da bilmiyorum da çevremde yaptıran da yok...” (K-5, 54 yaş, ev kadını, menopoza girme yaşı 51, menopoza kendiliğinden girmiş)

D.3 Kemik taraması

Katılımcıların yarısı daha önce kemik taraması yaptırmadığını belirtti. Kemik taraması yaptıran katılımcılar taramayı bir kere yaptırdıklarını sonrasında düzenli takipte olmadıklarını ifade etti. Katılımcılardan bazıları kemik erimesini D vitamini kullanarak ve süt ve süt ürünleri tüketerek önlemeye çalıştıklarını belirtti.

“...Hiçbir bilgim yok hiç de yaptırmadım öyle bir şey...” (K-1 54 yaş, ev kadını, menopoza girme yaşı 46, menopoza kendiliğinden girmiş).

“...Ben tarama yaptırdım, kemik erimesi başlamış. Düzenli d vitamini kullanıyorum. Yoğurt yiyorum günde 1 kese, elimden geldiğince önlemeye çalışıyorum...” (K-4, 45 yaş, fabrika işçisi, menopoza girme yaşı 35, menopoza kendiliğinden girmiş).

TARTIŞMA

Araştırma, menopozdaki kadınların yaşamlarındaki fiziksel, ruhsal ve sosyal değişimleri derinlemesine görüşmeler ile ortaya koyan niteliksel (kalitatif) tipte bir araştırmadır.

A. Menopoz Hakkındaki Düşünceler

Çalışmada katılımcılar çoğunlukla menopoza “kadınların adetten kesilmesi, doğurganlığın bitmesi ve yaşlanma” olarak tanımlamaktadır. Menopoz tanımı, literatürde de benzer şekilde menstrüasyonun kalıcı olarak sonlanması şeklinde tanımlanır (18). Her ne kadar birçok kadın menopoza benzer sözcüklerle tanımlasa da inanışlar, kültürler, eğitim düzeyi ve yaşanan sosyal çevre; bakış açısı ve algıyı etkilemektedir. Örneğin, daha fazla doğurma fikrinin önemli olduğu, kadınlıkla doğurganlık özdeş tutulduğu ataerkil toplumlarda adet kesilmesi yaşamın, gençliğin ve kadınlığın da sona ermesi olarak algılanmaktayken batılı toplumlarda özgürlük ve rahat bir cinsel yaşam olarak görülmektedir (19).

Menopoz sonrası yaş ile birlikte kadının statüsü yükseldiği, olgunluğun kadına yeni bir güç verdiği, kadınların toplumdaki saygınlığı, özgürlüğü, değeri, rolü ve kabul edilebilirliklerinin arttığı toplumlarda ise menopoza ilişkin sorunlar daha azdır (20). Çalışmada kadınların çoğu menopoza ‘kirli kanın vücutta kalması’ şeklinde ifade etmekte ve atılamayan kirli kanın menopoz şikayetlerine sebep olduğu görüşünü benimsemektedir.

Menopoz ve temizlik arasında bir ilişki olduğunu belirten katılımcılar adet kanından bahsederken “pis kan” ifadesini kullandı. Bunun yanı sıra ‘Bir damlası dünyalara bedel’ söylemiyle adet görmenin kendisini rahatlattığından bahseden katılımcı da mevcuttur. Menopoza bakış açılarını ‘her kadının başına gelen doğal bir süreç’ olarak ifade eden katılımcılarla birlikte, ‘yaşlanma’, ‘gençliğini yitirme’ ifadeleri ile süreci olumsuz algıladıklarını belirten katılımcılar da bulunmaktadır. Literatüre bakıldığında kadınların bir kısmının menopoza karşı çelişkili bilgilere, sosyal söylentilere ve uygun bilgiye sınırlı erişimde oldukları görülmekte; bu durum menopoz hakkında bilinçsizliği ve olumsuz tutumları artırmaktadır (21). Olumsuz algıların yanı sıra adet döneminin son bulmasının kadınları rahatlattığı, kirlilikten arındırdığı ve özgürleştirdiği yönünde görüşlere yer verilmekte kadınların bu dönemde kendilerini daha rahat hissettiklerini ve öz kabullerini gerçekleştirdiklerini, güçlü ve zayıf yönlerini bilmekle birlikte uzun yıllar devam eden yerleşik ilişkilere, becerilere ve yeteneklere sahip oluklarından bahsettikleri görülmektedir (22). Antropolog Mary Cathrine Bateson’un Roman toplumlarında yaptığı incelemelerde kadının adet kesilmenin kirliliği temizlediği ve cinsellikte kocasından utanmasına gerek kalmadığı yönünde görüşler mevcut bulunmakta, bu kadınların erkeklerle birlikte vakit geçirebildiği, yemek yiyebildiğini, önceden yasak olan şeyleri yapabildiği nihayetinde toplumdaki kabul edilirliliğinin menopozla birlikte arttığı tespit edilmektedir (22). Afrikan Amerikan kadınlar menopoza dair daha olumlu tutum sergiledikleri görülürken, kültürlerinden uzaklaşan Japon ve Çin asıllı Amerikan kadınların ise daha az olumlu tutum geliştirdiği bulunmuş; Afrikan Amerikan kadınlar yaşlı kadın

akrabalarıyla daha fazla zaman geçirmekte ve onların menopoza geçişlerine yakından şahit olmakta, bununla birlikte menopozu bir özgürlük ve bağımsızlık olarak düşünen kadın akrabalarına şahit olmalarının olumlu tutumlarında etkili olduğu düşünülmüştür (16).

Çalışmada kadınlar menopoz tanımını doğurganlığın sona ermesi olarak görmekte birlikte, çocuk doğurma isteklerinin olmaması nedeniyle bu durumun sıkıntı oluşturmadığını ve gebe kalma stresinden kurtulduklarını belirtmektedirler. Literatüre bakıldığında toplumumuzda menopoz kadını görünümünü olumsuz etkilemekte, gençlik ve doğurganlık kaybı olarak yaşlanma bağlamında tartışılmakla birlikte kadınların anne-kayınvalidenine olmak gibi görevlerini ve yeni sosyal rollerini benimsediklerine olumlu değerlendirmelere de yer verilmektedir. Çıtak tarafından yapılan çalışmada menopoz sonrası kadın cinselliği ve doğurganlığın sonlanması daha çok olumlu değerlendirmelerle anılmıştır (23). Türkiye’de menopoz ve tutuma ilişkin Ayrancı ve arkadaşları tarafından yapılan epidemiyolojik bir çalışmada ise ‘Kadın kendini hayatın baharında hisseder.’ ve ‘Yaşanması gereken bir dönemdir.’ maddelerine katılanların oranı oldukça yüksektir. Dünya genelinde de kadınlar menopoz dönemine ilişkin olumlu görüşler dile getirmektedirler. Bu görüşler, çocuk büyütmenin verdiği tatmin duygusu, adet görmeme, daha deneyimli olma algısı, özgüven ve hayatın sorunlarıyla başa çıkabilme yeteneği, artan potansiyel gibi yaşlanmayla ilgili pek çok kazanımı da beraberinde getirmektedir (22).

B. Menopoz Süreci

Çalışmada menopoz sürecinde yaşanan fiziksel değişimlere bakıldığında çoğunlukla ateş basması, terleme, ciltte kuruluk gibi sorunlar yaşandığı görülmektedir. Bu sonuçlar literatürle paralellik göstermektedir. Fışkın ve arkadaşları tarafından Türkiye’de 2017 yılında yapılan bir çalışmaya göre menopoz sürecinde görülen en sık şikayetler sıcak basması, terleme, sinirlilik, lubrikasyon azlığı, disparoni ve ağrılardır (24). Afrikan Amerikan kadınlarda yapılan bir çalışmada daha çok gece sıcak basması, terleme, baş ağrısı gibi yakınmaların olduğu bildirilmiştir (25). Menopoz dönemindeki değişimler östrojen düzeyindeki azalma ve luteinize hormonun aniden yükselmesiyle birlikte başlamakta ancak bu değişimler kadından kadına farklılık gösterebilmekte, hafif düzeyde yaşayan kadınlar olabileceği gibi yaşam kalitesi olumsuz etkilenenler de olabilmektedir.

Yakınma şiddetinin kişiden kişiye farklılık göstermesinin nedenleri bireysel özellikler, içinde olunan toplumsal yapı ile yakından ilişkili olabilmektedir. Örneğin Japonlarda ateş basması ve gece terlemelerinin Kanada ve Birleşik Devletlere göre daha düşük olduğu tespit edilmekte, bunun sebebinin Japonların kahve, alkol ve sigara tüketimlerinin düşük olması, genellikle az yağlı, soya bakımından zengin ve sebze ağırlıklı beslenmeleri ayrıca bitkisel tıbbın yaygın olması yani doğal östrojen içeren bitkilerin tüketilmesi olduğu düşünülmektedir (26).

Çalışmada katılımcılardan bazıları depresyon yaşadığını ifade ederken diğer katılımcılar kaygı artışı ve beraberinde üzüntü yaşadıklarını dile getirmişlerdir. Bu süreçte görülen psikolojik yakınmalardan bazıları; kendini üzgün ve ağlamaklı hissetme, isteksizlik, ruh halinde dalgalanma, sinirlilik, gerginlik, çabuk öfkelenme, huzursuzluk, panik ruh hali, genel performansta azalma, hafızada zayıflama, konsantrasyon zorluğu ve unutkanlıktır. Menopoz ile depresif duygu durum arasında ilişkiyi araştıran çalışmaların sonuçları ise çelişkilidir. Weismann, Anderson, Hunter ve arkadaşlarının çalışmalarında menopoz ve depresyon arasında ilişki olduğu bildirilirken Hallstrom, Samuilsson,McKinlay ve arkadaşlarının çalışmalarında menopozla depresyon arasında bir ilişki olmadığı bildirilmiştir (26-30).

Katılımcıların menopoz sürecinde yaşadıkları değişimlerle baş etme yöntemleri incelendiğinde kadınların bir kısmının yürüyüş yaparak, serin tutacak kıyafetler giyerek başa çıkmaya çalıştığı görülmektedir. Katılımcıların üçü bitkisel ürünlerden papatya çayı, lavanta çayı, aslan pençesi kullandığından bahsetmektedir. Çalışmada şikayetleri için doktora başvurup profesyonel destek alan kadınların oldukça az olduğu ortaya çıkmıştır. Katılımcılardan sadece 3 tanesi menopoz şikayetleri için doktora başvurmuş olup bir tanesi sakinleştirici ilaç

kullanırken, bir tanesi ise psikiyatrik yardım aldığını ifade etmiştir. Literatürde kadınların menopozal değişimlerle baş etmek için dikkatini başka tarafa çekme, maneviyata daha fazla yönelme, egzersiz yapma, duş alma, ağrı kesici kullanma, akşam saatlerinde çay ve kahve tüketmeme, sorunlarını başkalarıyla paylaşma gibi yöntemler kullandıkları görülmekteyken kadınların çoğu danışmanlık almamakta, hormon tedavisi kullanmamaktadır (31). Uygulanan alternatif yöntemler bireysel özellik, uygulamanın faydasına olan inanç ve sosyal destek sistemlerinden kaynaklanabilir. Yapılan bir diğer çalışmada, Avrupalı kadınların pek azının bitkisel kombinasyonlar ve antidepresanlar kullandığı görülmüştür (21). Alternatif bitkisel tedavilerin faydalarına dair yapılan araştırmalarda da bazı bitkilerin menopozal şikayetlerini azaltabileceği vurgulanmakta, örneğin kara yılan otunun etki mekanizması tam olarak açığa kavuşmamış olmasına rağmen, vazomotor semptomları hafifletebileceği belirtilmekte, Çin Melekotunun, soya ve lavantanın sıcak basması ve diğer menopoz şikayetlerinin kontrolünde yararlı olabileceği de yapılan çalışmalardandır (32).

C. Menopoz Sonrası Sosyal İlişkiler

Katılımcıların yaklaşık yarısı menopoz döneminde aile ve arkadaşlarının kendisine destek olduğunu dile getirirken bazı katılımcıların çevreden destek görmediklerine dair sitemleri bulunmaktadır. Fışkın ve arkadaşlarının çalışmasında kadınların yaşadığı hormonal değişimler sonucu eşleriyle anlaşmazlık ve yoğun stres yaşadıklarını, aile içinde sürekli tartışma olduğu bildirilmiş, kadınların destek mekanizmaları arttıkça, menopozal şikayetlerinde azalma olduğu belirtilmiş ve eş, arkadaş, ve yakınların desteğiyle olumlu yönde etkilendiği ortaya konulmuştur (24). Sommer ve arkadaşları tarafında, menopozdaki kadınların bu dönemde şikayetleri ile baş etmede, evlilikleri ve eşleriyle olan ilişkilerinin oldukça önemli rol aldığı gösterilmiştir (14).

Katılımcıların birçoğu cinsellik ile ilgili yöneltilen soruya yanıt vermekte çekimser kalırken yanıt verenlerin çoğu cinsel anlamda herhangi bir değişiklik olmadığını belirtirken bir kısım katılımcı cinsel isteksizliklerinden bahsetmektedir. Postmenopozal kadınların yarısı cinsellikle ilgili bir ya da daha fazla sorun yaşadığı gözlenmiş ve cinsel isteksizliğin giderek arttığı bildirilmiştir. Östrojen üretimindeki azalma vajinal kuruluğa yol açmakta ve cinsel fonksiyonu doğrudan etkilemekte, beraberinde gece terlemeleri ve ateş basma durumu kadınlarda enerji kaybına dolayısıyla libidoda azalmaya neden olmaktadır (33). Bazı araştırmacılar sinir iletimi yavaşlamasının deride his kaybı yaratabileceğini ileri sürmekteyken, bazı araştırmacılar östrojen eksikliğinden sebeple dokunuşun bedende yarattığı duyguların azalmasının libido kaybına neden olabileceğini ve menopozu yönelik olumsuz tutumlar ve depresif davranışlar da cinsel fonksiyonları negatif yönde etkilediği düşünülmektedir (34). Arslan ve Altınsoy tarafından 2004 yılında 40-75 yaş grubundaki 300 kadınla yapılan çalışmada ise; kadınların yaklaşık yarısının cinsel ilginin azaldığı, bir kısmının cinsel ilişki sırasında ağrı duyduğu, bazılarının ise cinsel ilişki sırasında kuruluk hissettiği bildirilmiştir (35). Menopoz döneminde östrojen eksikliği sebebiyle genellikle üreme sistemi, üriner sistem ve deride atrofik değişiklikler görülmektedir. Vajinal atrofi, cinsel uyarılmanın uzun zaman almasına, klitoris ve labiyal yapılarıdaki atrofik değişiklikler de cinsel ilişki sırasında ağrı yaşanmasına neden olmakta, ağrının tekrar yaşanacağına ilişkin kaygı, cinsel ilişkiden kaçınmaya ya da vajinismusa yol açabilmektedir (36).

D. Menopoz Sonrası Korucuyu Sağlık

Katılımcılara menopoz sonrası koruyucu hekimlik uygulamaları doğrultusunda kemik erimesi hakkında bilgi ve tutumları sorulduğunda yarısının bilgi sahibi olmayıp daha önce kemik taraması yaptırmadığı bilgisine ulaşılmaktadır. Menopozun geç döneminde ortaya çıkan osteoporoz, kemiklerde kütle ve dokuda meydana gelen bozulmalar sonucu kırılabilirliğin artması ile karakterize sistemik bir hastalıktır. Östrojen hormon seviyesinde meydana gelen azalma temel neden olarak gösterilmekte; klinikte özellikle bel ve sırttaki ağrılar, deformiteler ve boyda 10-20 cm'ye varan kısalma ile kendini göstermektedir (37). Bu nedenle, erken dönemde fizik muayenede kemik ve eklem ağrılarının değerlendirilmesi, beraberinde koruyucu önlemlerin alınması önem taşımaktadır. Yeterli miktarda A, D, K vitamini, protein, magnezyum ve fitoöstrojen alımının kemik gücünü arttırdığı ifade edilmekte, hızlı yürüyüş, koşu ve kuvvet antrenmanının kas gücünün iyileştirmede etkili olduğu vurgulanmakta, egzersizlerin postmenopozal kadınlarda omurga ve kalçada kemik yoğunluğunu arttırmada etkili olduğu belirtilmektedir (38).

Koruyucu hekimlik uygulamalarından kanser taramaları ile ilgili düşünce ve tutumları sorulan katılımcıların çoğu kanser tarama programları hakkında bilgi sahibi olduklarını, beraberinde meme ve rahim ağzı kanseri için birkaç kez tarama yaptırdıklarını ancak düzenli devam etmediklerini belirtmektedir. Kanser tarama programları ile kadınların sağlıklarını riske sokan ve yaşamları süresince karşılaşma ihtimalleri yüksek olan kanserlere karşı bulgular ortaya çıkmadan gerekli önlem alabilecekleri savunulmuştur (16). Dünya Sağlık Örgütü 2005 yılında ülkelere, kanser kontrol programlarını yürütülmekte olan sağlık sistemlerine entegre etmelerini yönünde tavsiyede bulunmuştur. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, kanser vakalarının erken dönemde saptanması ve kanser sebebiyle ölümleri azaltmak amacıyla, Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezleri'ni (KETEM) kurmuş, bu merkezlerde meme, serviks, prostat ve kolorektal kanserlerinin taramaları yapılmakta, kanser taramaları postmenopozal dönemi kapsamaktadır.

SONUÇ

Menopozal dönemdeki kadınların farklı seviyelerde olmak üzere tümünün hem fizyolojik hem psikolojik birtakım değişimler yaşamış olduğu görülmüş olup, bu değişimler sonucu birtakım zorluklar yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Katılımcıların özellikle eşlerinin desteğini çok önemseydiği ve bu dönemde anlayışlı olmalarını istedikleri belirtilmiştir. Katılımcılar, değişim ve şikayetlerle başa çıkmak için kısmen yürüyüş vb. fiziksel aktivite yaptıklarını dile getirmiş olmakla birlikte çoğunlukla sedanter yaşam sürdürdükleri ortaya çıkmış olup hemen hemen yarısı menopozdayken kilo aldığını vurgulamıştır. Katılımcıların çoğu kemik erimesi/osteoporoz konusunda bilgi eksikliği olduğu anlaşılırken, kemik taramalarını yaptırmada konusunda ihmalkar oldukları yorumu yapılabilir. Yarısı sadece bir kez kemik taramasını yaptırmış, diğer yarısı ise hiç yaptırmamıştır. Katılımcıların çoğunun kanser taramaları hakkında bilgi sahibi olmaları ve ancak taramalarını düzenli yaptırmamaları dikkat çekicidir.

Toplumda menopoz farkındalığı artırılmalı; menopozdaki kadınların ailesi, çevresi ve sağlık hizmeti sağlayıcıları bu kadınların yaşam kalitelerini iyileştirmenin yollarını arayışlarını desteklemelidir.

Kadınlardaki menopoz bilinçsizliğini önlemek amacıyla toplum farkındalığı çalışmaları ergenlik dönemiyle birlikte başlayabilir, menopoz süreci ve bu süreçte yaşanan değişiklik ve şikayetlere yönelik tedavilere dair erken dönemde bilgilendirmeler yapılabilir.

Kemik erimesi ve korunma konusunda bilgilendirme amacıyla beslenme ve fiziksel aktivitelerle ilgili danışmanlıklar verilebilir, destek grupları hazırlanabilir; hem menopoz şikayetleri ile başa çıkmak hem obeziteden ve osteoporozdan korunmak için kadınlara daha rahat fiziksel egzersiz yapabilecekleri ortamlar sağlanabilir. Kanser tarama programları önemli bir halk sağlığı müdahalesi olduğundan toplumda kanser tarama programlarına dair bilgilendirmeler artırılabilir ve KETEM gibi kurumların varlığı, işlevleri konusunu kapsayabilir.

KAYNAKLAR

1. Yurdakul M, Eker A, Kaya D. Menopozal Dönemdeki Kadınların Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Fırat Üni Sağlık Bil Derg* 2007; 21: 187-193.
2. Mishra G, Kuh D. Perceived change in quality of life during the menopause. *Soc Sci Med* 2006; 62 (1): 93-102.
3. Takahashi TA, Johnson KM. Menopause. *Med Clin North Am* 2015; 99 (3): 521-534.
4. Bruce D, Rymer J. Symptoms of the menopause. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2009; 23 (1): 25-32.
5. Hidiroglu S, Tanriover O, Ay P, Karavus M. A qualitative study on menopause described from the man's perspective. *J Pak Med Assoc* 2014; 64 (9): 1031-1036.
6. Mahadeen AI, Halabi JO, Callister LC. Menopause: a qualitative study of Jordanian women's perceptions. *Int Nurs Rev* 2008; 55 (4): 427-433.
7. Navvabi-Rigi SD, Mohammadi-Shahboulaghi F, Foroughan M, Momtaz YA. Weaving a cocoon on the way to aging transcendence: Grounded theory study on aging perception during menopause transition. *PLoS One* 2022; 17 (11): e0276797.
8. Kilci Ş, Ertem G. Menopozda Semptom Yönetiminde Kullanılan Kanıtı Dayalı Uygulamalar. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi* 2019; 2 (3): 36-54.
9. Şen E, Sevil Ü. *Florence Nightingale Journal of Nursing* 2014; 16 (62): 136-142.
10. Ayers B, Forshaw M, Hunter MS. The impact of attitudes towards the menopause on women's symptom experience: a systematic review. *Maturitas* 2010; 65 (1): 28-36.
11. Ehsanpour S, Eivazi M, Davazdah-Emami S. Quality of life after menopause and its relation with material status. *IJNMR* 2006; 12.
12. Yazdkhasti M, Keshavarz M, Khoei EM, Hosseini A, Esmailzadeh S, Pebdani MA, et al. The Effect of Support Group Method on Quality of Life in Post-menopausal Women. *Iran J Public Health* 2012; 41 (11): 78-84.
13. Jalabadani Z, Rezapour Z, Movahedi Zadeh S. Investigating the Relationship between Menopause Specific Quality of Life and Perceived Social Support among Postmenopausal Women in Iran. *Exp Aging Res* 2020; 46 (4): 359-366.
14. Sommer B, Avis N, Meyer P, Ory M, Madden T, Kagawa-Singer M, et al. Attitudes toward menopause and aging across ethnic/racial groups. *Psychosom Med* 1999; 61 (6):868-875.
15. Mendoza N, De Teresa C, Cano A, Godoy D, Hita-Contreras F, Lapotka M, et al. Benefits of physical exercise in postmenopausal women. *Maturitas* 2016; 93: 83-88.
16. Demirel G, Gölbaşı Z. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2015; 4 (4): 638-659.
17. Tekindal MA, Attepe Özden S, Tekindal M, Gedik TE, Erim F, Ege A. Nitel Araştırmaların Rapor Edilmesi: COREQ Kontrol Listesinin Türkçe Uyarlaması. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi* 2022 (35): 522-529.
18. Ayrancı U, Orsal O, Orsal O, Arslan G, Emeksiz DF. Menopause status and attitudes in a Turkish midlife female population: an epidemiological study. *BMC Womens Health* 2010; 10: 1.
19. Polat F, Geçici F. Menopoz Dönemindeki Kadınların Gözüyle Menopoz: Nitel Bir Araştırma Örneği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care* 2021; 15 (4): 809-817.
20. Öztürk HS, Temel PDAB, Ergül ÖGDŞ. Kadınların ve Erkeklerin Menopoz İlişkin Görüşleri. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi* 2008; 14 (14): 61-72.
21. Kartal A, Tümer A. Kadınların Menopoz İlişkin Tutumları ile Menopozal Yakınmaları Arasındaki İlişki. *Pamukkale Medical Journal* 2018;11 (3): 337-346.
22. Hoga L, Rodolpho J, Gonçalves B, Quirino B. Women's experience of menopause: a systematic review of qualitative evidence. *JBIDatabase System Rev Implement Rep* 2015;13(8): 250-337.
23. Çıtak AM. Bir Kadınlık Deneyimi Olarak Menopoz. *Senex: Yaşlılık Çalışmaları Dergisi* 2021; 4 (4): 71-75.
24. Fışkın G, Hotun Şahin N, Güler Kaya İ. Views of the Climacteric Women About Menopause: a Qualitative Analysis. *JAREN / Journal of Academic Research in Nursing* 2017; 3 (3): 122-128.
25. Huffman S, Myers J, Tingle L, Bond L. Menopause Symptoms and Attitudes of African American Women: Closing the Knowledge Gap and Expanding Opportunities for Counseling. *Journal of Counseling & Development* 2005; 83.
26. Khatoun F, Sinha P, Shahid S, Gupta U. Assessment of menopausal symptoms using modified menopause rating scale (MRS) in women of Northern India. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology* 2018; 7: 947.
27. Dell DL, Stewart DE. Menopause and mood. Is depression linked with hormone changes? *Postgrad Med* 2000; 108 (3): 34-36, 39-43.
28. Weissman MM. The myth of involuntional melancholia. *Jama* 1979; 242 (8): 742-744.
29. Hällström T, Samuelsson S. Mental health in the climacteric. The longitudinal study of women in Gothenburg. *Acta Obstet Gynecol Scand Suppl* 1985; 130: 13-18.

30. McKinlay JB, McKinlay SM, Brambilla DJ. Health status and utilization behavior associated with menopause. *Am J Epidemiol* 1987; 125 (1): 110-121.
31. Kurt G, Arslan H. Kadınların menopoz döneminde yaşadıkları sağlık sorunları ve baş etme yöntemleri. *Cukurova Medical Journal* 2020; 45 (3): 910-920.
32. Salehi-Pourmehr H, Ostadrahimi A, Ebrahimpour-Mirzarezaei M, Farshbaf-Khalili A. Does aromatherapy with lavender affect physical and psychological symptoms of menopausal women? A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Clin Pract* 2020; 39: 101150.
33. Dinçer Y, Oskay Ü. Menopoz Döneminde Kadınların Cinsellik ile İlgili Sorunlarının İncelenmesi: Kalitatif Bir Çalışma. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi* 2018; 4 (2): 16-28.
34. Jamali S, Javadpour S, Mosalanejad L, Parnian R. Attitudes About Sexual Activity Among Postmenopausal Women in Different Ethnic Groups: A Cross-sectional Study in Jahrom, Iran. *J Reprod Infertil* 2016; 17 (1): 47-55.
35. Velioglu E, Can Gürkan Ö. Menopoz Semptomlarının Yönetiminde Kanıt Temelli Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Anadolu Tıbbı Dergisi* 2021; 3 (2): 20-27.
36. Portman DJ, Gass ML. Genitourinary syndrome of menopause: new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women's Sexual Health and the North American Menopause Society. *Menopause* 2014; 21 (10): 1063-1068.
37. Pérez JA, García FC, Palacios S, Pérez M. Epidemiology of risk factors and symptoms associated with menopause in Spanish women. *Maturitas* 2009 ; 62 (1): 30-36.
38. Guthrie JR, Smith AM, Dennerstein L, Morse C. Physical activity and the menopause experience: a cross-sectional study. *Maturitas* 1994; 20 (2-3): 71-80.

A Qualitative Study on the Experiences of Hypertension Patients with Diagnosis and Treatment Process

Hipertansiyon Hastalarının Tanı ve Tedavi Sürecine İlişkin Deneyimlerini İnceleyen Niteliksel Bir Araştırma

Fatma Burcu DOĞANÇ^a, Şükran PEKER^b, Serenay AYTAN^c, Tuğrul Selim SAĞIR^d,
Tuğçe ÖZTÜRK^e, Ali TURUNÇ^f, Volkan KAYA^g, Seyhan HİDİROĞLU^h, Melda KARAVUŞ^ı

Abstract

The study aimed to qualitatively explore the diagnosis, treatment processes, and patient experiences related to hypertension, a critical public health issue contributing to mortality and morbidity among a significant portion of the population. The qualitative study included patients aged 30-69 diagnosed with hypertension by physicians other than the investigators at least one year ago, and currently using antihypertensive medication. Using snowball sampling, 10 patients were contacted for online, in-depth interviews. Semi-structured questions, developed by the investigators from literature review findings, guided the interviews. Transcripts were analyzed using content analysis in Atlas.ti program to identify codes, sub-themes, and themes. The majority of participants struggled to define hypertension and lacked clarity on high and low blood pressure values. Stress was commonly cited as a cause, with some mentioning genetic factors. Many reported their diagnosis was incidental. While most adhered to medication, some mentioned non-pharmacological interventions like drinking lemon juice, hibiscus tea and eating garlic. Awareness of diet and exercise's importance was noted, yet some faced challenges adopting these changes. Participants acknowledged the potential serious consequences of neglecting treatment. The study found that many hypertension patients lacked knowledge about blood pressure limits and were diagnosed incidentally. This situation has highlighted the need for healthcare providers to dedicate more time to preventive practices and patient education. Encouraging self-responsibility awareness through targeted studies is advised to maintain lifestyle changes, regular blood pressure monitoring, and medication adherence among those diagnosed with hypertension.

Keywords: Diet; exercise; hypertension; lifestyle changes.

Özet

Araştırma, nüfusun önemli bir kısmında mortalite ve morbiditeye katkıda bulunan kritik bir halk sağlığı sorunu olan hipertansiyonla ilgili tanı, tedavi süreçleri ve hasta deneyimlerini niteliksel olarak araştırmayı amaçlamaktadır. Niteliksel araştırmaya en az bir yıl önce araştırmacıların dışındaki hekimler tarafından hipertansiyon tanısı konulan ve balen antihipertansif ilaç kullanan 30-69 yaş arası hastalar dahil edildi. Kartopu örnekleme kullanılarak 10 hasta ile çevrimiçi, derinlemesine görüşmeler gerçekleştirildi. Araştırmacılar tarafından literatür taraması ile geliştirilen yarı yapılandırılmış sorular ile görüşmeler yapılmıştır. Kodlar, alt temalar ve temaların belirlenmesi amacıyla transkriptler Atlas.ti programında içerik analizi kullanılarak analiz edilmiştir. Katılımcıların çoğunluğu hipertansiyonu tanımlamakta zorlandı ve yüksek ve düşük tansiyon değerleri konusunda kesin fikirlerden yoksundu. Hipertansiyonun nedeni olarak stres genellikle önemli bir neden olarak gösterildi, bazı katılımcılar ise genetik faktörleri vurguladı. Katılımcıların birçoğu tanıların tesadüfi olarak konulduğunu bildirdi. Çoğu katılımcı ilaç tedavisine sadık kalırken, bazıları limon suyu içmek, hibiscus çayı içmek ve sarımsak yemek gibi ilaç dışı müdahalelerden bahsetti. Katılımcıların hipertansiyonda

^aAsistan Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. fbmentese@hotmail.com ORCID ID: 0000-0002-4677-8358

^bAsistan Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. sukranpeker16@gmail.com ORCID ID: 0000-0002-4584-9986

^cİntern Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye. serenaytan3@gmail.com ORCID ID: 0000-0003-0159-6865

^dİntern Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye. tselimsagir@outlook.com ORCID ID: 0000-0002-5246-542X

^eİntern Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye. alitrnc10@gmail.com ORCID ID: 0000-0001-5327-2163

^fİntern Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye. volkankayamed@gmail.com ORCID ID: 0009-0009-8482-5678

^gProfesör Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. seyhanerginh@gmail.com ORCID ID: 0000-0001-8656-4613

^hProfesör Doktor, Marmara Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye. karavusmelda@gmail.com ORCID ID: 0000-0003-2629-2374

^ıGönderim Tarihi: 17 Ekim 2024 • Kabul Tarihi: 21 Aralık 2024

diyete ve egzersizin önemi konusunda farkındalıkları görüldü, ancak bazıları bu değişiklikleri benimsemeye zorluklarla karşılaştığını belirtti. Katılımcılar tedaviyi ihmal etmenin potansiyel ciddi sonuçlarının da farkında olduklarını ifade ettiler. Araştırmada birçok hipertansiyon hastasının kan basıncı değerleri hakkında bilgi sahibi olmadığı ve tanılarının tesadüfen konulduğu ortaya çıktı. Bu durum, sağlık hizmeti sunucularının koruyucu uygulamalara ve bilgilendirmeye daha fazla vakit ayırmaları gerektiğini göstermiştir. Hipertansiyon tanısı alan kişilerde yaşam tarzı değişikliklerini, düzenli kan basıncı takibini ve ilaç uyumunu sürdürmek için bedele yönelik çalışmalar yoluyla öz sorumluluk bilincinin teşvik edilmesi tavsiye edilir.

Anahtar Kelimeler: *Diyet; egzersiz; hipertansiyon; yaşam tarzı değişiklikleri.*

INTRODUCTION

Hypertension (HT) is a chronic disease and a major public health problem in both developed and developing countries (1). If not controlled, HT can cause many conditions such as coronary artery disease, stroke, heart failure, kidney diseases (2). HT is also the leading cause of mortality worldwide, with an estimated 10.4 million deaths in 2017 attributable to high systolic blood pressure (3). While hypertension-related deaths show a decreasing trend in developed western countries, they are increasing in developing countries, but with the ageing of the populations and the prolongation of life expectancy, the number of hypertensive patients in developed countries is increasing which creates a significant burden on health and economy (4).

In Turkey, the number of hypertensive patients is estimated to be approximately 15-16 million (5). The prevalence of hypertension in the population over 18 years of age was found to be 30.3% in the Turkish Hypertension Prevalence Study conducted by the Turkish Society of Hypertension and Kidney Diseases in 2012 (6). Considering the awareness rates of such a common disease, awareness of hypertension in Turkey is 54.7% (6).

The key conditions for success in the treatment and control of hypertension are to ensure timely and accurate diagnosis of patients, to implement lifestyle changes effectively, to start medication on time, to ensure medication compliance and to improve their quality of life (7). Community-based studies have demonstrated that the quality of life of people with hypertension is lower than that of the normal population (8,9). Hypertension causes limitations in daily life activities of patients over time. In addition, hypertensive individuals experience the psychological impact of having a chronic disease and are forced to make changes in their lifestyle (10).

The aim of this study is to qualitatively evaluate the awareness of patients treated for hypertension about the diagnosis and treatment processes; the impact of lifestyle changes on their lives after diagnosis and their efforts to achieve hypertension control.

MATERIALS AND METHODS

Study Design

The research adopts a qualitative approach with a phenomenological design to delve into the experiences of hypertension patients. While there are numerous quantitative studies on hypertension knowledge, lifestyle changes, diagnosis, and treatment processes, fewer qualitative studies exist on these topics. Therefore, a qualitative approach was chosen to deeply understand patients' perspectives on diagnosis and treatment experiences.

Participants

The study population consisted of patients between the ages of 50-69 who were diagnosed with hypertension by physicians other than the investigators at least one year ago and who were using antihypertensive drugs. Participants were recruited using a non-probability sampling method known as snowball sampling, where existing participants suggest other potential participants. In this study, 10

hypertensive patients who volunteered were included based on this method. Since data saturation was reached during in-depth interviews with 10 participants, further recruitment of participants was deemed unnecessary.

Data collection

A mini questionnaire consisting of 10 sociodemographic questions was first given to the participants, and then the in-depth interviews were continued with semi-structured questions created by the investigators based on the literatures. Questions asked to the participants included the definition of hypertension, the time of diagnosis, their feelings after the diagnosis, their regular follow-up, their lifestyle changes, their compliance with their treatment, the methods they used other than medical treatment, and whether they had hypertension attacks. The interviews were conducted online from January 1st to January 15th, 2022, with two researchers present in each session and the interviews took approximately 30-40 minutes. During the interviews, the participants gave their consent for audio recordings and these audio recordings were typed into transcripts digitally and deleted on the same day.

Data analysis

Content analysis was conducted on the transcripts of in-depth interviews. The transcripts were coded separately by 4 investigators, and these codes were used to identify sub-themes and themes. Atlas.ti program was used for the analysis.

Ethics

The study was approved by the Ethics Committee of the relevant university (07.01.2022/09.2022.104) where the investigators worked. Informed consent was also obtained from the participants. This study was conducted in accordance with the standards of the Declaration of Helsinki.

FINDINGS

The study enrolled 6 women and 4 men with hypertension aged 54-69 years. Sociodemographic characteristics of the participants are given in Table 1.

Table 1. Sociodemographic characteristics of the participants

	Age	Gender	Education	Occupation
Participant 1	54	Female	Primary school	Housewife
Participant 2	61	Male	University	Retired
Participant 3	66	Female	None	Housewife
Participant 4	69	Male	Secondary school	Retired
Participant 5	55	Female	High school	Housewife
Participant 6	54	Male	Master's degree	Retired
Participant 7	57	Female	High school	Housewife
Participant 8	63	Female	Primary school	Housewife
Participant 9	62	Female	High school	Retired
Participant 10	58	Female	High school	Retired

During the in-depth interviews with 10 patients with hypertension, 4 themes were identified: getting to know hypertension, diagnostic process of hypertension, life with hypertension after diagnosis, and treatment of hypertension (Table 2).

Table 2. Themes and subthemes

Themes	Sub-themes
1. Getting to know hypertension	<ul style="list-style-type: none">• Information on hypertension• Signs of hypertension• Causes of hypertension
2. Diagnostic process of hypertension	<ul style="list-style-type: none">• Diagnostic process• Mood after diagnosis
3. Living with hypertension after diagnosis	<ul style="list-style-type: none">• Diet• Physical activity• Regular follow-up
4. Treatment of hypertension	<ul style="list-style-type: none">• Medication• Non-pharmacological interventions• Possible consequences of lack of treatment or non-compliance

1. Getting to Know Hypertension

1.1. Information on hypertension

In this qualitative study, most of the participants were unable to define hypertension correctly. Most of the patients were unable to clearly describe the concepts of high and low blood pressure.

“...High blood pressure occurs when the blood pressurizes the heart too much.” (Participant 4, 69 y, M)

“I know it is related to the pumping of the heart, but I don't know much about it... Low blood pressure should be eight. But I'm fifty years old now, so it can be nine. The high blood pressure should be 12-13, so I have no complaints in that range, that's what the doctors say.” (Participant 5, 55 y, F)

“Blood pressure, well, they say high is bad but low is good... but doctors measure it and tell you whether it's high or low...” (Participant 9, 62 y, F)

1.2. Signs of hypertension

When asked about their complaints, most of the participants expressed headaches as their main complaint. Apart from headaches, complaints such as heavy eyes and weakness were also reported.

“A pain comes from the nape of my neck, and I get pulling in the upper part of my head around my brain and pins and pulls in my scalp.” (Participant 7, 57 y, F).

Another participant described the symptoms of hypertension she had experienced: *“When it gets high, I get a headache from the back of my neck. And it feels like something's squeezing my temples.”* (Participant 5, 55 y, F).

Participant 1 expressed the hypertensive attack she experienced as follows *“It was about four or five years ago. I had such a severe tremor in the body. I went to the nearest emergency. Then they lowered my blood pressure. (My blood pressure) was up to 18.”* (Participant 1, 54 y, F).

1.3. Causes of hypertension

Many patients reported that hypertension was caused by stress and nervousness. Some patients reported that hypertension was hereditary.

“Frankly, I don't have much information... A little hearsay... It may be genetic. It might be because of not paying attention to our diet, it might also be related to age.” (Participant 1, 54 y, F).

One participant reported that, *“So I know it's related to nervousness. It rises more when I get angry. I realize that I shouldn't exhaust myself, I shouldn't get angry, and I know that it will rise if I am overtired. I know it will rise when I'm nervous.”* (Participant 7, 57 y, F).

Two participant stated that hypertension may be genetic: *“I strongly believe that it is hereditary. My grandfather also had high blood pressure...”* (Participant 6, 54 y, M)

2. Diagnostic Process of Hypertension

2.1. Diagnostic process

Most of the participants stated that they were diagnosed with hypertension by chance. A small proportion reported that they were diagnosed by a doctor they consulted for their complaints.

“I had back surgery. Then my daughter-in-law took me to a doctor in Balıkesir (a city in Türkiye), and the doctor prescribed me blood pressure pills. They measured my blood pressure there... (it was high) Just by coincidence.” (Participant 3, 66 y, F)

“I visited an internal medicine doctor and found out by chance... Discovering such a condition by chance is actually a great lesson.” (Participant 2, 61 y, M)

“I fainted at a wedding, this was about 5 years ago... I went to the emergency room, and they took my blood pressure; it was in the 20s. They brought it down there, but they told me to get it checked. I had never had my blood pressure measured before that day.” (Participant 10, 58 y, F)

Most of the participants mentioned that once diagnosed, physicians informed the patient about lifestyle changes and the need to use medication.

“(Doctor) He warned me and told me a very simple sentence. Take care of your heart.” (Participant 2, 61 y, M)

“Be more careful, he said, and lose some weight.” (Participant 4, 69 y, M)

“So, after I had hypertension, I realized this when the doctors told me, and I became careful. I was a big fan of pickles. I don't eat anymore, it scares me, so I don't eat at all.” (Participant 6, 54 y, M) The physician warned the patient about salty foods and pickles.

2.2. Mood after diagnosis

When asked about their feelings after the diagnosis, some of the participants felt bad and scared, while others stated not feeling anything.

“I felt bad. I realized I had to sacrifice a lot.” (Participant 1, 54 y, F)

“I didn't feel a thing, I ignored it.” (Participant 2, 61 y, M)

“I was actually upset, I was upset that I would have to use medication all the time from now on.” (Participant 10, 58 y, F)

3. Living with Hypertension After Diagnosis

3.1. Diet

We found that most of the patients were aware of the importance of salt restriction in meals and made an effort to follow this recommendation.

“I think it is better not to add any (salt) to the meals, but as it reduces palate satisfaction, I think we should not exceed a certain daily rate, even if it is very small.” (Participant 6, 54 y, M)

"I got used to my diet, so I know the restrictions. I am getting healthier; thank God I am not having any problems for now."
(Participant 5, 55 y, F)

When the patients were asked how they consumed foods other than those made at home, half of the patients reported paying attention and trying to take precautions as much as they could, but the other half did not care.

"I rarely consume packaged foods. If I go out or maybe when a guest comes (I then consume). But I think it increases blood pressure because it contains additives, fat, salt. I try not to eat too much." (Participant 7, 57 y, F)

"So, to be honest, I don't pay much attention, I think the medicine will help me." (Participant 2, 61 y, M)

Most of the participants know that pickled foods are high in salt and therefore many do not eat pickled foods.

"I make my own pickles. When salty, it elevates my blood pressure. I can't eat them with every meal, including olives. Then there are the local pickled cheeses. I prefer soaking olives and cheese in water and eat them after the salt is gone." (Participant 5, 55 y, F)

3.2. Physical activity

Most of the patients were aware of the importance of physical activity and tried to exercise as much as they could. However, some participants still do not find their physical activity sufficient.

"I exercise and try to do sports activities as much as I can." (Participant 5, 55 y, F)

"I like to walk one or two days a week. I walk... I swim occasionally, but there's no place for that." (Participant 6, 54 y, M)

"I try to walk as much as I can. But probably not enough. Just walking to and from the market, if that's enough..."
(Participant 7, 57 y, F)

3.3. Regular follow-up

We found that most of the patients attach importance to doctor visits. However, a small number of people said that they visit only when necessary. We also found that half of the participants regularly measured blood pressure at home.

"I go to the doctor if I have a complaint. But I take my medication regularly. I also have a sphygmomanometer at home, I measure (my blood pressure) every day." (Participant 2, 61 y, M)

"I don't go to the doctor, I can feel myself anyway, I don't have much headache. I measure when I get a headache." (Participant 8, 63 y, F). One participant reported consulting a physician only in serious cases and did not go for routine controls.

4. Treatment of Hypertension

4.1. Medication

Most of the participants reported that they used their medication regularly. Some of the participants mentioned that they did not like taking medication and can sometimes have side effects. One participant mentioned feeling safe when taking medication.

"I used regularly the medicine prescribed at the health center. I used it for a while. It made me cough a lot. I thought maybe it was just a normal cough. Then I found out that it was a side effect of the medicine...but when I used it, I felt more comfortable, I felt like I was safe." (Participant 1, 54 y, F)

One participant stated not liking to use medication: *"I don't like to use medication very much. I would rather like to overcome this with diet, sports, distractions, but I use the medicines prescribed by the doctor regularly (of necessity)."*
(Participant 7, 57 y, F).

One of the participants stated that taking medication was important. *“Sometimes, when I do not take the medicine, and if I feel fine for a day or two, I go to get a prescription immediately on the third day. I just pick it up at the pharmacy.”* (Participant 3, 66 y, F).

Most of the participants reported not having any information about side effects of medication. Participants who were informed about the side effects of medicines mentioned that medicines can cause cough and damage the stomach.

“The doctor had prescribed medication. Then after I took that medication, it made me cough a lot, cough excessively.” (Participant 1, 54 y, F)

“Pills don't help, they're bad for the stomach.” (Participant 3, 66 y, F)

4.2. Non-pharmacological interventions

When asked what kind of practices the participants used for hypertension other than medication, they mentioned methods such as lemon juice, garlic, pomegranate syrup, and hibiscus tea.

“I used to squeeze a lemon a day, dilute and drink it. Or I dilute pomegranate juice and drink to regulate my blood pressure.” (Participant 7, 57 y, F)

“I sometimes eat a clove of garlic.” (Participant 1, 54 y, F)

“There are some herbal drinks that lower blood pressure...hibiscus tea which is red. But you should drink it cold... Well, I can say that it relaxes.” (Participant 2, 61 y, M)

4.3. Possible consequences of lack of treatment or non-compliance

Almost all of the patients were aware of the serious consequences of hypertension, which they described as cerebral hemorrhage, stroke and blindness.

“It may cause brain hemorrhage, paralysis and blindness.” (Participant 1, 54 y, F)

“If we do not regularly take our medication and do not take care of ourselves, we may have a brain hemorrhage and stroke. We could end up in a vegetative state.” (Participant 7, 57 y, F)

One participant stated regret when she did not care. *“Anything we don't pay attention to bounces right back at you. That's why I try to be careful. But sometimes when we get together with the girls, we have snacks and stuff. When I eat these, I regret a lot, I ask myself why I am doing this.”* (Participant 8, 63 y, F)

During the interviews, we learned that four participants had hypertensive attacks. One patient reported that his medications were adjusted after the attack. *“I went to the emergency department. I had an echo. All the tests have been done. Then they prescribed these medicines (hypertension medicines).”* (Participant 4, 69 y, M)

DISCUSSION

This study qualitatively evaluated the diagnostic process, medication and non-pharmacological interventions, lifestyle changes accompanying the current diagnosis and the experiences of patients with hypertension. Additionally, the findings underscore the importance of considering the ethical dimensions of hypertensive patients' experiences in the diagnosis and treatment processes.

In this study, participants had difficulty in defining hypertension and most participants did not know the definition of high and low blood pressure. Although the level of knowledge of hypertension varies based on the characteristics of the groups studied in the literature, in general, it is emphasized that the level of knowledge of the study participants on hypertension is inadequate (11-14). Especially in hypertensive patients, inadequate knowledge of hypertension leads to a decrease in medication compliance, which in turn leads to uncontrolled hypertension (15). In the present study, it is also important that participants were not

able to clearly tell their high and low blood pressure values. Many studies also show that the values of high and low blood pressure are not clearly known (14, 16). The inability of the participants to learn the high and low blood pressure values leads to failure to control blood pressure, even if they measure their blood pressure, because they do not know their blood pressure.

In this study, patients reported symptoms such as headache and weakness when their blood pressure increased. In a study by Suneja and Sanders in 2017, hypertensive patients showed similar symptoms and especially in hypertensive urgencies, additional hypertensive symptoms included chest pain and limb weakness (17). Since hypertensive patients generally show subtle symptoms, it is encouraging that the participants were aware of the symptoms they associate with hypertension.

During the interviews in this study, the participants stated stress and nervousness as the causes of hypertension. Stress is a known cause of hypertension (18, 19). Importantly, participants were aware that stress triggers hypertension and that they can take actions to eliminate the causes of stress, which may lead to a positive improvement in blood pressure control.

Most of the patients who participated in this study stated of being diagnosed coincidentally. A qualitative study by Perera et al. in 2019 also showed that a large proportion of patients were diagnosed coincidentally during a visit to another doctor (20). Hypertension is an insidious disease that is often asymptomatic, and its complications cause a significant health burden all over the world. Although there are screening programs in Turkey that emphasize the necessity of measuring the blood pressure of patients applying to family health centers, it has been observed that the implementation of these programs is lacking. In our study, there is a patient who has never had their blood pressure measured even once until the age of 53. While this situation reflects poorly on the healthcare system, it also indicates the lack of emphasis that physicians place on screenings and preventive approaches. It would be an ethical obligation for physicians to measure the blood pressure of patients presenting to the hospital. Also, early diagnosis of hypertensive patients through the development and implementation of screening programs such as active and passive surveillance for hypertension will result in a decrease in hypertension-related mortality and morbidity.

During the provision of healthcare services, particularly preventive approaches not only improve the health status of individuals but also have significant impacts on public health (21). The role of preventive approaches in maintaining individuals' health should be carefully evaluated, both at the societal level and in terms of healthcare delivery costs. It is clear that these processes involve an ethical dimension beyond medical assessments, as the limited nature of resources and the needs of patients bring ethical dilemmas to the forefront for healthcare professionals (21). Notably, a balance must be struck in healthcare decision-making processes between patient-centeredness and cost-effectiveness. This balance should ensure not only the protection of individual health but also the sustainability of the healthcare system. Ethical issues arising during the diagnosis, medicalization, and follow-up stages of illness have a direct impact on the quality and accessibility of healthcare services (22). In this regard, it is crucial for healthcare professionals to respect individuals' rights and autonomy while ensuring fair distribution of resources. Additionally, factors such as gender, economic status, and cultural differences should be considered in the implementation of preventive approaches to ensure equitable healthcare delivery. Otherwise, these services may exacerbate health inequalities. Healthcare providers must deliver services that both aim to protect and improve individual health and adhere to the ethical principles of medicine (22).

Participants stated being aware of the need to make lifestyle changes after being diagnosed with hypertension. They stated that especially after the diagnosis, they paid attention to their diets and especially avoided pickled and salty foods. They also emphasized the necessity of physical activity. An article published in 2019, which examined therapeutic changes in lifestyle for the treatment of persistent hypertension, showed that lifestyle changes such as salt restriction, physical exercise and weight loss have positive effects on the control of hypertension (23). In the study, the participants attempted to implement lifestyle changes

recommended by scientific studies after diagnosis. The participants emphasized the importance of reducing salt in meals, avoiding pickled foods and physical activity. In addition to medication, lifestyle changes such as salt restriction and regular physical exercise are very important in the treatment of hypertension (24).

In this study, most of the patients mentioned the possibility of cerebral hemorrhage, visual impairment leading to blindness and paralysis if they did not comply with their treatment. Treatment compliance in hypertension treatment is one of the most important factors in preventing hypertension-related mortality and morbidity (25). In a study investigating the level of knowledge of hypertension and compliance with medication in patients with hypertension, medication compliance increased as the level of knowledge of the patients increased (12).

In the study, the participants were aware of the importance of medication and stated regular use of their medication. Regular use of medications in the treatment of hypertension is very important to control high blood pressure and prevent any complications that may develop due to hypertension. A study conducted in India in 2024 also found that 87.5% of patients receiving hypertension treatment knew the importance of taking their medication regularly (26). Similar to our study, 80.8% of hypertensive patients who admitted to family health centers in 4 different districts of Kayseri province in Turkey stated that they used their medication regularly (27).

In the present study, the participants stated that they used non-pharmacological interventions such as drinking lemon juice, hibiscus tea and eating garlic in addition to medication. In a study investigating the therapeutic options of hypertension patients in Turkey, 63.9% of the subjects were reported to prefer non-pharmacological interventions when their blood pressure increased (28). The literature shows that hypertensive patients prefer various non-pharmacological interventions such as drinking lemon juice, hibiscus tea and eating garlic etc. (29-31). Patients with hypertension often resort unconsciously to non-pharmacological interventions to support their treatment, to reduce the dose of the drugs and/or to eliminate the need for medication and with the concern that they may not benefit from the treatment administered (29, 32). In this respect, the importance of providing hypertensive patients with healthier information about hypertension and medication has also come to light. The patients' lack of knowledge regarding the non-pharmacological interventions of hypertension may actually stem from doctors' inability to fully explain hypertension to their patients. In recent years, there has been a notable shift toward non-pharmacological interventions in our country, reflecting a growing awareness of the limitations and potential harms associated with pharmacological treatments (33). Patients increasingly express concerns that the additives in medications are unsuitable, often leading to additional health issues rather than effectively addressing their conditions (34). This skepticism is exacerbated by the proliferation of misinformation on social media and the internet, which can mislead patients and negatively impact their health outcomes. In light of these ethical challenges, it is crucial for physicians to engage in comprehensive discussions with patients regarding the treatment of hypertension. Such conversations should not only address the efficacy and safety of non-pharmacological options, such as lifestyle modifications, diet, and exercise but also acknowledge patients' fears and misconceptions about medications. This patient-centered approach fosters trust and empowers individuals to take an active role in their health care decisions, which is an essential ethical principle in medical practice. Moreover, to counteract the effects of misinformation, accurate information about hypertension diagnosis and treatment should be disseminated through public service announcements and informative brochures. These materials should be crafted with careful consideration of ethical principles related to health literacy, ensuring that they are accessible and easily understood by all community members. By prioritizing education and transparent communication, we can help patients make informed decisions about their health and promote a more ethical and effective approach to hypertension management.

Limitations and Suggestions

The study has also some limitations. First, the study was conducted with patients who were diagnosed with hypertension. Therefore, the participants may have been more informed and more compliant. Second, because of its qualitative nature, generalization to the population is not possible. To better understand hypertension awareness, it is recommended to design further qualitative and quantitative studies involving individuals diagnosed with hypertension.

CONCLUSION

Finally, this study revealed that most of the patients diagnosed with hypertension did not know the definition of hypertension, did not know the limits of high and low blood pressure and received the diagnosis of hypertension incidentally. Patients should be provided with accurate information about the diagnosis and treatment of hypertension through physicians, public service announcements, and informative brochures. They should also be informed about the importance of receiving appropriate medication treatments under doctor supervision, rather than relying on non-pharmacological interventions. Given the insidious and mostly asymptomatic course of hypertension, the importance of hypertension screening has once again become clear. Active and passive surveillance is very important, especially in hypertension. In addition, in order to increase hypertension awareness in individuals, improving health literacy should be prioritized. Studies aimed at developing self-responsibility awareness are recommended for ensuring the continuity of lifestyle changes in individuals diagnosed with hypertension, regular blood pressure follow-up, and compliance with medication. Additionally, while the implementation of preventive approaches offers a critical opportunity to improve the health of both individuals and society, reflecting on the ethical dimensions of these processes is essential for fostering a healthy and just society.

Conflict of Interest: The authors declare that there are not conflicts of interest.

REFERENCES

1. Campbell NRC, Paccot Burnens M, Whelton PK, Angell SY, Jaffe MG, Cohn J, et al. 2021 World Health Organization guideline on pharmacological treatment of hypertension: Policy implications for the region of the Americas. *Lancet Reg Health Am*, 2022;9:None.
2. Fisher ND, Curfman G. Hypertension-A public health challenge of global proportions. *JAMA*, 2018;320(17):1757-9.
3. Collaborators GRF. Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 2018;392(10159):1923-94.
4. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Türkiye Kalp ve Damar Hastalıkları Önleme ve Kontrol Programı Eylem Planı (2021-2026), 2021. Erişim Adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/kronik-hastaliklar-ve-yasli-sagligi-db/Dokumanlar/Kitaplar/KalpDamarEylemPlanı_2021-2026.pdf] Erişim Tarihi: 20.07.2024
5. Göçgeldi E, Babayiğit MA, Hassoy H, Açikel CH, Taşçı İ, Ceylan S. Hipertansiyon Tanısı Almış Hastaların Algıladıkları Yaşam Kalitesi Düzeyinin ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Güllhane Tıp Dergisi*, 2008;50(3):172-9.
6. Türk Hipertansiyon ve Böbrek Hastalıkları Derneği. Türk Hipertansiyon Prevalans Çalışması PatenT2. Erişim Adresi:[http://www.turkhipertansiyon.org/prevelans_calismasi_2.php] Erişim Tarihi: 20.07.2024
7. Aydoğdu S, Güler K, Bayram F, Altun B, Derici Ü, Abacı A, et al. Türk Hipertansiyon Uzlaşısı Raporu 2019. *Türk Kardiyol Dern Ars*, 2019;47(6):535-46.
8. Bardage C, Isacson DG. Hypertension and health-related quality of life: An epidemiological study in Sweden. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2001;54(2):172-81.
9. Lawrence WF, Fryback DG, Martin PA, Klein R, Klein BE. Health status and hypertension: A population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1996;49(11):1239-45.
10. Özpancar N, Fesci H. Hipertansiyon ve Yaşam Kalitesi. *Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi*, 2008;8(4):3.

11. Akan DD, Çaydam ÖD, Pakyüz SÇ. Hipertansiyon Tanısı Olan Hastalarda Bilgi Düzeyi ve İlaç Tedavisine Uyumunun Değerlendirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2020;23(2):241-9.
12. Jankowska-Polańska B, Uchmanowicz I, Dudek K, Mazur G. Relationship between patients' knowledge and medication adherence among patients with hypertension. *Patient Preference and Adherence*, 2016;10:2437-47.
13. Kilic M, Uzunçakmak T, Ede H. The effect of knowledge about hypertension on the control of high blood pressure. *International Journal of the Cardiovascular Academy*, 2016;2(1):27-32.
14. Oskay EM, Önsüz MF, Toğuzoğlu A. İzmir'de Bir Sağlık Ocağı'nda Başvuranların Hipertansiyon Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Görüşlerinin Değerlendirilmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010;11(1):3-9.
15. Viera AJ, Cohen LW, Mitchell CM, Sloane PD. High blood pressure knowledge among primary care patients with known hypertension: a North Carolina Family Medicine Research Network (NC-FM-RN) study. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 2008;21(4):300-8.
16. Başak O, Sönmez HM, Camcı C, Baltacı R, Karazeybek HŞ, Yazgan F, et al. Aydın Yöresinde Hipertansiyonun Bazı Epidemiyolojik Özellikleri ve Hipertansiyona İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalar. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 2(3):118-24.
17. Suneja M, Sanders ML. Hypertensive emergency. *Medical Clinics*, 2017;101(3):465-78.
18. Sürme Y. Stres, Stresle İlişkili Hastalıklar ve Stres Yönetimi. *Journal of International Social Research*, 2019;12(64):525-529.
19. Spruill TM. Chronic psychosocial stress and hypertension. *Current Hypertension Reports*, 2010;12(1):10-6.
20. Perera M, de Silva CK, Tavajoh S, Kasturiratne A, Luke NV, Ediriweera DS, et al. Patient perspectives on hypertension management in health system of Sri Lanka: A qualitative study. *BMJ open*, 2019;9(10):e031773.
21. Basan NM, Bilir N. Koruyucu Sağlık Hizmetlerinde Önleme Çelişkisi ve Nedenleri. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2016;15(1):44-50.
22. Çobanoğlu N. Türkiye'de Sağlık Politikaları ve Etik. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 1996;4(3):104-7.
23. Ozemek C, Tiwari S, Sabbahi A, Carbone S, Lavie CJ. Impact of therapeutic lifestyle changes in resistant hypertension. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 2020;63(1):4-9.
24. Bolbrinker J, Touis LZ, Gohlke H, Weisser B, Kreutz R. European guidelines on lifestyle changes for management of hypertension. *Herz*, 2018;43(4):352-8.
25. Poulter NR, Borghi C, Parati G, Pathak A, Toli D, Williams B, Schmieder RE. Medication adherence in hypertension. *Journal of Hypertension*, 2020;38(4):579-87.
26. Jamsheed S, Koul RK, Pukhta MA, Farhat S. Knowledge, attitude, and practices of hypertensive patients attending outpatient department of a tertiary care hospital. *International Journal of Life Sciences, Biotechnology and Pharma Research*, 2024;13(2): 97-103.
27. Arslantaş EE, Sevinç N, Çetinkaya F, Günay O, Aykut M. Hipertansif Kişilerin Hipertansiyon Konusundaki Tutum ve Davranışları. *Ege Tıp Dergisi*, 2019;58(4):319-29.
28. Toprak D, Demir S. Treatment choices of hypertensive patients in Turkey. *Behavioral Medicine*, 2007;33(1):5-10.
29. Ackermann RT, Mulrow CD, Ramirez G, Gardner CD, Morbidoni L, Lawrence VA. Garlic shows promise for improving some cardiovascular risk factors. *Archives of Internal Medicine*, 2001;161(6):813-24.
30. Adibelli Z, Dilek M, Akpolat T. Lemon juice as an alternative therapy in hypertension in Turkey. *International Journal of Cardiology*, 2009;135(2):e58-e9.
31. Ellis LR, Zulfiqar S, Holmes M, Marshall L, Dye L, Boesch C. A systematic review and meta-analysis of the effects of Hibiscus sabdariffa on blood pressure and cardiometabolic markers. *Nutrition Reviews*, 2022;80(6):1723-37.
32. Efe D, Akça N, Kiper S, Aydın G, Gümüş K. Hipertansiyonu Olan Bireylerin Kan Basıncını Düşürmeye Yönelik Kullandıkları Destekleyici Yöntemler. *Spatula DD*, 2012;2(4):207-12.
33. Onbaşlı D, Çelik GY, Ceylan A, Dal A. Türkiye'de Eczanelerde Bulunan Bitkisel İlaçlar. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2019;6(1):18-31.
34. Öztürk YE, Dömbekci HA, Ünal S. Geleneksel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Kullanımı. *Bütünleyici ve Anadolu Tıbbi Dergisi*, 2020;1(3):23-35.

Acilde Bir Kadına Yönelik Şiddet Olgusu Yönetimi Vakası: Ne Yapıldı? Ne Oldu? [2]

The Management of a Violence Against Women Case in Emergency Unit: What was done? What happened? [2]

Nisa GÜLAGAÇ^a, Arif Hüdai KÖKEN^b

Özet

Kadının yaşamını ve sağlığını tehdit eden önemli bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen kadına yönelik şiddet ile mücadele sağlık profesyonellerinin de sorumlulukları arasındadır. Kadına yönelik şiddetle mücadele, doğru bir şekilde olgu yönetimi temelinde yapılmalıdır. Hekimlerin kadına yönelik şiddet olgu yönetiminde hekimlik meslek etiği önemli bir yol gösterici olarak kabul edilebilir. Ancak bir de adli olgu bildirimini söz konusu olduğunda kadına yönelik şiddetle mücadele etik ve yasal tartışmalara neden olan farklı bir boyut kazanmaktadır. Bu çalışmada Dr. Arif Hüdai KÖKEN'in mesleğinin ilk zamanlarında karşılaştığı bir kadına yönelik şiddet olgu yönetimini nasıl yaptığı ele alınmış, bir olgu sunumu olarak etik ve hukuki yönleriyle tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Biyoetik; hekimlik meslek etiği; kadına yönelik şiddet.

Abstract

Violence against women, recognized as a significant public health issue that threatens women's lives and well-being, falls within the responsibilities of healthcare professionals to address. Combating violence against women should be conducted based on proper case management principles. Professional ethics of physicians can serve as a crucial guide for physicians in managing cases of violence against women. However, when forensic case reporting is involved, the fight against violence against women takes on a different dimension, leading to ethical and legal debates. This study examines how Dr. Arif Hüdai KÖKEN managed a case of violence against women during the early stages of his medical career and discusses the case as a presentation, exploring its ethical and legal aspects.

Keywords: Bioethics; professional ethics of physicians; violence against women.

Bu makale TJOB'da 2018 yılında yayınlanan ve devamı bir sonraki sayıda yayınlanacağı belirtilen ancak yayınlan(a)mayan vaka sunumunun devamı olarak ele alınmıştır. Makalenin devamının bu yazı ile gündeme gelmesi Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Tıp Fakültesi dönem 2 öğrencisi Nisa Gülağaç'ın ilgisi ve vakanın sonucunu merak üzerine yazılmıştır.

TJOB'un beşinci cildinin dördüncü sayısında yayınlanan "Acilde Bir Kadına Yönelik Şiddet Olgusu Yönetimi Vakası: Ne yapıldı? Ne oldu?" (1) başlıklı makalede özetle mesleğe yeni başladığı yılda Dr. Arif Hüdai Köken'in görevi esnasında karşılaştığı ve şiddete uğradığını belirten bir kadın hastanın, adli rapor düzenlenmesi ancak kolluk birimlerine bildirimde bulunulmaması talebini ele almaktadır. Bu vakanın sonucunun bir sonraki sayıda yazılacağı belirtilmesine rağmen yayınlanmadığı görülmüş ve vakanın sonucu merak edilmiştir.

Vakanın sonucu ile ilgili Dr. Arif Hüdai Köken'in ifadesi aşağıdaki gibidir:

"Kadına yönelik bu şiddet olgusuna genç bir hekim olarak yaklaşımım Türk Ceza Kanunu'nun suçu bildirme yükümlülüğü kapsamında kolluk kuvvetlerine adli olgu bildirimini yaparak sonuçlanmıştı. Çünkü buradaki amacım kadını tekrarlama ihtimali yüksek yeni bir şiddet olgusundan korumak olmakla birlikte, adli birimlerin gerekeni yapmak üzere şiddet eyleminde bulunan kocadan haberdar olmasını sağlamaktı. Kadının tedavisi düzenlendikten sonra sağlık ocağından ayrılmasına müteakip kolluk birimleri adli tahkikata başlamıştı. Ancak birkaç gün sonra kadın eşi tarafından bu defa daha şiddetli bir şekilde darp edilerek yeniden sağlık ocağında tarafıma başvurmuştu. Bu durum beni çok etkilemişti ve kadına yönelik şiddetle mücadele etmenin mevcut şartlarda bu olgu için başarıya ulaşmasıyla ilgili kaygılarımı arttırmıştı."

^a Öğrenci, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kırşehir, Türkiye. ✉ gulagacnisa@gmail.com ORCID: 0009-0005-1406-2442

^b Doktor Öğretim Üyesi, Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Ana Bilim Dalı, Kırşehir, Türkiye. ✉ anifhudaikoken@hotmail.com ORCID: 0000-0003-2188-4741

YORUM

Anlatılan olayın, Türk Ceza Kanunu'na (TCK) göre hekimin adli olayları bildirme yükümlülüğü ile ilişkili olduğu söylenebilir. Söz konusu yükümlülüğün kapsamı ve içeriğini TCK'nin 279 ve 280. maddeleri ifade etmektedir (2). Özetle sağlık mesleği mensupları, görevini yaptığı sırada öğrendiği suç belirtilerini bildirmekle yükümlüdürler (3).

Sağlık personelinin suçu bildirme yükümlülüğüne en çok getirilen eleştirilerden biri, suç işlemiş birinin ihbar edileceği korkusuyla hastaneye/doktora gitmek istememesi ve bu yolla sağlık hakkının ihlal olmasıdır (4-6). Sosyal hayattan izole olan insanların yardım isteyebileceği tek yer sağlık kuruluşları olabilir. Adli olgu bildirimi konusunda sağlık personelinin hasta tarafından kolluk birimlerinin bir uzantısı olarak görülebilmesi endişesi, başka bir eleştiri noktası haline dönüşmektedir (5,6). Bahsi geçen olayda ise kadın eşinden şiddet gördüğü için sağlık ocağına tedavi olmak amacıyla geliyor. Doktor, gerekli tedaviyi uyguladıktan sonra yükümlülüğü gereği adli bildirim yapıyor. Bu noktadan sonra, sanıyoruz ki kolluk kuvvetleri ve adli makamlar olaya yeterince dahil olmadığı/olmadığı için kadın eşinden bir kez daha şiddet görüyor ve tekrar sağlık ocağına geliyor. Burada, bir şiddet döngüsünden bahsedebiliriz. Yükselen gerilimle birlikte patlak veren şiddet ve durgun bir dönemden sonra gerilimin tekrar yükselmesi, bir sonraki şiddet eylemini fail açısından hiçbir şekilde haklı çıkarmaz ya da onların bir döngü içinde olduğu gerçeğini değiştirmez. Bu olayda kadının tekrar şiddet görmesinin sebebi doktorun bildirim yapması sebebiyle fail eşin öfkelenmesi mi, yoksa onların halihazırda bu döngüde sıkışıp kalmaları mıdır? Şiddet döngüsü modelinde ilişki sonlanmadıkça kadının tekrarlayan şiddete maruz kalacağı beklenir (7). Bu durumda olay adli birimlere intikal ettikten sonra gelişen durumlar sebebiyle şiddetin tekrar etmesi, adli bildirim yararsız olduğunu göstermez. Zira bildirimden sonraki süreç de ideal bir şekilde devam etseydi, başka bir deyişle çarklar uyumlu bir şekilde çalışsaydı mağdur bu şiddet döngüsünden çıkabilecekti. Böylece kadının yaşam hakkı, sağlık hakkı, onur ve haysiyeti zedelenmeyecekti.

Ünlü hukukçu Beccaria'nın tüm dünyada kabul gören düşüncesine göre suçların işlenmesini engelleyen neden, cezaların ağırlığı değil, cezaların "mutlak" olmasıdır. Yani suç işlemeyi planlayan kişi ancak göreceği yaptırımın mutlak olduğunu bilmesi halinde bu suçu işlemekten çekinebilir. Ağır fakat mutlak olmayan (her durumda cezalandırıl(a)mayan) bir ceza failler açısından yeterince caydırıcı olmamaktadır (8).

TCK'nin ilgili maddelerinin (279 ve 280) izah edilen suçun (kadına yönelik şiddet) engellenmesi amacına son derece uygun olduğu düşünülmelidir. Anlatılan olayda yaşanan mağduriyetin ise adli makamların ve yargılamanın unsuru olan diğer paydaşların üzerlerine düşen sorumluluğu yerine getir(e)memelerinden doğan bir sonuç olduğu düşünülebilir. Hekim kadına yönelik potansiyel şiddet olayının her ne kadar farkında olsa da, sağlık sistemi dışındaki kurumlarla işbirliği yapılmadan şiddet olgusunun gerçekleşmesine engel olamayacaktır. Ama yine de bu durum kadının yaşam hakkı, sağlık hakkı, onuru ve haysiyetinin korunması için yapılması gerekenleri hekimin etik açıdan yerine getirme sorumluluğu olduğunu da ifade etmek gerekir.

KAYNAKLAR

1. Köken AH. Acilde Bir Kadına Yönelik Şiddet Olgusu Yönetimi Vakası: Ne yapıldı? Ne oldu? TJOB 2018; 5 (4): 175-176.
2. Türk Ceza Kanunu. 2004. Erişim: (<http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5237.pdf>) Erişim Tarihi: 4 Haziran 2018.
3. Üzülmez İ, Koca M. Türk Ceza Hukuku Özel Hükümler. Ankara: Adalet Yayınevi, 2018.
4. Özçelik Z, Biçer Ü. Türk Ceza Kanunu Hekimler ve Sağlık Ortamına İlişkin Maddeleri Yorum, Öneri ve Eleştiriler. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 2005.
5. Kitiş Y, Şanlıoğlu Bilgiç S. Bir Aile İçi Şiddet Olgusu; Sır Tutma İlkesi ile Şiddeti İhbar Etme Yükümlülüğü Arasındaki Etik İkilem. Aile ve Toplum 2007; 3 (11): 7-11.
6. Büken E, Sahinoğlu S, Örnek Büken N. Statutory Disclosure in Article 280 of the Turkish Penal Code. Nurs Ethics 2006; 13 (6): 573-580.
7. Köken AH. Ankara İlinde Üniversite Hastanelerinde, Acil Tıp Alanında Çalışan Hekimlerin, Kadına Yönelik Şiddet Olgularının Yönetimine İlişkin Bilgi, Tutum ve Uygulamalarının Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi. Danışman: Büken N, Paksoy Erbaydar N. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi; 2019.
8. Gündoğdu Ç. Cesare Beccaria'nın Reformist Eseri: Suçlar ve Cezalar Üzerine. Çankaya Üniversitesi Hukuk Fakültesi Derg 2020; 5 (1): 1593-1616.