

NEVŞEHİR
HACI BEKTAŞ VELİ
ÜNİVERSİTESİ

750.YIL

HÜNKAR
HACI BEKTAŞ VELİ
ANMA ve ARMAĞAN KİTABI

CİLT II



2021
UNESCO
HACI
BEKTAŞ
VELİ
YILI

1. Baskı

750. YIL HÜNKÂR HACI BEKTAŞ VELİ ANMA VE ARMAĞAN KİTABI

CİLT II

Editörler

Prof. Dr. Mustafa Hilmi ÇOLAKOĞLU

Prof. Dr. Şahlan ÖZTÜRK

Dr. Öğr. Üyesi Gökçe BECİT İŞÇİTÜRK

Nevşehir, 2021

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Yayınları No: 32

Bu kitabın basım, yayım ve satış hakları Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesine aittir. Bütün hakları saklıdır.

Kitabın tümü ya da bölümü/bölemleri Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesinin yazılı izni olmadan elektronik, optik, mekanik ya da diğer yollarla basılamaz, çoğaltılamaz ve dağıtılamaz.

Copyright 2021 by Nevşehir Hacı Bektaş Veli University. All rights reserved.

No part of this book may be printed, Reproduced or distributed by any electronical, optical, mechanical or other means without the written permission of Nevşehir Hacı Bektaş Veli University.

Kapak Tasarımı ve Düzeni: Öğr. Gör. Bülent BİLGİN

Dizgi ve Mizanpaj: Arş. Gör. Serkan DERİCİ

Takım ISBN: 978-605-4163-50-2

ISBN: 978-605-4163-52-6

1. Baskı

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir, 2021

ÖNSÖZ

1209 yılında tarihi Horasan sınırları içerisinde doğan ve Anadolu'ya yerleşen Hacı Bektâş Velî, 13. yüzyılda Anadolu'nun İslamlaşmasında etkili olan "Horasan Erenleri"nden biri olarak kabul edilen Türk-İslam mutasavvıfıdır. Hacı Bektâş Veli, Horasan tasavvufu ve Hoca Ahmet Yesevi'nin (1103-1165) kurucusu olduğu Yesevilik tarikatının Anadolu'daki temsilcilerinden biri olarak kabul edilmektedir. Horasan'dan Anadolu'ya gelişi sırasında farklı bölgeler ve bu bölgelerdeki farklı kültür ve inanç sistemlerinin güzel yönlerini harmanlayan Hacı Bektâş Veli, günümüzde Nevşehir sınırları içerisinde bulunan Hacıbektâş'a (Sulucakarahöyük) yerleşmiştir. Burada hoşgörüyü ve çoğulculuğa dayanan öğretisi ile Anadolu coğrafyasında birleştirici bir etkiye sahip olmuş, kurduğu sosyo-kültürel ve itikadî düzen ile Osmanlı Devleti'nin kuruluş devrinde Anadolu'da sosyal yapının gelişmesinde önemli katkılarda bulunmuştur. Vefatından sonra, Hünkâr Hacı Bektâş Veli adı ve öğretileri, 16. yüzyılda Balım Sultan önderliğinde Bektaşî (babagan) tarikatının; öte yandan Osmanlı ordu sisteminin temelini oluşturan Yeniçerilik içinde varlığını ve etkisini sürdürmüştür. Bektaşî tarikatının merkezi, Hünkâr Hacı Bektâş Veli'nin ömrünün önemli bir kısmını geçirdiği ve vefat ettiği yer olan Hacı Bektâş Veli Dergâhı olmuştur.

Bektâşilik Anadolu coğrafyasında teşekkül etmiş, varlığını da bu coğrafyada günümüze kadar sürdürebilmiştir. Anadolu'nun mayası ile mayalanan bu inanç sistemi tarihi ve coğrafya temelleri bakımından Anadolu'da bulunan Alevi ve Bektaşî zümreler için önem arz etmektedir. Hünkâr Hacı Bektâş Veli gerek Bektaşî toplulukların gerek Alevi topluluklarına hitap eden geniş bir hinterlanda sahiptir. Bu yüzden Bektaşîlerin her iki kolu ister Babagan koluna bağlı Bektaşîler ister Çelebi koluna bağlı Bektaşîleri isterse de Alevi ocaklarının büyük bir bölümü Hacı Bektâş'ı serçeşme olarak kabul etmiş ve en üst makam olarak konumlandırmıştır. Bu nedenle Hacı Bektâş Veli Dergâhına birçok Bektaşî ve Alevi ocaklarının bağlı olduğu bir merkez mahiyetindedir.

Buna ilaveten Hacı Bektâş Veli'nin etki alanının sadece Anadolu coğrafyasına sınırlanamaz. Zira günümüzde de şahit olduğumuz gibi doğuda Tarihi Horasan, İran'ın farklı bölgeleri, Tarihi Azerbaycan sınırları ve batıda Balkanlar, Arnavutluk, Yunanistan, Bulgaristan, Bosna, Kosova, Makedonya ve Macaristan'da yaşayan ve bu inanç sistemine mensup olan insanlar için Hacı Bektâş ve günümüzde Hacıbektâş ilçesinde bulunan dergâh söz konusu insanlar için kutsal şahsiyet ve kutsal mekan anlamı taşımaktadır.

Nitekim Hacı Bektâş Veli ister günümüz Anadolu Alevi-Bektâşîler için olsun isterse dünya Alevi-Bektâşî zümreler için merkezi bir şahsiyet olup onun dergâhı söz konusu zümreler için kutsal mekân mahiyetini taşımaktadır.

Hünkâr Hacı Bektâş Veli 13. yüzyıla damgasını vuran ve kendinden sonraki kuşağa da düşünceleriyle etkisini hissettiren önemli bir isim olarak karşımıza çıkmaktadır. Gerek düşünce dünyası gerekse inanç dünyasında önemli bir yere sahiptir.

Öğretileri yüzyıllardan beri insanlığa ışık tutmakta olup, hoşgörü çerçevesinde herkesi eşit gören ve sevgi ve saygıyı yücelten Hünkâr Hacı Bektâş-ı Velî, "Gelin canlar bir olalım" diyerek birlik ve beraberliğin önemini, "İlimden gidilmeyen yolun sonu karanlıktır" diyerek cehaletin karanlığından kaçınılması gerektiğini, "Eline, beline, diline sahip ol" diyerek barış, huzur, güven ve aile birliğine verdiği önemi, "Dili dini rengi ne olursa olsun iyiler iyidir" diyerek engin hoşgörü çerçevesinde tüm insanlığı birleştirmek düsturuyula evrenseli yakalamamız gerektiğini,

”Okunacak en büyük kitap insandır” diyerek ise insana ait bilgi ve derinliğin bitimsiz olduğuna vurgu yapmış, insanı yücelten ve ona değer veren bir yaklaşımı öğütlemiştir. “İncinsen de incitme, düşmanın dahi insan olduğunu unutma, yetmiş iki milleti bir gör” şeklindeki ifadelerine bakıldığında ise ne derece büyük ve evrensel bir hoşgörüyü sahip olduğunu görmekteyiz.

Hünkâr felsefesi ile bir nevi ahlak ve maneviyat eğitiminin temel ilkelerini ortaya koymuştur. Bu bakımdan, Hacı Bektâş Veli, gerek örnek hayatı gerekse eserleri ile Anadolu'nun son derece çalkantılı bir döneminde gönüllere taht kurmuş Türk tasavvuf ve sosyal hayatında etkili olmuş, çağları aşan düşünce ve öğretileriyle evrenseli yakalamış ve böylelikle insanlığa rehber olacak nitelikte derin bir miras bırakmıştır.

Bu doğrultuda Cumhurbaşkanlığın 12 Şubat 2021 tarih ve 31393 sayılı Resmî Gazetede yayınlanan 2021/3 sayılı Genelgesiyle 2021 yılının Hacı Bektâş Veli Yılı olarak kutlanmasına karar verilmiştir. Ayrıca “UNESCO'nun 12-27 Kasım 2019 tarihinde gerçekleştirilen 40. Genel Konferansında 40 C/15 sayılı belgesi çerçevesinde alınan karar gereğince ‘Hacı Bektâş Veli’nin Vefatının 750. Yıl Dönümü’ Azerbaycan, İran, Kuzey Makedonya ve Romanya’nın desteğiyle 2021 UNESCO Anma ve Kutlama Yıl Dönümleri arasına alınmıştır.”

Cumhurbaşkanlığı genelgesinde, “Hacı Bektâş Veli’nin “inanç, ahlak, hoşgörü, sevgi ve saygıyı esas alan” felsefesinin “gelecek nesiller tarafından anlaşılıp benimsenmesi amacıyla 2021” yılında düzenlenmesi öngörülen etkinlikler uyarınca Nevşehir Hacı Bektâş Veli Üniversitesi “750. Yıl Hünkâr Hacı Bektaş Veli Anma ve Armağan Kitabı” hazırlanmasını tasarlanmıştır.

Prof. Dr. Semih Aktekin
Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Rektörü

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

	Sayfa / Page
CERRAHİ SÜREÇTE HASTALARIN KONFOR DÜZEYİNİ ETKİLEYEN OLUMSUZ FAKTÖRLER / FACTORS NEGATIVELY AFFECTING COMFORT LEVELS OF PATIENTS DURING SURGICAL PROCESS	262
Gülhan KÜÇÜKAKÇA ÇELİK Şefika Dilek GÜVEN Hürmüs KUZGUN	
İNSANIN GÜÇLENDİRİLMESİ: HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIM / EMPOWERMENT OF HUMAN: A SOLUTION FOCUSED APPROACH IN NURSING PRACTICES	271
Şenay ŞERMET KAYA	
DOĞUM AĞRISI VE YAKLAŞIMLAR / LABOR PAIN AND APPROACHES	278
Aynur KIZILIRMAK Pelin CALPBİNİCİ	
EV ORTAMINDA AİLE SAĞLIĞI VE BAKIMI / FAMILY HEALTH AND CARE IN A HOME ENVIRONMENT	287
Rahşan KOLUTEK	
İNSAN KAVRAMI / HUMAN CONCEPT	302
Nilay ÇAKICI	
KRİZLİ DÖNEMLERİN SAĞLIĞA ETKİLERİ: PANDEMİDE ÇOCUK OLMAK / HEALTH EFFECTS OF CRISICAL PERIODS: BEING A CHILD IN A PANDEMY	311
Bahriye KAPLAN	
KRONİK HASTALIKLARIN YÖNETİMİNDE BİR YAKLAŞIM OLARAK MOTİVASYONEL GÖRÜŞME / MOTIVATIONAL INTERVIEWING AS AN APPROACH TO MANAGEMENT OF CHRONIC DISEASES	321
Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK Gamze MUZ Kamuran ÖZDİL	
DOĞUM SONU DÖNEMDE FARK EDİLEN NÖRAL TÜP DEFEKTİ: OLGU SUNUMU / NEURAL TUBE DEFECT IN POSTPARTUM PERIOD: A CASE REPORT	330
Gamze Gülsüm KILIÇ Ayşegül ÖZCAN	
PREKONSEPSİYONEL BAKIM VE HEMŞİRENİN ROLÜ / PRECONCEPTIONAL CARE AND THE NURSE'S ROLE	338
Pelin CALPBİNİCİ Aynur KIZILIRMAK	

RUH SAĞLIĞI BAKIMINDA KÜLTÜREL YETERLİLİK / CULTURAL COMPETENCE IN MENTAL HEALTH CARE.....	347
Betül ŞANLAN	
ŞİDDETİN ETKİLERİ: KADIN, ÇOCUK AİLE VE TOPLUM / VIOLENCE AGAINST WOMEN IN POSTGRADUATE STUDIES IN OUR COUNTRY.....	358
Fatma YILDIRMIŞ Özlem BOZBUĞA Zehra ÇALIŞKAN	
YUMUŞAK DOKU YARALANMALARINDA GÜNCEL TEDAVİ YAKLAŞIMLARI / CURRENT TREATMENT APPROACHES FOR SOFT TISSUE INJURY	368
Muhammet ÖZALP	
ERGOTERAPİDE (İŞ VE UĞRAŞI TERAPİSİ) TEMEL KAVRAMLAR VE PRENSİPLER / BASIC CONCEPTS AND PRINCIPLES IN OCCUPATIONAL THERAPY	375
Gözde ÖNAL Gülşah ZENGİN	
NÖROLOJİK FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYONDA TEKNOLOJİNİN KULLANIMI / USAGE OF TECHNOLOGY IN NEUROLOGICAL PHYSIOTHERAPY AND REHABILITATION	382
Büşra KAYABINAR Erdi KAYABINAR	
İNANÇ TURİZMİ KAPSAMINDA ANADOLU ALEVİ-BEKTAŞİLİK İNANCININ DEĞERLENDİRİLMESİ: HACI BEKTAŞ VELİ ÖRNEĞİ / THE EVALUATION OF THE ANATOLIAN ALAVI-BEKTAŞLIK BELIEF WITHIN THE SCOPE OF FAITH TOURISM: THE EXAMPLE OF HACI BEKTAŞ VELİ	397
Gülhan SÖZBİLEN Emre YAŞAR	



CERRAHİ SÜREÇTE HASTALARIN KONFOR DÜZEYİNİ ETKİLEYEN OLUMSUZ FAKTÖRLER

FACTORS NEGATIVELY AFFECTING COMFORT LEVELS OF PATIENTS DURING SURGICAL PROCESS

Gühan KÜÇÜKAKÇA ÇELİK

Şefika Dilek GÜVEN

Hürmüs KUZGUN

Özet

Hemşirelikte hasta konforu, kaliteli bakımın temeli olarak kabul edilir. Kaliteli, modern ve bilimsel temellere dayanan hemşirelik bakımının ise belirli unsurlar taşınması gerekir. Bu unsurların belirlenmesi; konforun doğasını ortaya çıkarmakla kalmaz, aynı zamanda düşünme ve analiz etmeyi gerektiren hemşirelik bakımının, teoriye dayandırılması gerekliliğini ortaya koyar.

Konfor teorisi doğrultusunda hemşirelik bakımı; belirli bir çerçeve içinde verilen bakımın hastadaki etkilerini öngörebilmeyi sağlamaktadır. Catharine Kolcaba, hasta konforunu etkileyen faktörleri tanımlamaya yardımcı olabilecek, konfora özgü teorisinde; konforun fiziksel, psikospiritüel, sosyokültürel ve çevresel ihtiyaçlar karşılandığında, hastaların güçlendiğini hissetmesi ile yaşanan bir durum olduğunu belirtir. Dolayısıyla konfor, hastaya ve ailesine en yüksek yaşam kalitesi sağlamayı amaçlayan bir bakım hedefidir.

Bakım sürecinde iyileştirilmiş hasta konforu, cerrahi müdahalenin de amaçlanan bir sonucudur. Çünkü, cerrahide hasta deneyimi, sağlık hizmeti kalitesinin, özellikle hasta merkezli bakımın temel bir göstergesidir. Konfor ise hasta deneyiminin merkezidir ve fiziksel rahatlığı teşvik etmek ile birlikte hasta merkezli bakım modeli çerçevesinin temel bir bileşenidir. Cerrahi hastasının konforlu bakımı, yalnızca ameliyatın ve hastalığın ağrı, bulantı ve anksiyete gibi olumsuz yönlerini belirlemek değil, aynı zamanda rahatlık, hareketlilik ve iyileşme gibi günlük işlevin göstergelerini değerlendirmeyi amaçlar. Özellikle cerrahi hastasının perioperatif bakımının sağlanmasında, hastaların konfor düzeyini etkileyen faktörler tartışılması gereken önemli bir göstergedir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi, Hasta, Konfor

Abstract

In nursing, patient comfort is considered as the basis of quality care. And nursing care that is quality, modern, and based on scientific foundations must have certain features. Determination of these elements not only reveals the nature of comfort but also reveals the need for grounding nursing care, which requires thinking and analyzing, on theory.

Nursing care in line with the comfort theory enables to predict the effects of care given within a certain framework, on the patient. Catharine Kolcaba, in her comfort theory, which can help define the factors affecting patient comfort, states that comfort is a state of feeling empowered experienced by patients when their physical, psychospiritual, sociocultural, and environmental needs are met. Therefore, comfort is a care goal that aims to provide the highest quality of life to the patient and their family.

Improved patient comfort in the care process is also an intended result of surgical intervention. Because, in surgery, patient experience is a basic indicator of healthcare quality, especially of patient-centered care. And comfort is the center of the patient experience, and it is also an essential component of the patient-centered care model along with its role of promoting physical comfort. Comfortable care of a surgical patient aims not only to minimize the negative aspects of surgery and disease such as pain, nausea, and anxiety but also to improve positive indicators of daily function such as comfort, mobility, and recovery. Factors affecting the comfort level of patients constitute an important indicator that should be discussed in the provision of perioperative care for surgical patients.

Keywords: Surgery, Patient, Comfort

1. Konfor Kuramı

Hasta konforu, cerrahi müdahalenin amaçlanan bir sonucudur (Kubat Bakır ve Yurt 2020). Ayrıca hemşirelikte hasta konforu, kaliteli bakımın temel taşlarından biri olarak kabul edilir. “Konfor” bir diğer anlamıyla rahatlık kavramı, hemşirelikte tarihsel ve aktüel öneme sahip bir kavramdır. Florence Nightingale’den bu yana konfor kavramının; Roy, Orlando, Watson, Paterson gibi kuramcılar tarafından hemşirelik bakımının önemli bir parçası olarak ele alındığı görülmektedir (Çınar Yücel 2011; Erdemir ve Çırlak 2013; Terzi ve Kaya 2017).

Kökeni Fransızcaya dayanan (confort) konfor kavramı; Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlüğe göre bireylerde “üzüntü, sıkıntı, tedirginlik durumunun olmama hali”, “yorgunluk veya sıkıntı vermeme durumu” olarak tanımlanmaktadır (<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 21.08.2021). Katharine Kolcaba tarafından geliştirilen Konfor Kuramında ise konfor kavramı “bakım gereksinimleriyle ilgili bireyin sorunlarının üstesinden gelebilme, yardım ve huzur sağlama durumuna ilişkin fiziksel, sosyal, çevresel ve psikospiritüel bütünlük içerisinde kompleks yapıya sahip beklenen bir sonuç” olarak açıklamaktadır (Karakaplan ve Yıldız 2010; Kolcaba 2003).

Kolcaba, Konfor Kuramını geliştirirken dört temel bakış açısından etkilenmiştir. Oluşturulan yapının en üstünde yer alan ve kuramın çatısını oluşturan bakış açısı holizmdir. Sonraki aşamada insan gereksinimleri ve bir diğer aşamada Murray’in İnsanda Baskı Kuramından yararlanılmıştır. Son aşamada ise Paterson, Orlando ve Henderson tarafından geliştirilen üç orta düzey kuram temel alınmıştır. Sonuç olarak Kolcaba bu felsefi bakış açılarından yararlanarak, Konfor Kuramını ve kuramın alt kavramlarını oluşturmuştur (Çınar Yücel 2011; Kolcaba 2003).

1.1. Konfor Kuramının Taksonomik Yapısı

Kolcaba kavram analizi sırasında, tıp, hemşirelik, psikoloji ve İngilizce dahil olmak üzere konfor kavramıyla ilgili farklı disiplinlerin literatürünü gözden geçirmiştir (Peterson ve Bredow 2019). Yaptığı çalışmalar sonucunda üç düzey ve dört boyuttan oluşan iki aşamalı bir taksonomik yapıya sahip Konfor Kuramını geliştirmiştir (Kolcaba ve Dimarco 2005; Kubat Bakır ve Yurt 2020).

Birinci aşamada konfor, bireysel konfor ihtiyaçlarının karşılanma yoğunluğuna göre üç düzeyde ele alınmış olup, bunlar ferahlama, rahatlama ve üstünlük olarak belirlenmiştir (Kolcaba 2003; Parker and Smith 2010). Kolcaba ikinci aşamada ise, Konfor Kuramını bütüncül bakış açısına temellendirdiği konfor boyutlarını oluşturmuştur. Bu boyutlar; çevresel, psikospiritüel, sosyo-kültürel ve fiziksel konfor olarak adlandırılmıştır (Khan 2017; Kolcaba ve Dimarco 2005; Kubat Bakır ve Yurt 2020).

1.1.1. Konfor Kuramının Düzeyleri

Ferahlama (Relief) Düzeyi

Konfor Kuramının ilk basamağını oluşturan ferahlama düzeyi, bireyin gereksinimlerinin karşılanması sonucunda sıkıntıdan kurtulmasıyla hissettiği duygu olarak tanımlanmaktadır (Kolcaba ve Wilson 2002). Ferahlama, bir konfor ihtiyacının karşılanması deneyimidir (Vo 2020) ve birey onun için sorun olan önemli bir gereksinimi karşılandığı zaman ferahlama yaşar (Genç 2019; Kolcaba ve Kolcaba 1991).

Rahatlama (Ease) Düzeyi

Konfor Kuramının ikinci basamağını, rahatlama düzeyi oluşturmaktadır. Rahatlama, sıkıntıdan kurtulduktan sonraki süreçte bireyin sakin, rahat veya huzur içinde olma durumu olarak belirtilmektedir (Kolcaba ve Kolcaba 1991; Kubat 2017). Aynı zamanda sakinliği ve/veya memnuniyeti teşvik eden bir bakım deneyimi olarak ifade edilmektedir (Vo 2020). Bu aşamada birey sıkıntıdan kurtulmanın bir adım

ötesinde rahatlamış olup, memnuniyetini dile getirir hale gelmiştir. (Kolcaba ve Kolcaba 1991; Terzi ve Kaya 2017; Üstündağ 2009).

Üstünlük (Transcendence) Düzeyi

Kuramın üçüncü basamağı olan üstünlük düzeyi, bireyin problemlerinin üstesinden gelebildiği, başka bir deyişle kendi şikayetleri ve sorunlarıyla baş edebildiği durumu tanımlamaktadır (Karabacak ve Acaroğlu 2011; Parker ve Smith 2010). Bu aşamada konfor gereksinimleri karşılanmış olduğu için ferahlamış ve rahatlamış olan birey, konforun üstünlük derecesi olan sorunların üstesinden gelme düzeyine ulaşmıştır (Çınar Yücel 2011; Kolcaba ve Kolcaba 1991; Terzi ve Kaya 2017).

1.1.2. Konfor kuramının boyutları

Fiziksel Konfor

Bedensel algılar ile ilgili olan fiziksel konfor boyutu; beslenme, hidrasyon, uyku ve dinlenme, eliminasyon ve hastalığa karşı verilen yanıtlar gibi bireyin fizyolojik durumunu etkileyen gereksinimleri içermektedir (Terzi ve Kaya 2017). Kolcaba, fiziksel konforun uyaran oluştursun veya oluşturmasın bireyin hastalığa karşı verdiği yanıtlardan kaynaklandığını belirtir (Arslan ve Konuk Şener 2009; Kolcaba 2003). Ağrı, fiziksel konforun azalmasına sebep olan en önemli faktörlerden biri olarak görülmektedir. Bunun yanı sıra fiziksel konfor için gerekli olan diğer fizyolojik göstergeler arasında normal solunumun sürdürülmesi, yeterli oksijen saturasyonu, sıvı elektrolit dengesi, düzenli ve dengeli kan biyokimyası gibi metabolik reaksiyonlar yer almaktadır. Bu göstergelerin herhangi birinde meydana gelen bozulmanın konforu da etkileyeceğini vurgulanmaktadır. (Karabacak ve Acaroğlu 2011; Kolcaba 2003; Terzi ve Kaya 2017).

Psikospritiyel Konfor

Akılsal, manevi ve ruhsal bileşenlerden oluşan psikospritiyel konfor; bireylerin yaşamına anlam katan öğeler, öz saygı, öz farkındalık, benlik algısı ve cinsellik gibi duyguları içermektedir. Kolcaba, ağız bakımı verme, masaj yapma ve dokunma gibi bireyi rahatlatan girişimler ile iletişim kurmayı sağlama, bilgilendirme, sorularını yanıtlama, yakınları ile bir arada olma ve özel ziyaretçilere izin verme gibi uygulamaların bireyin psikospritiyel konforunu arttıracaklarını belirtmektedir (Kolcaba and Dimarco 2005; Kubat 2017).

Sosyo-kültürel Konfor

Bireyin sosyal ve kültürel çevresini kapsayan sosyo-kültürel konfor, bilgi ve danışmanlık verme, kişilerarası iletişimin sağlanması, dini inançlar, ailenin gelenek ve alışkanlarına duyarlı bakım uygulamalarını gerçekleştirme, finansal destek sistemlerinden yararlanma, taburculuğun planlanması ve taburculuk eğitimi ile evde bakımın sağlanması gibi etkenleri kapsamaktadır. Kolcaba, bakım uygulamalarının bireyin yaşam tarzı, gelenekleri, giyinme biçimi ve aile ile ilişkileri gibi sosyal ve kültürel özelliklerine duyarlı olacak şekilde sunulması gerektiğini vurgulamaktadır (Kolcaba 2003; Kubat 2017).

Çevresel Konfor

Bireyin çevresindeki faktörlerin etkisini ifade eden çevresel konfor boyutu; iyileşme sürecine etki eden gürültü, sıcaklık, aydınlık, pencereden görünen manzara ve güvenlik gibi faktörleri içermektedir (Kolcaba and Kolcaba 1991; Terzi ve Kaya 2017). Çevresel konforu hastaneye yatan bireylerin fiziksel ve zihinsel fonksiyonlarını destekleyen öncelikli boyut olarak belirten Kolcaba, bireyin konforunun sağlanması amacıyla çevresel konfor etkenlerinin kontrol alınmasının büyük önem taşıdığını vurgulamıştır (Kolcaba 2003; Kubat 2017).

KONFOR		DÜZEYLERİ		
		Ferahlama	Rahatlama	Üstünlük
BOYUTLARI	Fiziksel			
	Psikospritu�el			
	Sosyo-kültürel			
	çevresel			

Şekil 1. Konfor kavramının taksonomik yapısı

Kaynak: Kolcaba, K., (2003), *Comfort Theory and Practice: A Vision. for Holistic Health Care and Research*, New York, NY: Springer.

2. Cerrahi Süreçte Hasta Konforunu Etkileyen Faktörler

Cerrahi süreç; hasta konforunu fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutta etkileyen bir travma deneyimi olarak görülmektedir (Arslankılı  ve G l 2020; B y k nal  ahin ve Rızalar 2018). Konfor kavramının öznel doğası gereği perioperatif süreçte deneyimlenen bu travma; her hasta için farklı şeyler ifade etmektedir. Hastanın ihtiyaçları ve karşılanma düzeyi, çevresel faktörler, hastalık ve hastanın hastalığa ilişkin algılar dahil olmak üzere birçok faktör, hasta konforunu etkilemektedir (Wilson ve Kolcaba 2004). Hastaların perioperatif konforunu en üst düzeyde sürdürülebilmek için etkileyen bu faktörlerin hasta merkezli bakım doğrultusunda iyi tanımlanması gerekliliğinin altı çizilmektedir (Wensley, Botti, McKillop ve Merry 2017). Böylece konfor, hasta deneyimini iyileŐtirmeyi amaçlayan bakım başarısının, yararlı bir göstergesi olur.  nk  konfor, temel insan ihtiyacıdır ve perioperatif dönemde hastalar, konfor düzeylerini sürdürmek için sağlık profesyonellerinden yardım beklemektedir (Temiz, Tutuncu, Cavdar ve Emel 2020).

Cerrahi müdahalenin travmatik etkisinin yanında ameliyat öncesi farklı hasta deneyimleri, bakımın konforunu ve kalitesini etkiler (Temiz, Tutuncu, Cavdar ve Emel 2020). Ameliyat her ne kadar yaşam kalitesini iyileştirmek amacıyla uygulansa da cerrahi girişimler, hastaların kaygı yaşamasına neden olur (Nigussie, Belachew, Wolancho 2014). Hastaneye kabul ile başlayan ameliyat öncesi dönemde hastalar; cerrahi müdahalenin stres verici bir durum olmasından kaynaklanan tehdit duygusunu deneyimler (Temiz, Tutuncu, Cavdar ve Emel 2020). Yaşam tehditi duygusuna bağlı gelişen kaygı ise vücutta nöroendokrin tepkilere neden olan huzursuzluk anlamına gelir. Hastalar bu dönemde hastalıkları, ameliyatın başarısı veya anestezi korkusu nedeniyle endiŐelenirler. Hastane ortamında bulunmak ve ameliyatı beklemenin yanında cerrahi iŐlemin kişi üzerinde taŐıdığı anlam, işlem öncesinde ve sonrasında olabilecek sorunlara bağlı bilgi eksikliği, ameliyat esnasında kontrolü kaybetmek, günlük yaŐantının sekteye uğraması, yetersiz sosyal destek algısı, dış çevreye yabancı ve aileden uzak bir ortamda olmak; ameliyat öncesi dönemde hastalarda korku ve anksiyete duygusunun yaŐanmasına neden olan faktörler arasında sıralanır (Fındık ve Yıldızeli Topçu 2012). Bununla birlikte; lokal anestezi altında uygulanan cerrahi iŐlemlerde ameliyat esnasında hastalar uyanıktır. Uyanık olmanın yaratmış olduğu farkındalık, ameliyat esnasında birçok hastanın korku deneyimi ile birlikte koordinasyon kaybı yaşamasına ve ameliyat esnasında istenmeyen davranışlar sergilemesine neden olabilir (Ramirez ve ark. 2017). Hastaların yaşadığı bu deneyimler; psikolojik, fizyolojik ve psikosp r tel sorunlara neden olarak hasta konforunu olumsuz etkilemektedir (Temiz, Tutuncu, Cavdar ve Emel 2020). Cerrahi süreçte farklı nedenlerle deneyimlenen ve hasta konforunu etkileyen olumsuz duygular; bulantı-kusma, baş ağrısı ve sersemlik hissi gibi olumsuz fiziksel etkilerin yanında, ameliyat sonrası yaŐanacak kaygı düzeyini de

artırmaktadır (Fındık ve Yıldızeli Topçu 2012). Yüksek düzey korku ve kaygı ise ameliyat sonrası ağrı, analjezik ve ameliyat esnasında kullanılacak anestezi madde ihtiyacının artışı ile sonuçlanabilmektedir. Bu durum, hastaların iyileşme ve taburculuk sürecinin uzması ile birlikte bireysel ve toplumsal sosyoekonomik kayıplara yol açabilmektedir (Bağdigen ve Karaman Özlü 2018).

Hastaların genel konfor düzeylerini ve sağlık sonuçlarını etkileyen bir diğer önemli faktör, ameliyat öncesi açlık süresidir. Elektif ameliyattan önce uzun süre aç kalma; fizyolojik olarak hastalarda susuzluk ve açlık hissi, ağız kuruluğu, bulantı, kusma, baş ağrısı, hipoglisemi, sıvı ve elektrolit dengesizlikleri, bulantı-kusma ve yorgunluk gibi olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Açlık süresi uzadıkça; immün sistemde zayıflama, yara iyileşme sürecinde gecikme ve buna bağlı uzun süreli hastane yatışları gibi istenmeyen ve hasta konforunu bozan durumlara neden olabilmektedir. Psikolojik boyutta ise hastaların kaygı nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (Abebe ve ark. 2016; Çakar, Yılmaz, Çakar ve Baydur 2017; Gök, Kafadar ve Yeğen 2020; Tosun, Yava ve Açikel 2015).

Cerrahi klinikler ve ameliyathaneler; doğası gereği, karmaşık teknik donanımı olan (Peñasales ve ark. 2017) ve çok gürültülü alanlardır (Eijkelenboom ve Bluysen 2019). Bunun yanı sıra; çok sayıda gece aktivitesi ile birlikte yapılan hasta müdahaleleri nedeniyle cerrahi klinikler aydınlık olma durumundadır. Hastane ortamında gece ışığına maruz kalma ise hastaların uyku kalitesinin bozulmasına zemin hazırlamaktadır (Dolan, Huh, Tiwari, Sproat ve Camilleri-Brennan 2016). Ameliyathanelerde de akustik kalitenin unsurları olarak kabul edilebilen gürültü seviyeleri ve gürültü kaynakları hem personel hem de hastanın konforu açısından önemlidir. Yüksek gürültü seviyelerinin ana kaynakları; ekipmanla ilgili veya personel tarafından oluşturulan gürültüdür. Anestezi ekipmanı ve alarmları, aspirasyon cihazları veya matkaplar, koter cihazları ve diseksiyon araçları gibi cerrahi aletler, ekipmanla ilgili gürültü kaynaklarıdır. Personelden kaynaklanan gürültü kaynakları ise; personel konuşmalarını, kapıların açılıp kapanmasını ve ameliyathane dinlenen müziği içerebilir. Ameliyathanedeki bu yüksek ses seviyelerinin tehlikeleri arasında personel için stres, cerrahin konsantrasyonunun bozulması ve iletişim hataları yer almaktadır. Ameliyat esnasında yanlış iletişim, hastaların tıbbi hatalara maruz kalma riskini artırmakta, güvenlik tehdidi oluşturmakta ve ameliyat sonrası komplikasyonlara neden olarak hastaların yeniden hastaneye başvurma sıklığını artırmaktadır (Eijkelenboom ve Bluysen 2019). Ayrıca; ameliyat esnasında hastalar savunmasızdır ve ister genel anestezi, ister bölgesel anestezi uygulaması olsun, bedenlerinin ve durumlarının kontrolünü kendilerine tamamen yabancı olan kişilere bırakırlar. Bu aşamada hastaların mahremiyetine gösterilmeyen saygı, konforu önemli düzeyde etkilemektedir (Oliveira 2020).

Hastane ortamından kaynaklı kaos, kötü kokular, rahatsız edici sedyeler, sandalyeler ve yataklar gibi çevresel faktörlerin yanı sıra istenmeyen perioperatif hipotermi, cerrahi hastalarının konforunun bozulmasına yol açan faktörler olarak sıralanmaktadır (Wilson ve Kolcaba 2004). Perioperatif istenmeyen hipotermi, ameliyat öncesi 1 saat ile postoperatif 24 saat arasında vücut sıcaklığın 36°'nin altına düşmesi olarak tanımlanır (Yüksek, Talih, Ünal Kantekin ve Yardımcı 2020). Perioperatif hipotermi sonucunda hastanın “termal konforu” bozulur. Termal konfor, “termal ortamdan memnuniyeti ifade eden ve ortam ısısını subjektif olarak değerlendirilen zihin durumudur. Bu bilişsel bir süreç olmakla birlikte fizyolojik, psikolojik ve çevresel faktörlerin girdilerini içerir. Birey termal konfor yaşadığında, termoregülasyon mekanizmalarını (örneğin terleme, titreme) kullanmaya ihtiyaç duymaz. Termal konfor sağlıklı bir yaşam için önemlidir. Çünkü dış termal ortam ve iç metabolik ısı, kişinin sağlığını olumsuz yönde etkileyen termal strese neden olabilir (Karahana ve ark. 2020). Termal konfor bozulduğunda; tremorların gelişmesiyle oksijen tüketimi artar, mortaliteyi artırabilecek kalp problemleri gelişebilir. Hipnotik ilaçlar ile nöromusküler blokerlerin etki süresi uzar ve anestezi sonrası iyileşme gecikir. Ayrıca ameliyat esnasında kan kaybının artması nedeniyle kan transfüzyonu gereksinimi artar ve yara yeri enfeksiyonu ile birlikte ameliyat sonrası bulantı kusma insidansına katkıda bulunur (Turkish Society of Anaesthesiology and Reanimation 2013).

Bulantı-kusma; ameliyat sonrası erken saatlerde cerrahi hastaları arasında en çok bildirilen sıkıntı ve memnuniyetsizlik nedenlerinden biridir (Pierre ve Whelan 2013). Risk faktörleri arasında; genel anestezi, kadın cinsiyet, genç erişkin, sigara içmeme, taşıt tutma öyküsü, opioid kullanımı, bazı hastalıklar ve laporoskopik cerrahi girişimler yer almaktadır (Elsaid, Namrouti, Samara, Sadaqa ve Zyoud 2021; Moon 2014; Shaikh ve ark. 2016). Ameliyat sonrası bulantı kusma; dehidratasyon, elektrolit bozuklukları, mide içeriğinin aspirasyonu ve üst gastrointestinal kanama gibi klinik komplikasyonlara neden olabilmektedir (Miranda ve ark. 2020). Ayrıca; intraabdominal basınçta, santral venöz basınçta, kalp hızı ve sistemik kan basıncında artışa neden olup miyokardiyal iskemi ve aritmi riskini artırmaktadır. Özellikle ameliyat sonrası ağrıyı ve konforu olumsuz etkileyen önemli bir faktör olarak, anestezi sonrası bakım ünitesinde sık görülen sorunlar arasında yer almaktadır (Ünülü ve Kaya 2018).

Ameliyat sonrası yaşanan ağrı, hastaların konfor düzeylerini etkileyen en yaygın nedenlerinden biridir (Myles ve ark. 2018). Ağrı, gerçek veya potansiyel doku hasarı ile ilişkili hoş olmayan duyu ve çok boyutlu bir deneyim olarak tanımlanır (Şentürk 2018). Ameliyat sonrası hasta deneyimin öngörülebilir bir parçası olmasına rağmen, ağrının yetersiz yönetimi yaşam kalitesini azaltan klinik ve psikolojik değişikliklere neden olabilir (Eti Aslan, Kula Şahin, Secginli ve Bülbüloğlu 2018). Ameliyat sonrası ağrının birçok farklı nedeni vardır. Hastaların %30'undan fazlasının istirahat halindeyken ciddi düzeyde ağrıları vardır ve hastaların %50'den fazlası pozisyon değişiklikleri, endotrakeal aspirasyon ve yara bakımı gibi rutin bakım süreçleri sırasında belirgin ağrı yaşarlar (Suwaryo ve Setianingsih 2021). Bununla birlikte; kesikler, travma, hareketsizlik, invaziv ekipman, hemşirelik müdahaleleri, göğüs tüpleri ve drenler gibi çok sayıda ağrı kaynağı tanımlanmıştır. Özellikle drenler, uygulanan bölgeye göre ağrı ile birlikte nefes almada güçlük, hareket kısıtlılığı, uyku bozuklukları ve strese neden olarak hastaların konforunu olumsuz yönde etkilemektedir (Fındık, Yıldızeli Topçu ve Vatanser 2013).

Sonuç olarak cerrahi süreçte hasta konforu; fiziksel semptomlar, psikolojik kaygılardan ve çeşitli çevresel faktörlerden etkilenebilir. Hemşireler; hastaların konfor ihtiyaçlarını saptamalı ve rahatsızlığın kaynaklarını, kaliteli bakım amaçları doğrultusunda ele almalıdır.

Kaynakça

- Abebe, W. A., Rukewe, A., Bekele, N. A., Stoffel, M., Dichabeng, M. N., Shifa, J. Z., (2016), Preoperative fasting times in elective surgical patients at a referral Hospital in Botswana, *Pan African Medical Journal*, 23 (1), 1-8.
- Arslan, H., Konuk Şener, D., (2009), Stigma, spiritualite ve konfor kavramlarının Meleis'in kavram geliştirme sürecine göre irdelenmesi, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2 (1) , 51-58.
- Arslankılıç, Ç., Göl, E., (2020), Kolcaba'nın Konfor Kuramının Cerrahi Operasyon Geçiren Hastalarda Kullanımı: Sistemik Derleme, *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3 (1), 34-44.
- Bağdigen, M., Karaman Özlü, Z. K., (2018), Validation of the Turkish Version of the Surgical Fear Questionnaire, *Journal of Peri Anesthesia Nursing*, 33 (5), 708-714.
- Büyükcünal Şahin, P., Rızalar, S., (2018), Ameliyat geçiren hastalarda konfor düzeyi ve etkileyen faktörlerin incelenmesi, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi* , 5 (3), 404-413.
- Çakar, E., Yılmaz, E., Çakar, E., Baydur, H., (2017), The effect of preoperative oral carbohydrate solution intake on patient comfort: a randomized controlled study, *Journal of Peri Anesthesia Nursing*, 32 (6) , 589-599.
- Çinar Yücel, Ş., (2011), Kolcaba'nın Konfor Kuramı, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 27 (2) , 79-88.
- Dolan, R., Huh, J., Tiwari, N., Sproat, T., Camilleri-Brennan, J., (2016), A prospective analysis of sleep deprivation and disturbance in surgical patients, *Annals of medicine and surgery*, 6, 1-5.

- Eijkelenboom, A., Bluysen, P. M., (2019), Comfort and health of patients and staff, related to the physical environment of different departments in hospitals: a literature review, *Intelligent Buildings International*, 1-19.
- Elsaid, R. M., Namrouti, A. S., Samara, A. M., Sadaqa, W., Zyoud, S. H., (2021), Assessment of pain and postoperative nausea and vomiting and their association in the early postoperative period: an observational study from Palestine, *BMC surgery*, 21 (1), 1-9.
- Erdemir, F., Çırlak, A., (2013), Rahatlık kavramı ve hemşirelikte kullanımı, *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6 (4) , 224-230.
- Eti Aslan, F., Kula Şahin, S., Secginli, S., S., Bülbüloğlu, S., (2018), Hastaların, ameliyat sonrası ağrı yönetimine ilişkin hemşirelik uygulamalarından memnuniyet düzeyleri: Bir sistematik derleme, *Ağrı Dergisi*, 30 (3), 105-115.
- Fındık, Ü. Y., Yıldızeli Topçu, S., (2012), Cerrahi girişime alınış şeklinin ameliyat öncesi anksiyete düzeyine etkisi, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 19 (2), 22-33.
- Findik, U. Y., Yıldızeli Topcu, S., Vatansever, Ö., (2013), Effects of drains on pain, comfort and anxiety in patients undergone surgery, *International Journal of Caring Sciences*, 6 (3), 412-419.
- Genç, K. N., (2019), Kolcaba'nın Konfor Kuramına Temellendirilmiş Hemşirelik Girişimlerinin Yaşam Sonu Dönemdeki Hastaların Konfor Düzeyine ve Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi, Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 137 sayfa, İstanbul.
- Gök, M. A., Kafadar, M. T., Yeğen, S. F., (2020), Effects of Preoperative Oral Carbohydrate Loading on Preoperative and Postoperative Comfort in Patients Planned to Undergo Elective Cholecystectomy: A Prospective Randomized Controlled Clinical Trial, *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 22 (11), e107.
- Karabacak, Ü., Acaroğlu, R., (2011), Konfor Kuramı, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 4 (1), 197-202.
- Karahan, A., Budak Erturk, E., Ugurlu, Z., Unlu, H., Akovali, N., Tepe, A., ... & Gunay, A., (2020), Factors Affecting the Thermal Comfort of Perioperative Personnel in the OR. *AORN Journal*, 111 (3), 333-344.
- Karakaplan, S., Yıldız, H., (2010), Doğum Sonu Konfor Ölçeği Geliştirme Çalışması, *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 3 (1), 55-65.
- Khan, A., (2017), Application of Katharine Kolcaba Comfort Theory to nursing care of patient, *International Journal of Scientific and Research Publications*, 7 (3), 104-107.
- Kolcaba, K., (2003), *Comfort Theory and Practice: A Vision. for Holistic Health Care and Research*, New York, NY: Springer.
- Kolcaba, K., Dimarco, M. A., (2005), Comfort theory and its application to pediatric nursing, *Pediatric Nursing*, 31 (3) , 187-194.
- Kolcaba, K., Kolcaba, R.J., (1991), An analysis of the concept of comfort, *Journal of Advanced Nursing*, 16 (11), 1301-1310.
- Kolcaba, K., Wilson, L., (2002), Comfort care: A framework for perianesthesia nursing, *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 17 (2), 102-114.
- Kubat Bakır, G., Yurt, S., (2020), Cerrahi operasyon geçiren hastaların konfor düzeyinin değerlendirilmesi, *Sağlık ve Toplum*, 20 (3), 158-165.
- Kubat, G., (2017), Cerrahi Operasyon Geçiren Hastaların Konfor Düzeyinin Değerlendirilmesi, Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 78 sayfa, İstanbul.
- Miranda, L. E., Silva, L. D. F. M., Siqueira, A. C. B. D., Miranda, A. C., Rocha, B. R. C. B., Lima, I. V. P. D., ... & Naspollini, H., (2020), Effect of acupuncture on the prevention of nausea and vomiting after laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial, *Revista Brasileira de Anestesiologia*, 70 (5), 520-526.
- Moon, Y. E., (2014), Postoperative nausea and vomiting, *Korean journal of anesthesiology*, 67 (3), 164-170.

- Myles, P. S., Boney, O., Botti, M., Cyna, A. M., Gan, T. J., Jensen, M. P., ... & Wijeyesundera, D., (2018), Systematic review and consensus definitions for the Standardised Endpoints in Perioperative Medicine (StEP) initiative: patient comfort, *British journal of anaesthesia*, 120 (4), 705-711.
- Nigussie, S., Belachew, T., Wolancho, W., (2014), Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University specialized teaching hospital, South Western Ethiopia, *BMC surgery*, 14(1), 1-10.
- Oliveira, C.R.D., (2020), Dignity in perioperative practice, *Anaesth. pain intensive care*, 24 (5) , 473-475.
- Peñasales, M. A., Raquitico, F. R., Clores, M. A., (2017), Experiences of operating room nurses in promoting quality perioperative patient care. *Clin Pract*, 6 (2), 26-32.
- Peterson, S. H., Bredow, T. S., (2019), *Middle range theories: Application to nursing research and practice*, Lippincott Williams & Wilkins.
- Pierre, S., Whelan, R., (2013), Nausea and vomiting after surgery, *Contin Educ Anaesthesia Crit Care Pain*, 13 (1), 28-32.
- Quality, D. J. J. D. S. (2010). Caring Model. Parker ME, Smith MC (szerk), *Nursing Theories-Nursing Practice*. FA Davis Company, Philadelphia, 402-416.
- Ramirez, D. A., Brodie, F. L., Rose-Nussbaumer, J., Ramanathan, S., (2017), Anxiety in patients undergoing cataract surgery: a pre-and postoperative comparison, *Clinical ophthalmology (Auckland, NZ)*, 11, 1979-1986.
- Shaikh, S. I., Nagarekha, D., Hegade, G., Marutheesh, M., (2016), Postoperative nausea and vomiting: A simple yet complex problem, *Anesthesia, essays and researches*, 10 (3), 388-396.
- Suwayo, P. A. W., Setianingsih, J. E., (2021), Nurse's Knowledge and Accuracy in Using Comfort Scale, *Advances in Health Sciences Research*, 33,510-514.
- Şentürk, İ. A., (2018), Ağrı Değerlendirilmesi: Tipleri ve Mekanizmaları, *Medical Research Reports*, 1 (3), 78-81.
- Temiz, Z., Tutuncu, S.G., Cavdar, İ., Emel, S., (2020), Pre-operative Comfort Levels of Patients Undergoing Surgical Intervention, *International Journal of Caring Sciences*, 13 (2), 1339-1345.
- Terzi, B., Kaya, N., (2017), Konfor Kuramı ve analizi, *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20 (1), 67-74.
- Tosun, B., Yava, A., Açikel, C., (2015), Evaluating the effects of preoperative fasting and fluid limitation, *International journal of nursing practice*, 21 (2), 156-165.
- Turkish Society of Anaesthesiology and Reanimation (TSAR) (2013) Practice Guideline for Prevention of Unintentional Perioperative Hypothermia. *Turkish Journal of Anaesthesiology & Reanimation*, 41,188-190. <https://doi.org/10.5152/TJAR.2013.64>
- Türk Dil Kurumu Sözlükleri. <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 21.08.2021)
- Ünülü, M., Kaya, N., (2018), The effect of Neiguan point (P6) acupressure with wristband on postoperative nausea, vomiting, and comfort level: a randomized controlled study, *Journal of Peri Anesthesia Nursing*, 33 (6), 915-927.
- Üstündağ, H., (2009), Koroner Arter Bypass Greft Cerrahisi Uygulanan Hastaların Konfor Düzeyi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 83 sayfa, İstanbul.
- Vo, T., (2020), A practical guide for frontline workers during COVID-19: Kolcaba's Comfort Theory, *Journal of Patient Experience*, 7 (5), 635-639.
- Wensley, C., Botti, M., McKillop, A., Merry, A. F., (2017), A framework of comfort for practice: An integrative review identifying the multiple influences on patients' experience of comfort in healthcare settings, *International Journal for Quality in Health Care*, 29 (2), 151-162.
- Wilson, L., Kolcaba, K., (2004), Practical application of comfort theory in the perianesthesia setting, *Journal of Peri Anesthesia Nursing*, 19 (3), 164-173.
- Yüksek, A., Talih, G., Ünal Kantekin, C., Yardımcı, C., (2020), Perioperative temperature monitoring in general and neuraxial anesthesia: a survey study, *Ain-Shams Journal of Anesthesiology*, 12 (1) , 1-6.

YAZARLAR

Glden KÜÇÜKAKÇA ÇELİK

Semra ve Vefa Kk Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
guldenkucukakca@nevsehir.edu.tr
ORCID ID: 0000-0002-8325-3198

efika Dilek GÜVEN

Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
sdguven@nevsehir.edu.tr
ORCID ID: 0000-0002-2761-4665

Hürmüs KUZGUN

Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü
hurmuskuzgun@nevsehir.edu.tr
ORCID ID: 0000-0001-7728-8354

2004 yılında Erciyes Üniversitesi Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik 2008 yılında Ege Üniversitesi Nevşehir Sağlık Yüksekokulu'nda Yüksekokulunda lisans eğitimini, Hemşirelik Yüksekokulu'ndan Lisans, 2013 yılında Erzurum 2002 yılında Erciyes niversitesi mezun oldu. 2015 yılında Adnan Atatürk Üniversitesi Cerrahi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Menderes Üniversitesi Sağlık Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Hemşirelik Anabilim Dalında bilim Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Dalı'nda Yüksek Lisans eğitimini uzmanlığı, 2011 yılında Erciyes Esasları Anabilim Dalı'nda yüksek tamamladı. 2011-2013 yılları niversitesi Sağlık Bilimleri lisansını tamamladı. 2016 yılında arasında Erzincan Üniversitesi Sağlık Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Sakarya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Yüksekokulu Hemşirelik bölümünde Dalında doktora eğitimini tamamladı. Enstitüsü hemşirelik programında araştırma görevlisi olarak, 2013-2017 2011 yılından beri Nevşehir Hacı doktora eğitimine baladı ve yılları arasında Nevşehir Hacı Bektaş Bektaş Veli Üniversitesi, Semra ve eğitimine devam etmektedir. 2017 Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Vefa Küçük Sağlık Bilimleri yılında beri Nevşehir Hacı Bektaş Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Fakültesi Hemşirelik Bölümünde Dr. Veli Üniversitesi Semra ve Vefa oğretim görevlisi olarak çalıştı. 2017 Oğr. Üyesi olarak görevine devam Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi yılında Erzurum Atatürk niversitesi etmektedir. Hemşirelik, hemşirelik Hemşirelik Bölümü'nde araştırma Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği eğitimi ve hemşirelik görevlisi olarak çalışmaktadır. Anabilim Dalı'nda Doktora eğitimini uygulamalarıyla ilgili alanlarda çok tamamlayarak, aynı yıl Dr. Oğr. sayıda Ulusal ve Uluslararası yesi ünvanını aldı. Halen, Nevşehir alımaları bulunmaktadır. Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığı görevini sürdürmektedir.



İNSANIN GÜÇLENDİRİLMESİ: HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA ÇÖZÜM ODAKLI YAKLAŞIM

EMPOWERMENT OF HUMAN: A SOLUTION FOCUSED APPROACH IN NURSING PRACTICES

Şenay ŞERMET KAYA

Özet

Hemşireler birey, aile ve toplum bazında olmak üzere, insanların sağlık davranışlarını etkilemede kritik bir role sahiptir. Özellikle olumlu sağlık davranışlarının sürdürülmesi ve olumsuz sağlık davranışlarının değiştirilmesinde, motivasyonu artırıcı, destekleyici ve güçlendirici rolleri olan profesyonellerdir. Çözüm Odaklı Yaklaşım, problemler yerine bireyin güçlü yönlerini ön plana çıkarmayı hedefleyen terapötik bir yaklaşımdır. Temel amacı bireylerin kendi sorunlarını çözme gücünü fark etmelerini ve problemlerin çözümüne katılımlarını sağlamaktır. Bu yaklaşım özellikle problemlerin ciddi olmadığı erken dönemde, önleyici müdahale olarak etkili görünmektedir. Son yıllarda, hemşirelik alanında Çözüm Odaklı Yaklaşım'a ilginin giderek arttığı ve birçok hemşirelik uygulamasında kullanılarak olumlu etkisinin ortaya konulduğu görülmektedir. Hemşirelik felsefesi ile uyumlu olduğu düşünülen Çözüm Odaklı Yaklaşım'ın, hemşirelik uygulamaları ile bütünleştirilerek, mevcut becerilerin kanıta dayalı olarak geliştirilmesi sağlanabilir. Böylece hemşirelik uygulamalarının ve mesleğin daha görünür olmasına katkı sağlanabilir. Bu amaçla, bu bölümde Çözüm Odaklı Yaklaşım'ın tanımı, temel varsayımları, hemşirelik ile ilişkisi ve hemşirelikte kullanım alanlarına yer verilecektir.

Anahtar Kelimeler: İnsan, Hemşirelik, Güçlendirme, Çözüm Odaklı Yaklaşım, Önleyici Müdahale, Sağlık Davranışı

Abstract

Nurses have a critical role in influencing people's health behaviours on an individual, family and community basis. They are professionals who have motivational, supportive and empowering roles, especially in maintaining positive health behaviors and changing negative health behaviours. Solution Focused Approach is a therapeutic approach that aims to highlight the strengths of the individual rather than the problems. Its main purpose is to enable individuals to realize their power to solve their own problems and to participate in the solution of problems. This approach appears to be effective as a preventative intervention, especially in the early stages when the problems are not serious. In recent years, it has been seen that the interest in the Solution Focused Approach in the field of nursing has increased gradually and its positive effect has been demonstrated by using it in many nursing practices. By integrating the Solution Focused Approach, which is thought to be compatible with the nursing philosophy, with nursing practices, existing skills can be developed based on evidence. Thus, it can contribute to the visibility of nursing practices and the profession. For this purpose, in this section, the definition of Solution Focused Approach, its basic assumptions, its relationship with nursing and its usage areas in nursing will be given.

Keywords: Human, Nursing, Empowerment, Solution Focused Approach, Preventive Intervention, Health Behaviours

1. Çözüm Odaklı Yaklaşım (ÇOY)

Çözüm Odaklı Yaklaşım 1980’li yıllarda Insoo Kim Berg ve Steve de Shazer liderliğindeki terapistler tarafından geliştirilmiş, (Kim and Franklin, 2009) insanların sahip olduğu kaynakları ve bunların olumlu bir değişim sürecine nasıl uygulanabileceğini vurgulayan, güçlü yönler dayalı teröpatik bir yaklaşımdır (Gingerich and Eisengart, 2000). Bu yaklaşımda temel amaç, bireyi sorunları konuşmak yerine, çözümleri konuşmaya yönlendirmek ve bireyin güçlü yönlerini ortaya çıkarmasını, farketmesini sağlamaktır. ÇOY’a göre “sorun odaklı düşünce”, bireyin halen uyguladığı ve gelecekte de uygulayabileceği bir takım çözüm seçeneklerini keşfetmesini engellemektedir (Beaudoin and Zimmerman, 2011). Buna paralel olarak literatürde, beynin olumsuz bilgi ve etkileri koruma ve sürdürmeye daha eğilimli olduğunu gösteren bulgular mevcuttur. Hücresel seviyede, negatif etkiye aracılık eden nöronların, pozitif etkiye aracılık eden nöronlara göre, daha kalın aksonlar ve daha çok sayıda dendrite sahip olduğu görülmüştür (Kensinger, 2007; Akın ve Akın, 2014). Bu nedenle şimdiki an ve geçmiş üzerinde odaklanmaktan çok, sorunun çözülebileme ihtimalinin olduğu gelecek üzerinde odaklanılması gerektiği fikri savunulmaktadır (Doğan, 1999).

1.1. Çözüm Odaklı Yaklaşım’ın Temel Varsayımları

Çözüm Odaklı Yaklaşım uygulamalarına rehberlik eden temel varsayımlar şunlardır;

1. Bozulmadıysa tamir etme: Bu, ÇOY’un ilk kuralıdır. Bireylerin gündeme getirmediği ek sorunlar oluşturarak, bireyde ilave endişe yaratmak yerine, yaratıcı ve olası çözümlere odaklanılmalıdır. Bireyin mevcut işlevsel olduğu alanlara müdahale edilmemelidir.
2. Önce neyin işe yaradığını anla ve sonra onu daha fazla yap: Bireyin problemi çözme sürecinde yaptığı, işe yarayan şeyleri daha fazla yapması desteklenmelidir.
3. Eğer çalışmıyorsa tekrar deneme farklı bir şey yap: Bir çözüm ne kadar iyi olursa olsun, işe yaramaz ise aslında bir çözüm olmadığı anlamına gelir. İnsan doğasının tuhaf bir gerçeği, geçmişte çalışmayan aynı şeyleri tekrar ederek sorunları çözmeye çalışmaya devam etme eğilimidir. Oysa bu prensibe göre farklı sonuçlara ulaşmak için farklı stratejilerin kullanılması gerektiği vurgulanmaktadır.
4. Küçük adımlar büyük değişimlere neden olabilir: ÇOY’un çözüm üretmenin gerçekleştirilebilir küçük adımlarla ilerlediği bir yaklaşım olduğu söylenebilir. Küçük bir değişikliğin, yavaş yavaş kademeli olarak daha büyük bir sistem değişikliğine yol açan, bir dizi değişikliğe daha neden olacağı öngörülmektedir.
5. Sorunun ve çözümün her zaman birbiri ile ilişkili olması gerekmez: Çözüme ulaşmak için sorunu çözme çabalarından ve soruna ilişkin açıklamalardan farklı eylemler ve düşünceler ortaya koymak gerekir (Doğan, 1999; Akın ve Akın, 2014).
6. Çözüm geliştirmek için kullanılan dil, problemi tanımlamak için gerekli olan dilden farklıdır (Ne konuşulursa o üretilir): Problemin dili çözümün dilinden farklıdır. Problem genellikle negatif, geçmiş odaklı ve daima problemi sürdürmeye eğilimlidir. Buna rağmen, çözümün dili pozitif, umut verici, gelecek odaklı ve sorunların kalıcı olmadığını geçici olduğunu öne sürer.
7. Hiçbir problem her zaman kalıcılığını sürdürmez: Her zaman, kullanılabilir istisna durumlar vardır. Bu ilke problemlerin geçici olduğuna ve ÇOY’daki büyük müdahaleye dikkat çeker. Yani insanlar küçük istisnaları bile yansıtırlar ve bu istisnalar küçük bir değişiklik yapmak için kullanılabilir.
8. Geleceğin kader olduğu düşünülüyor gibi, değiştirilebilir olduğu da unutulmamalıdır: Bu ilke Çözüm Odaklı Yaklaşım uygulaması için güçlü bir temel sunmaktadır. Güçlü sosyal yapılandırmacı desteği ile bu ilke, geleceğin, insanların kendi kaderlerinin mimarları olduğu umut dolu bir yer olduğunu önermektedir (Doğan, 1999; Flisher, 2010; De Shazer and Dolan, 2012; Visser, 2013; Akın ve Akın, 2014).
9. Bireyler hayatlarıyla ilgili uzman kişilerdir: Danışan, hangi sorun üzerinde çalışacağını ve hangi yönlerini değiştireceğinin danışmana göre daha çok farkındadır. Danışmanın görevi gerçekçi amaçları ve çözüm yollarını danışanla birlikte tartışmaktır.
10. İş birliği kaçınılmazdır: Bireylerin değişimin nasıl ve ne yönde olacağı konusundaki düşüncelerini anlamaya çalışıp, buna göre hareket edilirse, iş birliği kaçınılmaz olur (Walter and Peller 1992; Greenberg et al., 2001; Bannink, 2007; Beaudoin and Zimmerman, 2011; Sklare, 2012).

1.2. Çözüm Odaklı Yaklaşım Teknikleri

Çözüm odaklı yaklaşımın her bir aşamasında amaç; bireyi sorularla tekrar tekrar çözüme yönlendirmektir. Ve her bir aşama, bireye çözüm oluşturma üzerine odaklanan bir ödev / görev vermekle sonlandırılır. Bunlardan bazıları çözüm oluşturma konuşmalarının merkezinde yer alan “mucize soru”, “istisna soru”, “başa çıkma soruları” ve “ölçeklendirme soruları” şeklindedir. Bu soruların sorulması ile bireye birçok şey hatırlatılır (örneğin; sorunların istisnalarının olduğu, baş edebilme gücünü farketmesi, geleceğe dönük hedefleri vb.), birey değişime yönlendirilir, değişimin sürdürülmesine yardımcı olunur ve değişim derecelendirilerek ölçülebilir (Greenber et al., 2001; Sparrer, 2012).

2. Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Hemşirelik

Çözüm Odaklı Yaklaşım'ın temelinde yer alan “pozitif psikoloji”; bireylerin pozitif özelliklerinin geliştirilmesine, pozitif deneyimler yaşamalarına ve öznel iyi oluşlarını artırıcı programlar aracılığı ile onların ruh sağlıklarının korunmasına odaklanan bir disiplindir (Seligman and Csikszentmihalyi, 2000). Pozitif psikolojinin birtakım varsayımları bulunmaktadır. Bu varsayımlardan biri, bireylerin kendi gelişimlerine yön verebilecek düzeyde olan aktif varlıklar olmalarıdır. İkincisi, bireylerin davranışlarını değiştirmek ve düzenlemek için gerekli olan içsel güce sahip olmalarıdır. Üçüncüsü ise pozitif psikolojiye dayalı davranış değiştirme bireylerde, yaşama bağlanmaya yönelik motivasyon oluşturmaktadır (Akın-Little and Little, 2004; Eryılmaz, 2013). Bu doğrultuda, ÇÖY' da her birey kendinde meydana gelen değişimlerden sorumlu kabul edilir. Yani, bireylerin sağlık problemleri ile ilgili, kendi kendilerine pozitif değişiklikleri başlatabilme yeteneğine sahip oldukları kabul edilmektedir. Hemşirelerin de bireyleri güçlendirme rolleri göz önünde bulundurulduğunda, ÇÖY' un, hemşireliğin temel ilke ve prensipleriyle uyum içinde olduğu belirtilmektedir (Aksayan ve Gözüm, 1998; Crabtree and Witcher, 2008). Buna dayalı olarak literatürde ÇÖY ve Hemşirelik felsefesinin birlikte ele alındığı Çözüm Odaklı Hemşirelik (Solution Focused Nursing) kavramı karşımıza çıkmaktadır (McAllister, 2003; McAllister et al., 2006a; McAllister, 2010). Çözüm Odaklı Hemşirelik, problem çözme yönteminin sıklıkla küçümsenmiş veya gözden kaçırılmış bir ögesi olan çözüm üretme aşaması üzerinde durmanın önemini vurgulamaktadır (Johnson, 2005). Çözüm Odaklı Hemşireliğin değişmekle ve gelişimini sürdürmekle birlikte, altı ilkeden oluştuğu söylenebilir. Bunlar; McAllister et al. (2006b);

- Danışmanlığın merkezinde problem değil, birey vardır.
- Problemler ve güçlükler her zaman olabilir. Bireyin içsel kaynakları ve güçlü yanlarını fark etmesi sağlanarak, bunları problemler ve güçlüklerle baş etmesinde kullanmasına yardımcı olunabilir. Bireyin umudu, pozitif bakışı ve inancı artırılarak sağlık kapasitesini üst düzeye çıkarılması sağlanabilir.
- Dayanıklı olmak, zarar görmemek açısından önemlidir.
- Hemşirenin rolü hastalık bakımından da öte, bireyin adaptasyon ve iyileşmesini desteklemeye yöneliktir.
- Amaç üç düzeyde değişim yaratmaktır: birey, hemşirelik ve toplum. Bu yüzden, hemşirelerin birey odaklı bakımın ötesine geçmesi, sosyal ve kültürel bakım rolüne değer vermesi gerekir. Yararsız veya haksız uygulamaların belirlenerek, yerine güçlendirici stratejilerin geliştirilmesi ve konulması gerekir. Bu tür stratejilere aktif katılım ve kararlılıkla ulaşılabilir.
- Bireylerle olma yolu reaktiften çok proaktif olmalıdır.

Mevcut sağlık sistemi ve sağlık eğitim sistemi yalnızca soruna / hastalığa odaklanmayı gerektirmekte ve yönlendirmektedir. Oysa hemşirelik bütüncül bir bakımı esas almaktadır. Ve bu doğrultuda hemşirelere, mevcut soruna odaklanmaktan ziyade bireyi bütüncül olarak ele alan, bireyin mevcut kaynaklarını, güçlerini ortaya çıkarma ve “değişim ajanı rolü” ile değişime hazırlama gibi görevler düşmektedir. Çözüm odaklı müdahaleler, güç ve esnekliği vurgulamayı, güçlendirmeyi, proaktif olarak harekete geçirmeyi amaçlamaktadır. Sorunlar oluştuğunda, sadece onları tanımlamayı değil güçlükler / zorluklar, risk faktörleri ve bozuklukları harekete geçirmeyi amaçlamaktadır. Buda, temel hemşirelik felsefesinin yanı sıra, bireyin problemlerini tanımlama ve olumlu sağlık davranışlarının pekiştirilerek sürdürülmesi müdahalelerini kapsayan Halk Sağlığı Hemşireliği felsefesi ile de uyumlu olduğunu düşündürmektedir (McAllister, 2010).

ÇOY'un özellikle çocuk ve ergen sağlığına yönelik hizmet veren hemşirelerde gerçek anlamda dikkate değer bir ilerleme sağlayacağı vurgulanmıştır (Wood et al., 2006).

Carter hemşirelik mesleğinde çözüm odaklı olmak için, hemşirelik becerilerindeki geleneksel yönümüzün gelişmiş olması gerektiğini ve aynı zamanda eleştirel düşünme, yaratıcılık, empati, dinleme, saygı gibi diğer becerilerimizi de geliştirmemiz gerektiğini savunmuştur (Wood et al., 2006). Hemşireler sadece bakım ve tedavi odaklı çalışanlar değil, aynı zamanda bireylerin ve toplumun güçlendirilmesini sağlayan profesyonellerdir (Roehrs et al., 1994). Hemşirelikte problem odaklı bir yaklaşım, etkinliğimizi arttırmaktan ziyade kısıtlayıcı bir etkiye sahiptir. Çözüm Odaklı Yaklaşım'a odaklanarak, bireyin sağlığı üzerinde tıbbi tedavinin dışındaki etkimizi; dayanıklılığı artırma, toplum gelişimi, birincil sağlık hizmetleri ve sağlık eğitimi gibi becerilerle hemşirelik bakımını nasıl farklı şekilde yapmayı hedeflediğimizi gösterebiliriz. Eğer bu gerçekleştirilebilirse; bu yollarla öğretebilir, uygulayabilir, yönetebilir ve öncülük edilebilirse hemşireliği farklı kılmadaki hedeflere ulaşılabilir (McAllister, 2003). Sonuç olarak, ÇOY'un hemşirelerce kullanılmasının mevcut becerilerini geliştirerek, hemşirelik mesleğinin daha görünür ve daha değerli olmasına katkı sağlayacağı, düşünülmektedir (McAllister, 2010).

2.1. Çözüm Odaklı Yaklaşım'ın Hemşirelikte Kullanımı

Ülkemizde; hemşirelik alanında ÇOY kullanılarak yürütülmüş çalışmalar incelenecek olursa; Çözüm Odaklı Yaklaşım'ın obez ergenlerin beslenme-egzersiz tutum ve davranışlarına (Parlaz vd., 2012), lise öğrencilerinin problemleri internet kullanımına (Kaya, 2017), ortaokul öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına (Aslan, 2019), prematüre bebeğe sahip annelerin kaygı düzeylerine (Demir, 2020), depresif bireylerin intihar olasılığı ve sosyal işlevsellik düzeyine (Ayar, 2018) etkisi incelenmiş ve olumlu yönde sonuçlar elde edilmiştir.

Uluslararası düzeyde ise; hemşirelerin iletişim becerileri (Dahl, 1999; Dimitriou et al., 2015), omurga cerrahisi hastaların hemşirelik bakımı (Jiao et al., 2020), atrial fibrilasyonlu hastaların hemşirelik bakımı (Jianjun, 2016), çocuk hemşirelerinin telefon danışmanlığı (Wolfson et al., 1995), psikoloji servisinde yatan diyabetli çocuk ve ergenlerin diyabetle yaşama ve ilişkili üzüntü ve öfkeleri (International Encyclopedia of Public Health, 2008), acil hemşirelerinin acil servise kendi kendini yaralama ile gelen bireylere bakımı (Nartgün ve Çakır, 2014), okul çocuğunda sosyal izolasyon (Kanbur, 2012), yoğun bakım ünitesindeki hastaların uyku düzeni (Yıldırım, 2006), adölesanlarda öz-yeterliliğini geliştirme (Kvarme et al., 2010) gibi konularda çalışmalar yapılmış ve sonuç olarak ÇOY'un hemşirelik uygulamalarında olumlu etkisi olduğu bildirilmiştir.

Kaynakça

- Akın, A. ve Akın, Ü. (2014). *Çözüm Odaklı Kısa Süreli Grupla Psikolojik Danışma Uygulamaları*, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Akın-Little, K. A., and Little, S. G. (2004). A Preventative Model of School Consultation: Incorporating Perspectives From Positive Psychology. *Psychology in The Schools*, 41(1), 155-162.
- Aksayan, S. ve Gözüm, S. (1998). Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Özetkililik Algısının Önemi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2, 35-42.
- Aslan, F. (2019). *Adölesanlarda Sağlık Kontrol Odağı ve Öz Yeterliliği Güçlendirmeye Yönelik Yapılan Çözüm Odaklı Görüşmelerin Sağlığı Geliştiren Yaşam Biçimi Davranışlarına Etkisinin Belirlenmesi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Ayar, D. (2018). *Çözüm Odaklı Yaklaşımın Depresif Bireylerin İntihar Olasılığı ve Sosyal İşlevsellik Düzeyine Etkisi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Bannink, F. P. (2007). Solution Focused Brief Therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 87-94.

- Beaudoin, M. N. and Zimmerman, J. (2011). Narrative Therapy And Interpersonal Neurobiology: Revisiting Classic Practices, Developing New Emphases. *Journal of Systemic Therapies*, 30(1), 1-13.
- Christie, D. (2008). Dancing With Diabetes: Brief Therapy Conversations With Children, Young People And Families Living With Diabetes. *European Diabetes Nursing*, 5(1), 28-32.
- Crabtree, V. M. and Witcher, L. A. (2008). *Impact Of Sleep Loss On Children And Adolescents*, In: *Sleep And Psychiatric Disorders In Children And Adolescents*, Boca Raton: CRC Press.
- Dahl, R. E. (1999). The Consequences Of Insufficient Sleep For Adolescents, Links Between Sleep And Emotional Regulation. *Phi Delta Kappan*, 80(5), 354-359.
- De Shazer, S. and Dolan, Y. (2012). *More Than Miracles: The State of the art of solution-focused brief therapy*. Binghamton, NY: Published: Haworth Medical Press.
- Demir, C. (2020). *Prematüre Bebek Bakımı Konusunda Kaygı Yaşayan Annelerde Çözüm Odaklı Yaklaşımın Etkisi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
- Dimitriou, D., Knight, F. L. C. and Milton, P. (2015). The Role Of Environmental Factors On Sleep Patterns And School Performance In Adolescents. *Frontiers in Psychology*, 6, 1-9.
- Doğan, S. (1999). Çözüm Odaklı Kısa Süreli Terapi: Kuramsal Bir İnceleme. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 2(12), 23-38.
- Eryılmaz, A. (2013). Pozitif Psikolojinin Psikolojik Danışmanlık Ve Rehberlik Alanında Gelişimsel Ve Önleyici Hizmetler Bağlamında Kullanılması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 1(1), 1-22.
- Flisher, C. (2010). Getting Plugged In: An Overview Of Internet Addiction. *Journal of Paediatrics And Child Health*, 46, 557-559.
- Gingerich, W. J. and Eisengart, S. (2000). Solution Focused Brief Therapy: A Review Of The Outcome Research. *Family Process*, 39(4), 477- 498.
- Greenberg, G., Ganshorn, K. and Danilkewich, A. (2001). Solution-Focused Therapy. Counseling Model For Busy Family Physicians. *Canadian Family Physician*, 47, 2289-2295.
- Jianjun, W. (2016). Application of solution-focused approach in nursing care of patients with atrial fibrillation treated by radiofrequency ablation guided by CARTO system. *Nursing of Integrated Traditional Chinese and Western Medicine*, 2(12), 113-115.
- Jiao, X., Wang, X., Shao, J., and Liu, L. (2020). Effect of Solution-focused Approach on Nursing Effect and Post-Traumatic Growth of Patients in Spinal Surgery. *Investigación Clínica*, 61(1), 253+.
- Johnson, B. (2005). Overcoming Doom And Gloom: Empowering Students In Courses On Social Problems, Injustice And Inequality. *Teaching Sociology*, 33(1), 44-58.
- Kanbur, N. Ö. (2012). *Adolesanlarda Koruyucu Sağlık Hizmetleri, Ergen Sağlığı*. Ergen Sağlığı Derneği Yayınları, Ankara.
- Kaya, Ş. Ş. (2017). *Ergenlerde Çözüm Odaklı Yaklaşımın Problemler İnternet Kullanımı, Uyku Kalitesi ve Okul Başarısına Etkisi*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.
- Kensinger, E. A. (2007). Negative Emotion Enhances Memory Accuracy-Behavioral And Neuroimaging Evidence. *Current Directions in Psychological Science*, 16(4), 213-218.
- Kim, J. S. and Franklin, C. (2009). Solution-Focused Brief Therapy In Schools: A Review Of The Outcome Literature. *Children and Youth Services Review*, 31(4), 464-470.
- Kvarme, L. G., Helseth, S., Sorum, R., Luth-Hansen, V., Haugland, S. and Natvig, G. K. (2010). The Effect of A Solution-Focused Approach To Improve Self-Efficacy In Socially Withdrawn School Children: A Non-Randomized Controlled Trial. *International Journal of Nursing Studies*, 47(11), 1389-1396.
- McAllister, M. (2003). Doing Practice Differently : Solution-Focused Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 41(6), 528-535.
- McAllister, M. (2010). Solution Focused Nursing: A Fitting Model For Mental Health Nurses Working In A Public Health Paradigm. *Contemporary Nurse*, 34(2), 149-157.

- McAllister, M., Moyle, W. and Iselin, G. (2006b). Solution Focused Nursing: An Evaluation Of Current Practice. *Nurse Education Today*, 26(5), 439-447.
- McAllister, M., Venturato, L., Johnston, A., Rowe, J., Tower, M. and Moyle W. (2006a). Solution Focused Teaching : A Transformative Approach To Teaching Nursing. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 3(1) 1-13.
- Nartgün, Ş. ve Çakır, M. (2014). Lise Öğrencilerinin Akademik Başarılarının Akademik Güdülenme Ve Akademik Erteleme Eğilimleri Açısından İncelenmesi. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 3, 379-391.
- Parlaz, E. A., Karademirci, E. ve Öngel, K. (2012). Ergenlik Dönemi: Fiziksel Büyüme, Psikolojik Ve Sosyal Gelişim Süreci. *Turkish Family Physician*, 3(4), 10-16.
- Roehrs, T., Beare, D., Zorick, F. and Roth, T. (1994). Sleepiness And Ethanol Effects On Simulated Driving. *Alcoholism-Clinical And Experimental Research*, 18(1), 154-158.
- Seligman, M. E. P. and Csikszentmihalyi M. (2000). Positive Psychology : An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14.
- Sklare, G. B. (2012). *Okul Araştırmacıları İçin Çözüm Odaklı Kısa Süreli Psikolojik Danışma*, 3. Baskı, (Çev.) Alim Kaya, Ankara: Pegem Akademi.
- Sparrar, I. (2012). *Çözüm Odaklı Yaklaşım ve Sistemik Yapısal Dizime Giriş*, 1. Baskı, (Çev.) Esin Suvarierol, İstanbul: Pan Yayıncılık.
- Visser, C. F. (2013). The Origin of the Solution-Focused Approach. *International Journal of Solution Focused Practices*. *International Journal of Solution-Focused Practices*, 1(1), 10-17.
- Walter, J. L. and Peller, J. E. (1992) *Becoming Solution Focused in Brief Therapy*, New York, NY: Routledge Taylor&Francis Group.
- Wolfson, A. R., Tzischinsky, O., Brown, C., Darley, C., Acebo, C. and Carskadon, M. A. (1995). Sleep, Behavior And Stress At The Transition To Senior High School. *Sleep Research*, 24, 115.
- Wood, A. W., Loughran, S. P. and Stough, C. (2006). Does Evening Exposure To Mobile Phone Radiation Affect Subsequent Melatonin Production? *International Journal of Radiation Biology*, 82(2), 69-76.
- Yıldırım, İ. (2006). Akademik Başarının Yordayısı Olarak Gündelik Sıkıntılar Ve Sosyal Destek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 30, 258-267.

YAZAR

Dr. Öğr. Üyesi Şenay ŞERMET KAYA

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

senaysermet@nevsehir.edu.tr

ORCID ID: 0000-0001-7949-1727

2009 yılında Selçuk Üniversitesi Karaman Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü'nden mezun olmuştur. 2012 yılında Gazi Üniversitesi'nde Halk Sağlığı Hemşireliği alanında bilim uzmanı ünvanı, 2017 yılında Erciyes Üniversitesi'nde aynı alanda bilim doktoru ünvanı almıştır. 2010 yılında bir kamu hastanesinde hemşire olarak, 2010-2012 yılları arasında Mersin Üniversitesi İçel Sağlık Yüksekokulu Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilimdalı'nda araştırma görevlisi olarak, 2012-2021 yılları arasında Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilimdalı'nda araştırma görevlisi ve yine aynı bölümde 2021 Mart ayından bu yana doktor öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır. Halk sağlığının çeşitli alanlarında akademik çalışmalar sürdürmektedir.



HÜNKAR

HACI BEKTAŞ VELİ

ANMA VE ARMAĞAN KİTABI

750.YIL



Hacı Bektaş Veli'nin
Vefatının 750.
Yılı Dolurmuştur (1209-1274)
UNESCO İşbirliği Anıması



DOĞUM AĞRISI VE YAKLAŞIMLAR

LABOR PAIN AND APPROACHES

Aynur KIZILIRMAK

Pelin CALPBİNİCİ

Özet

Ağrı, insanoğlunun her zaman yaşadığı, paylaştığı deneyimlerin bir parçası olup, hastalıklardan daha fazla insanı etkileyen bir olgudur. Ağrı çeken tüm insanlar, duygularını farklı şekilde dile getirirler. Ağrı pek çok insanın yaşadığı genel bir deneyimdir. Ağrının doğasını anlamak, ağrıdan kurtulmak ve etkilerini araştırmak için çeşitli incelemeler yapılmaktadır. Ağrı son derece bireysel bir olgu olması nedeniyle gerçek bir tanımı yoktur. Doğumun başladığını gösteren doğum ağrısı uterusun kantraksiyonları sonucu oluşur. Doğum eylemi, bugün bilinen ve tanımlanan en şiddetli ağrı kaynaklarından biridir. Yapılan çalışmalar kadınların büyük çoğunluğunun şiddetli doğum ağrısı deneyimi yaşadığını bildirmektedir. Özellikle primipar kadınlarda uterin kantraksiyon ağrısı ve doğum, karşılaştıkları en şiddetli ağrılı deneyim olmaktadır. Doğum eyleminde ağrının kontrolünde farmakolojik ve nanfarmokolojik yöntemlerden faydalanılmaktadır. Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan farmakolojik yöntemler; nitroz oksit inhalasyonu, opioid enjeksiyonu ve epidural analjeziden oluşmaktadır. Nonfarmakolojik yöntemler içerisinde transkütöz elektriksel sinir stimülasyonu (TENS), hipnoz, akupunktur, müzik masajı ve steril su enjeksiyonu gibi yöntemler sayılabilir.

Anahtar Kelimeler: Doğum eylemi, Doğum ağrısı, Farmakolojik uygulamalar, Nonfarmakolojik uygulamalar

Abstract

Pain is a part of the experiences that human beings have always lived and shared, and it is a phenomenon that affects more people than diseases. All people suffering from pain express their feelings differently. Pain is a common experience that many people have. Various examinations are carried out to understand the nature of the pain, to get relief from pain, and to investigate its effects. Since pain is a highly individual phenomenon, it has no real definition. Labor pain, which indicates the beginning of labor, occurs as a result of the uterine contractions. Labor is one of the most severe pain sources known and described today. Studies report that the majority of women experience severe labor pain. Especially in primipara women, uterine contraction pain and childbirth are the most painful experiences they encounter. Pharmacological and pain control in labor Anfarmocological methods are used. Pharmacological and nanpharmacological methods are used in the control of pain in labor. Pharmacological methods used in the control of labor pain; It consists of nitrous oxide inhalation, opioid injection, and epidural analgesia. Non-pharmacological methods include transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS), hypnosis, acupuncture, music massage and sterile water injection.

Anahtar Kelimeler: Labor, Labor pain, pharmacological applications, non-pharmacological applications.

Giriş

Ağrı, doku hasarına bir cevap olarak oluşan, kendisini oluşturan uyaranlardan kaçmak için motivasyon ve uyanıklığa yol açan hoş olmayan bir duygudur (Kömürücü, 2014). Doğum ağrısı ise akut ağrı olarak kabul edilmekte olup, en şiddetli ağrı türleri arasında yer alır (Karabulutlu, 2014). Doğum ağrısı doğal bir sürecin parçası olması, hazırlık zamanının olması, sonu olan bir ağrı olması, devamlı olmaması, bebeğin doğumu ile sonlanması özellikleriyle diğer ağrı türlerinden ayrılmaktadır (Kömürücü, 2014).

Doğum ağrısının oluşmasında iki temel öge etkilidir. Bunlardan ilki fizyolojik ve duyuşal reseptörlerdir (Kömürücü, 2014). Bunlar; uterin hipoksi, servikal dilatasyon, , pelvik yapı üzerindeki basınç ve gerilim, perineal gerginlik, kontraksiyonların sürekliliği ve şiddeti, annenin yaşı, fiziksel durumu, yaşanmış deneyimler, doğum sayısı, fetüsün ağırlığı ve pozisyonu, doğum çevresi, yapılan uygulamalar ve hormonal etkilerdir (Ak-Sözer ve ark., 2019). İkincisi ise psikolojik kaynaklı olup, reaksiyon/tepki sürecini içermektedir (Kömürücü, 2014). Bunlar; kadının kültürel ve etnik kökeni, doğuma hazırlanması, korku ve anksiyete yaşaması, önceki ağrı deneyimi ve baş etme güçlükleridir (Ak-Sözer ve ark., 2019).

Doğum eylemi sırasında ağrının hafifletilmesi ve buna bağılı olarak olumlu doğum eyleminin gerçekleştirilebilmesi önemli bir kadın sağlığı konusudur (Uyanık, 2019). Bu doğrultuda; doğum ağrısını hafifletmek ve gebenin ağrıyla baş etmesini kolaylaştırmak için farmakolojik ve nonfarmakolojik yöntemler kullanılmaktadır (Kömürücü, 2014).

1.1. Farmakolojik yöntemler

Doğumda ağrısında kullanılan farmakolojik yöntemler; nitroz oksit inhalasyonu, opioid enjeksiyonu ve epidural ile lokal analjezidir. Kullanılan yöntemin türü, tıbbi hizmet sunum koşulları, hasta tercihleri, kültürel ve sosyal özelliklere bağılı olarak değişebilir (Karaçam ve Gezer, 2017; Anim-Somuahve ark., 2018).

1.1.1. Nitroz oksit inhalasyonu

Nitroz oksit; tadı ve kokusu olmayan, yanıcı olmayan bir gazdır. Dış tedavisinde, cerrahide, doğumda dahil olmak üzere tıbbın çeşitli alanlarında kullanılmaktadır. Düşük dozlarda kullanıldığında nitroz oksit analjezik ve anksiyolitik; yüksek dozlarda anesteziiktir. Nitroz oksidin etki mekanizması tam olarak bilinmemekle birlikte, etkisinin vücudun kendi endorfinini, dopaminini ve beyin-omurilikte diğer opioidlerin salınımını arttırmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Doğumda kullanımı etkisinin hızlı başlaması, kullanım kolaylığının olması, ağrı ve kaygının etkin yönetilmesini sağlaması, anne ve fetüs için güvenli bir yöntem olması önemli avantajlarındandır. Nitroz okside en yaygın yan etkiler bulantı, kusma ve kusmaya bağılı mide içeriğinin aspirasyonu olasılığıdır (Hellams ve ark., 2018).

1.1.2. Epidural analjezi

Epidural analjezi doğum ağrısının azaltılmasında oldukça etkin ve yaygın olarak kullanılan bir yöntemdir. Epidural analjezi doğumda anne adayının bel bölgesinden özel bir iğne ile girilerek omuriliği saran zarın dışındaki bölgeye takılan bir kateterden lokal anestezi madde verilerek belden aşağısında ağrının hissedilmesi engellenmektedir. Doğumda uygulanan bu nörooksillar analjezi; lumbal epidural ve kombine spinal epidural analjeziler biçiminde kullanılmaktadır (Karaçam ve Gezer, 2017). Epidural solüsyonlar ise hasta kontrollü pompalar, bolus enjeksiyonlar veya sürekli infüzyon kullanarak uygulanabilmektedir (Anim-Somuah ve ark., 2018). Epidural analjezinin birçok avantajları vardır. Bunlar; doğum sırasındaki fizyolojik yanıtları ve maternal stresi en aza indirmesi (maternal katekolamin konsantrasyonlarının azalması, uteroplental dolasımı bozmaması ve hiperventilasyonun önlenmesi), gebenin uyanıklılığının korunması, sedasyonun görülmemesi, gebenin eyleme aktif katılımının sağlanması ve kooperasyonu kolaylaştırmasıdır (Sargın ve ark., 2017). Doğru zaman ve doğru teknikle uygulandığında epidural analjezinin komplikasyon oranı düşük olmakla birlikte (Sargın ve ark., 2017), doğum eylemi süresini uzatması, operatif doğum oranını artması (Hasegawa ve ark. 2013), oksitosin ihtiyacını arttırması (Mousa ve ark., 2012) ile de ilişkilendirilmektedir.

1.1.3. Opioid enjeksiyonu

Doğumda opioidler eskiden intramüsküler yolla verilirken, günümüzde ağrıyı azaltmak için intravenöz yol tercih edilmektedir. Bunun sebebi gerekli total dozu düşürmek ve böylece fetüs üzerindeki olası olumsuz etkiyi azaltmaktır. Ancak, opioid enjeksiyonu maternal yan etkileri (bulantı, kusma, mide boşalmasının gecikmesi, sedasyon, hipoventilasyon) ve fetüs üzerine potansiyel etkileri nedeniyle pek tercih edilmemektedir. Tüm opioid ajanlar plasentayı kolaylıkla geçmekte; bu nedenle neonatal solunum depresyonuna yol açabilmektedir. Bunun yanı sıra erken dönemde anne sütünün yetersizliğine ve neonatal dönemde nöral durum değişikliğine de neden olabilmektedir (Moral ve ark., 2011).

1.2. Non-farmakolojik Yöntemler

Farmakolojik yöntemde kullanılan ilaçlar somatik ağrı üzerinde etkili olurken, non-farmakolojik yöntemler ağrının duygusal, bilişsel, davranışsal ve sosyokültürel boyutlarına etkili olmaktadır. Non-farmakolojik yöntemler herhangi bir ilaç kullanılmaksızın kadının gevşemesini odaklanan ve ağrının en az algılanmasını sağlayan yöntemlerdir (Karabulutlu, 2014). Bu yöntemler farmakolojik yöntemlerle birlikte kullanıldığında analjeziklerin etkinliğini arttıran, tek başına kullanıldığında ise vücutta doğal morfin, endorfin salgılatarak ağrının hafifletilmesinde etkin yöntemlerdir (Uyanık, 2019).

Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan yöntemler dört ayrı teknikten oluşmaktadır. Bunlar; gevşeme, mental uyarılma, tensel uyarılma ve solunum teknikleridir (Yıldırım ve Hotun-Şahin, 2003; Karabulutlu, 2014).

1. Gevşeme Yöntemleri

1.1. Müzik

Müzikoterapi; ağrıyı, stresi ve kaygıyı azaltmayı, davranış değişikliği yaratmayı, duygu durumunu değiştirmeyi, kendini ifade etme kabiliyetini artırmayı, yaşam kalitesini geliştirmeyi, rahatlamayı, baş etmeye yardımcı olmayı ve normal bir çevre sağlamayı hedefler (Yılar-Erkek ve Pasinlioğlu, 2016). Doğum eyleminde ise müzik ise dikkat dağıtma ve gevşeme yöntemi olarak kullanılmaktadır (Kömürcü, 2014). Müzik doğum eyleminde endorfin salgısını artırarak rahatlamaya yardımcı olur. Yapılan çalışmalar doğum eyleminde müzik dinlemenin doğumda ağrıyı ve anksiyeteyi azalttığı (Buglione ve ark., 2020; Santiváñez-Acosta ve ark., 2020; Simavli ve ark., 2014), postpartum analjezik gereksinimini azalttığını (Simavli ve ark., 2014) göstermektedir.

1.2. Hipnoz

Hipnoz; telkinlerin kişideki algılama, hafıza ve istemli hareketlerde meydana getirdiği değişiklikleri kapsayan sosyal bir etkileşimdir ve Yunanca uyku anlamına gelen 'hypnos' kelimesinden türetilmiştir. Semptomların baskılanmasında, stresin azaltılmasında, dikkatin artırılması veya azaltılmasında, yeni alışkanlıkların kazandırılmasında vb. pek çok durum için kullanılabilir (Ceyhan ve Tığit, 2013). Doğum eyleminde hipnoz ise kadının kontrol duygusunu arttırmak (Uyanık, 2019), ağrı toleransını arttırmaktadır (Azizmohammadi ve Azizmohammadi, 2019). Mevcut kanıtlar hipnozun doğumda ağrıyı ve anksiyeteyi azaltmada (Sahour ve ark., 2019), opioid gereksinimlerini azaltmada (Cyna ve ark., 2004) etkili olduğunu göstermektedir. Madden ve ark. (2016), Cochrane sistematik derleminde hipnozun analjezi ihtiyacını azalttığı bulunmuştur.

1.3. Akupresür (Shiatsu)

Geleneksel Çin tıbbından doğmuş olan bu teknikte temel amaç; istenen bölgelere basınç uygulayarak uyarmaktır. Elektrik, iğne vb. işlemler gerektirmediğinden non-invaziv bir işlem olmasından dolayı akupunkturdan ayrılır (Mamuk ve Davas, 2010). Akupresür; vücutta enerji taşıyan meridyenler üzerinde akupunktur noktalarına parmak, avuç içi veya özel stimülasyon bantlarıyla basınç uygulayarak enerji kanallarının düzgün çalışmasını sağlayan bir yöntemdir (Kömürcü, 2014). Kan akımını düzenler, nörotransmitterlerin salgılanmasını destekler, böylece vücudun normal fonksiyonlarının devamına

yardımcı olur (Mamuk ve Davas, 2010). Yapılan çalışmalar doğumda akupresürün; hipofiz bezini uyararak oksitosin salınımını teşvik ederek uterus kontraksiyonlarını artırdığı ve doğum süresini kısalttığını (Hamidzadeh ve ark., 2012) ve doğum ağrısının azalttığını (Hjelmstedt ve ark., 2010; Hamidzadeh ve ark., 2012) bulunmuştur. Güvenilir, maliyetsiz, etkili ve kolay uygulanabilir olması avantajlarıdır (Yılar-Erkek ve Pasinlioğlu, 2016).

1.4. Akupunktur

Akupunktur Çin'de 2000 yıldan uzun bir süredir hastalıklardan korunmak ve tedavi etmek amacıyla kullanılmaktadır. Akupunkturda beden meridyenlere bölünmekte ve her bir bölüm farklı alanın yönetimini kontrol ettiği düşünülmektedir. Bu bölümlerdeki periferal sinirlere iğne uygulanması ve elektriksel akım verilmesi ile ağrı azaltılmaktadır (Karabulutlu, 2014). Akupunktur, doğum ağrısını azaltmak amacıyla da kullanılmaktadır. Doğum ağrısını azaltmak amacıyla el, ayak ve kulaktaki akupunktur noktaları kullanılarak, endorfin salınımını uyulmaktadır (Yılar-Erkek ve Pasinlioğlu, 2016; Mamuk ve Davas, 2010). Permatasari ve ark. (2018)'nin yapılan çalışmada akupunkturun doğum ağrısını azalttığı, uterus kontraksiyonlarını güçlendirdiği, doğumun ikinci evresini hızlandırdığı belirtilmiştir. Smith ve ark. (2020) Cochrane sistematik derlemesinde de akupunkturun ağrı yönetiminden memnuniyeti artırdığı, farmakolojik analjezi kullanımını azalttığı bulunmuştur.

2. Tensel Uyarılma Yöntemleri

2.1. Masaj

Doğu kültüründen doğmuş olan masaj, vücudun yumuşak dokularına sistematik ve amaçlı olarak elle yapılan işlemdir. Masajın kaslarda meydana getirdiği hoşnutluk verici gevşeme, aynı zamanda zihinsel rahatlamaya yol açmaktadır (Mamuk ve Davas, 2010). Masaj doğumun tüm evrelerinde kullanılabilir (Rathfisch, 2018). Yapılan çalışmalar masajın doğum ağrısını (Rajiani ve ark., 2019; Shalu ve ark., 2021) ve süresini (Rajiani ve ark., 2019; Bolbol ve ark., 2016) azalttığını belirtmiştir. Doğumda doğum ağrısında azaltmak için efloraj ve bel masajı/sakral basınç olmak üzere iki yöntem sıklıkla kullanılmaktadır. Efloraj; kasılmalar sırasında solunumla ritmik olarak, parmak ucuyla, karın bölgesinin hafifçe dairesel hareketlerle yapılan masajdır ve kadının dikkatini kasılma ağrısından uzaklaştırmak için kullanılmaktadır. Bel masajı/sakral basınç ise; sakroiliak bağ dokusundaki gerilmeden kaynaklı ağrıyı azaltmak için ellerin taban ya da yassı kısmı kullanılarak sakrum ve koksiks bölgesine uterus kontraksiyonlarıyla beraber masaj ve basınç uygulamasıdır (Rathfisch, 2018; Mamuk ve Davas, 2010). Ayrıca doğum eylemi sırasında el, bacak, omuz vb. bölgelere uygulanan masajda ağrıyı azaltmaya, doğumda rahatlamaya ve pozitif düşünmeye yardımcı olmaktadır (Mamuk ve Davas, 2010; Kömürcü, 2014).

2.2. Transkütanöz Elektriksel Sinir Stimulasyonu (TENS)

Düşük voltajlı elektrik dalgalarının veya uyarının cilde uygulanan düz elektrotlar ile verildiği bir sistemdir. Bu elektrotlar kadına sürekli ancak orta derecede bir akım verirler ve bu akım pilli bir cihaz yardımı ile kontrol edilir (Kömürcü, 2014). Akım endorfinlerin serbest kalmasını ve yüksek sıklıkla spinal nöral kapının açılıp, ağrı veren yolun bloklanması şeklinde etkisini göstermektedir (Karabulutlu, 2014). Mevcut kanıtlar TENS'in doğumun birinci (Shahoei ve ark., 2017; Daniel ve ark., 2021) ve ikinci evrelerinde ve doğumdan 4 saat sonra ağrının azalmasında (Shahoei ve ark., 2017) etkili olduğunu bildirmiştir. TENS'in uzun süre ve kolay kullanılabilmesi, kapatıldığında etkisinin sona ermesi, anneye ve bebeğe zararının olmaması ve anne kontrolünde kullanılması avantajları olarak sayılırken; pahalı olması ve fetal monitörle beraber kullanılamaması ise dezavantajları olarak sayılabilir (Mamuk ve Davas, 2010).

2.3. İntradermal Steril Su Enjeksiyonu

İntradermal Steril Su Enjeksiyonu sakrum bölgesine dört ayrı noktaya, 0.05-0.1 ml steril suyun enjeksiyonu ile 4 su kabarcığının oluşturulması esasına dayanır. Steril su sinir uçlarını uyararak daha şiddetli olan diğer ağrı hislerini bloke eder (Yılar-Erkek ve Pasinlioğlu, 2016). Neredeyse hiç fizyolojik yan etkisinin olmaması ve kolay uygulanabilir olması sebebiyle, doğumda bel ağrısının giderilmesinde

tercih edilebilen bir yöntemdir (Uyanık, 2019; Kömürcü, 2014). Tek yan etkisi enjeksiyon sırasında şiddetli batma ağrısıdır. 30 saniye sürer ve papül çevresindeki hiperemik bölge enjeksiyonundan birkaç saniye sonrasına kadar devam eder. Diğer bir dezavantajı ise etkisinin kısa süreli olmasıdır (Kömürcü, 2014).

2.4. Yüzeysel Sıcak ve Soğuk Uygulama

Çeşitli şekillerde yüzeysel sıcak ve soğuk uygulama doğum ağrısı için kullanılmaktadır. Kullanımı kolay olması, ucuz olması ve non-invazif olması, hekim istemine gerek olmaması, yan etkisinin olmaması önemli avantajlarından (Kömürcü, 2014). Yüzeysel sıcak uygulama doğumun birinci evresinde özellikle oksiput posterior doğumlara bağlı bel ağrılarını rahatlatmak, doğumun ikinci evresinde ise perine ağrısını azaltmak ve perineyi travmalara karşı korumak amacıyla kullanılır (Mamuk ve Davas, 2010). Nitekim Türkmen ve ark. (2021)'nin yaptığı randomize kontrollü çalışmada doğumun ikinci evresinde perine sıcak uygulamasının perine ağrısını azalttığı, perine bütünlüğünü koruduğu ve postpartum konforu iyileştirdiği bulunmuştur.

Sıcak uygulamada ısı kaynağı olarak sıcak su şişesi, ısıtılmış pirinç dolu çorap, sıcak kompres, elektrikli ısıtıcı pedler, ılık battaniye, jakuzi kullanılmaktadır (Kömürcü, 2014). Sıcak uygulamanın terapötik etkisinden yararlanabilmek için uygulamanın süresinin 30 dakikayı geçmemesi gerekmektedir. Uygulamanın 30-45 dakikaya uzaması durumunda dokularda konjesyon meydana gelmekte, 60 dk aşması durumunda ise vazodilatasyon yerini vazokonstriksiyona bırakarak ters etki yapmaktadır. Sıcak uygulama sırasında dikkat edilmesi gereken diğer bir parametre ısı derecesidir. Doğumda sakral ağrı için yaygın olarak uygulanan ısı derecesi 38°C-40°C arasındadır. 46°C'nin üzerindeki uygulamalar soğuk uygulama gibi etki göstermekte ve istenilen sonuca ulaşılmasını engellemektedir (Türkmen ve Tuna-Oran, 2019).

Soğuk uygulama doğum ağrısı için genellikle kadının sırtına, göğsüne ve/veya yüzüne uygulanmaktadır. Soğuk uygulama kaynağı olarak buzla dolu poşet, donmuş jel paketler, buzla dolu şişe, buzda soğutulmuş metal kaplar kullanılmaktadır (Kömürcü, 2014). Soğuk uygulama akupunktur noktalarında enerji akışının kolaylaştırarak, kas gerginliğinin azaltarak, nöral iletim hızının değiştirerek, ağrı sinyalinin merkezi sinir sistemine iletimini yavaşlatarak ve dikkati dağıtarak doğum ağrısını azaltmaktadır. Ayrıca soğuk uygulama katekolamin seviyesini düşürüp, endorfin seviyesini yükselterek ağrıyı azalttığı da görüşler arasında yer almaktadır (Ganji ve ark., 2013). Shirvani ve ark., (2014)'nin yaptığı çalışmada sırt, karın ve karın alt bölgelerine ve doğumun ikinci evresinde perine bölgesine uygulanan soğuk uygulamanın doğum ağrısının azalttığını ve doğum süresini kısalttığını belirtmiştir.

2.5. Hidroterapi

Hidroterapide kadın karnı suyun altında bırakacak kadar derin, ılık su içine girmesidir. Bu yöntemde; ılık suyun gevşetici etkisinden yararlanılmaktadır. Ilık su derideki sinirlere sakinleştirici uyarılar vererek, vazodilatasyonu artırır, katekolaminlerde azalmaya yol açar. Diğer bir etkisi ise suyun kaldırma kuvvetinden kaynaklıdır. Suyun kaldırma kuvveti kadının rahatlamasına yardımcı olur, karın kaslarının uterus üzerindeki baskısını azaltır ve doğum ağrısını azaltır (Kömürcü, 2014; Uyanık, 2019; Teschendorf ve ark., 2000). Ayrıca hidroterapinin hidrokinetik (suyun meme başını uyarmasına bağlı olarak oksitosin salınımı) ve hidrotermal (perinede, vajinada ve servikte rahatlatma) etkiye de sahiptir (Uyanık, 2019). Suyun ısısının ayarlanması önemlidir. İdeal su sıcaklığı 37°C'dir. Suyun sıcaklığın yüksek olması hipotansiyona, plasental perfüzyonu olumsuz etkilenmesine, yorgunluğa neden olabilir. Suyun içinde kalış süresi ortalama 20-30 dk arası (maksimum 60 dk) olmalıdır. Uzun süre su içinde kalınması annenin terlemesini artırarak sıvı kaybetmesine yol açabilir (Rathfisch, 2018).

3. Mental Uyarılma

3.1. Hayal kurma-Görselleştirme

Hayal kurma dikkati ağrı dışında başka bir noktaya odaklanmasıdır (Yıldırım ve Hotun-Şahin, 2003). Kasılma sırasında doğum ekibi veya kadına destek olacak kişiler tarafından kadının kulağına hayal

kurmasına yardımcı olacak kelimeler fısıldanır. Bunlar okyanus dalgası, bir çiçeğin açılışı veya güneşin doğuşu olabilir (Rathfisch, 2018). Bu uygulama sırasında kadının gevşemeye odaklanması ve hayal kurması beklenir. Bu tekniğin kullanılışı tamamen bireyseldir (Yıldırım ve Hotun-Şahin, 2003). Etkili kullanıldığında vücut oksitosin ve endorfin hormonu üretimini artırırken, adrenalin gibi doğum eyleminin ilerlemesini engelleyen hormonların üretimini bloke eder (Rathfisch, 2018).

4. Solunum Teknikleri

Kadının dikkati solunum teknikleriyle ağrı anında değişik noktalara yöneltilir. Solunum teknikleri doğru kullanıldığı takdirde annenin ağrı eşliğini yükseltir, gevşemesini sağlar, utero-plasental dolaşımı rahatlatır ve doğum ağrısıyla baş etmesini sağlar. Çeşitli solunum teknikleri vardır. Doğum ağrısı ile baş etmede en çok tercih edilen yöntem Lamaze Solunum Metodudur (Yıldırım ve Hotun-Şahin, 2003). Lamaze Solunum Metodu Pavlov'un klasik şartlanma çalışmasından geliştirilmiştir. Lamaze'ye göre ağrı, şartlanmış bir tepkidir. Bu doğrultuda kadınlar da doğum ağrısı çekmemeye şartlanabilirler. Lamaze metodu bunu gerçekleştirmek için kadınları kontrollü kas gevşetme ve solunum modelleriyle uterus kasılmalarını taklit etmeye şartlandırır. Bu metot da kadın belli bir kas grubunu kasarken bu işleme dahil olmayan diğer kas gruplarını gevşemesi öğretilir. Doğum ağrısında bunu uterus kasılırken diğer kasları gevşeterek yapar. Lamaze Solunum Metodu dört aşamada uygulanır (Kömürcü, 2014). Bunlar sırasıyla aşağıda yer almaktadır.

İlk Düzey (Normal Solunum): Burundan nefes alıp sıcak yemek üfler gibi dudakları büzerek nefes verilir. Solunum sırasında sadece göğüs duvarı hareket eder. Solunum hızı 15 saniyede iki kezdir (Kömürcü, 2014).

İkinci Düzey (Yavaş - Derin Göğüs Solunumu): İlk nefes normal solunumla başlar. Daha sonra burundan beş saniye nefes alınır ve sonra ağızdan beş saniyede nefes dışarı verilir. Solunum hızı dakikada ortalama 6-12 saniye arasındadır (Kömürcü, 2014).

Üçüncü Düzey (Hızlı - Yüzeysel Göğüs Solunumu): Sesli solunum olarak da adlandırılır. Solunumun karın kaslarını kullanmaksızın üst göğüs kaslarını kullanarak yapılması gerekir. Nefes ağızdan alınıp ağızdan verilir. Nefes verilirken "hii" ya da "hoo" sesleri eşlik eder. Her bir kasılmada normal solunum ile başlar. Kasılmalar şiddetlendikçe solunum hızı da gittikçe artırılır. Kasılmalar yavaşlamaya başladığında solunum hızı da yavaşlar. İki kasılma arasında normal solunuma devam edilir (Kömürcü, 2014).

Dördüncü Düzey (Üfleme – Abdominal Solunum): Doğum eyleminin geçiş fazında (dilatasyon 8 - 10 cm) bebek aşağı, doğum kanalına doğru hareket eder. Buna bağlı olarak rektuma basınç uygulanır ve her bir kasılma beraberinde bazen ıkmama hissi geliştirir. Eğer ıkmama hissi dilatasyon tamamlanmadan önce oluşursa erken ıkmama bağlı servikste yırtılma ve ödem görülebilir. Pelvik basıncı azaltmada ve ıkmama hissini gidermede dördüncü düzey solunum metodu uygulanmaktadır. Bu yöntemde nefes ağızdan alınıp verilir. Nefes verirken hava, sanki bir mumu üfler gibi dışarı verilir. Solunuma 6:1 (altı kısa üfleme arkasından bir uzun üfleme) oranında başlanır. Kasılmalar şiddetlendikçe oran da azaltılır. 6:1, 5:1, 3:1, 2:1 şeklinde solunuma devam ettirilir. Bu teknikte nefes alınıp verilirken abdomende yükselmeler ve alçalmalar görülür. Kasılmaların başında ve sonunda normal solunum yapılır (Kömürcü, 2014).

Sonuç

Doğumhanede çalışan hemşire ve ebelerin en önemli görevi; doğumda gebenin fiziksel ve psikolojik bakım gereksinimlerini karşılamak, gebenin doğum ağrısıyla baş etmesine yardımcı olmak, gebenin işbirliği ve katkılarını sağlayarak doğum eyleminin olabildiğince sorunsuz, olumlu duygularla yaşanmasını ve sağlıklı anne ve bebekle sonuçlanmasını sağlamaktır. Bu doğrultuda doğum ağrısı ile baş etmede non-farmakolojik yöntemlerin (hidroterapi, masaj, akupunktur, akupresür, TENS, intradermal su enjeksiyonu, müzik, solunum egzersizleri, yüzeysel sıcak ve soğuk uygulama, hayal kurma gibi) hemşireler ve ebe tarafından uygulamalara dahil edilmesi önemlidir. Nitekim farmakolojik yöntemlerin kullanımının azaltılarak yan etkileri olmayan, uygulaması kolay ve maliyet gerektirmeyen non-farmakolojik yöntemlerin kullanılması kadın ve fetus sağlığı için yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynakça

- Ak-Sözer, G. A., Altuntuğ, K., Emel, E. (2019). Doğum Ağrısı ve Masaj. *Akd Tıp D/Akd Med J*, 5(3),389-393.
- Anim-Somuah, M., Smyth, R. M., Cyna, A. M., Cuthbert, A. (2018). Epidural versus non-epidural or no analgesia for pain management in labour. *Cochrane database of systematic reviews*, (5).
- Azizmohammadi, S., Azizmohammadi, S. (2019). Hypnotherapy in management of delivery pain: a review. *European journal of translational myology*, 29(3),8365.
- Bolbol-Haghighi, N., Masoumi, S. Z., Kazemi, F. (2016). Effect of massage therapy on duration of labour: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical & Diagnostic Research*, 10(4), 12-5.
- Buglione, A., Saccone, G., Mas, M., Raffone, A., Di Meglio, L., di Meglio, L., ... & Locci, M. (2020). Effect of music on labor and delivery in nulliparous singleton pregnancies: a randomized clinical trial. *Archives of gynecology and obstetrics*, 301(3), 693-698.
- Ceyhan, D., Yiğit, T. T. (2013). Tıbbi Tedavilerde Hipnoz Uygulamalarının Kullanımı ve Etkinliği. *ADO Klinik Bilimler Dergisi*, 7(2), 1507-1516.
- Cyna, A. M., McAuliffe, G. L., Andrew, M. I. (2004). Hypnosis for pain relief in labour and childbirth: a systematic review. *British Journal of Anaesthesia*, 93(4), 505-511.
- Daniel, L., Benson, J., & Hoover, S. (2021). Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation for Pain Management for Women in Labor. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 46(2), 76-81.
- Ganji, Z., Shirvani, M. A., Rezaei-Abhari, F., Danesh, M. (2013). The effect of intermittent local heat and cold on labor pain and child birth outcome. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 18(4), 298.
- Hamidzadeh, A., Shahpourian, F., Orak, R. J., Montazeri, A. S., Khosravi, A. (2012). Effects of LI4 acupressure on labor pain in the first stage of labor. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 57(2), 133-138.
- Hasegawa, J., Farina, A., Turchi, G., Hasegawa, Y., Zanello, M., Baroncini, S. (2013). Effects of epidural analgesia on labor length, instrumental delivery, and neonatal short-term outcome. *Journal of anesthesia*, 27(1), 43-47.
- Hellams, A., Sprague, T., Saldanha, C., Archambault, M. (2018). Nitrous oxide for labor analgesia. *Journal of the American Academy of PAs*, 31(1), 41-44.
- Hjelmstedt, A., Shenoy, S. T., Stener-Victorin, E., Lekander, M., Bhat, M., Balakumaran, L., Waldenström, U. (2010). Acupressure to reduce labor pain: a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 89(11), 1453-1459.
- Karabulutlu, Ö. (2014). Doğum ağrısı kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. *Caucasian Journal of Science*, 1(1), 43-50.
- Karaçam, Z., Gezer, N. (2017). Vajinal Doğumda Epidural Analjezi Kullanımı ve Anne-Bebek Sağlığına Etkisi. *Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi*, 7(3), 137-147.
- Kömürcü N. (2014) *Doğum Ağrısı ve Yönetimi*. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitapevi Tic. Ltd. Şti. İstanbul.
- Madden, K., Middleton, P., Cyna, A. M., Matthewson, M., & Jones, L. (2016). Hypnosis for pain management during labour and childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- Mamuk, R., Davas, N. İ. (2010). Doğum ağrısının kontrolünde kullanılan nonfarmakolojik gevşeme ve tensel uyarılma yöntemleri. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, 44(3), 137-144.
- Moral, D. G., Türkmen, Ü. A., Altan, A. (2011). Doğum analjezisi. *Ok Meydanı Tıp Dergisi*, 27(1), 5-11.
- Mousa, W. F., Al-Metwalli, R., Mostafa, M. (2012). Epidural analgesia during labor vs no analgesia: A comparative study. *Saudi journal of anaesthesia*, 6(1), 36.
- Permatasari, D., Simadibrata, C., Adiningsih, S. L. (2018). Effects of acupuncture on labor pain in primipara mothers. *In Journal of Physics: Conference Series*, (Vol. 1073, No. 6, p. 062035). IOP Publishing.
- Rajiani, I., Hendra, M., Sudirman, Sumami, Hartati. (2019). Application of digital rubbing massage in pain level, comfort and duration of labor phase. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 10(1), 391-5.
- Rathfisch G. (2018). *Doğal Doğum Felsefesi*. 2. Baskı. Nobel Tıp Kitapevi Tic. Ltd. Şti. İstanbul.
- Sahour, A., Fakhri, M. K., Poursaghar, M. (2019). Investigating the effect of hypnotherapy on reducing anxiety and pain during labor. *BRAIN. Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 10(3), 25-33.
- Santiváñez-Acosta, R., Tapia-López, E. D. L. N., & Santero, M. (2020). Music Therapy in Pain and Anxiety Management during Labor: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Medicina*, 56(10), 526.
- Sargın, M. A., Yassa, M., Ar, A. Y., Ergun, E., Orhan, E., & Tuğ, N. (2017). Epidural analjezinin nullipar gebelerde doğumun aktif fazı ve yenidoğan üzerine etkilerinin araştırılması. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 6(1), 52-58.

- Shahoei, R., Shahghebi, S., Rezaei, M., & Naqshbandi, S. (2017). The effect of transcutaneous electrical nerve stimulation on the severity of labor pain among nulliparous women: A clinical trial. *Complementary therapies in clinical practice*, 28, 176-180.
- Shalu, M., Sapna, M., Devi, A. M., Deepak, M. (2021). Effectiveness Of Back Massage In First Stage Labour Pain Among Pregnant Women. *European Journal of Molecular & Clinical Medicine*, 7(11), 6644-6652.
- Shirvani, M. A., Ganji, J. (2014). The influence of cold pack on labour pain relief and birth outcomes: a randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17-18), 2473-2480.
- Simavli, S., Gumus, I., Kaygusuz, I., Yildirim, M., Usluogullari, B., Kafali, H. (2014). Effect of music on labor pain relief, anxiety level and postpartum analgesic requirement: a randomized controlled clinical trial. *Gynecologic and obstetric investigation*, 78(4), 244-250.
- Smith, C. A., Collins, C. T., Levett, K. M., Armour, M., Dahlen, H. G., Tan, A. L., Mesgarpour, B. (2020). Acupuncture or acupressure for pain management during labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Teschendorf, M. E., Evans, C. P. (2000). Hydrotherapy during labor: An example of developing a practice policy. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 25(4), 198-203.
- Türkmen, H., Oran, N. T. (2019). Sıcak Uygulamanın Doğum Ağrısına Etkisi: Sistematik Derleme. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(3), 225-233.
- Türkmen, H., Çetinkaya, S., Apay, E., Karamüftüoğlu, D., Kılıç, H. (2021). The Effect of Perineal Warm Application on Perineal Pain, Perineal Integrity, and Postpartum Comfort in the Second Stage of Labor: Randomized Clinical Trial. *Complementary Medicine Research*, 27(6), 1-8.
- Uyanık A. (2019). *Doğum Ağrısında Nonfarmakolojik Yöntemler ve Hemşirelik*. Ed: Saracaloğlu A.S., Hergüner G., Saçan. Anne Çocuk Sağlığı ve Eğitimi. Güven Plus Grup Danışmanlık A.Ş. Yayınları. İstanbul. Sy:30-45.
- Yılar-Erkek, Z., Pasinlioğlu, T. (2016). Doğum Ağrısında Kullanılan Tamamlayıcı Tedavi Yöntemleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 19(1), 71-77.
- Yıldırım, G., Şahin, N. H. (2003). Doğum Ağrısının Kontrolünde Hemşirelik Yaklaşımı. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 7 (1), 14-20.

YAZARLAR

Dr. Öğr. Üyesi Aynur KIZILIRMAK

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD.

aynur268@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5032-7234>

1998 yılında Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulundan mezun olmuştur. Yüksek Lisans ve Doktorasını Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde tamamlamıştır. 2011 yılından itibaren Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesinde görev yapmaktadır.

Arş. Gör. Dr. Pelin CALPBİNİCİ

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD.

pelince@nevsehir.edu.tr

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8242-2773>

2011 yılında Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulundan mezun olmuştur. Yüksek Lisansını Selçuk Üniversitesi, Doktorasını Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde tamamlamıştır. 2013 yılından itibaren Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesinde görev yapmaktadır.



EV ORTAMINDA AİLE SAĞLIĞI VE BAKIMI FAMILY HEALTH AND CARE IN A HOME ENVIRONMENT

Rahşan KOLUTEK

Özet

Aile toplumu oluşturan en önemli kurumdur. Sağlıklı bir toplum sağlıklı ailelerden meydana gelir. Toplumun sağlığının sürdürülmesi aile sağlığının korunmasından geçer.

Ev ortamında aile sağlığını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Ailenin sağlığının devam ettirilmesi, bireylerin fizik, biyolojik, sosyoekonomik çevresi ve hastalık etkenleri ile dengeli bir şekilde yaşamasına bağlıdır. Dengeli bir şekilde yaşama, bireyin hastalık etkenleri ile baş etmesi için desteklenmesi ile mümkündür. Birey ve ailesinin yaşadığı çevredeki şartların olumlu hale getirilmesi gerekir.

Birey ve ailesinin yaşadığı çevrede, özellikle yeterli içme kullanma suyu, atıkların sağlığa uygun şekilde uzaklaştırılması, sağlıktan sapma durumunda hemen ulaşılabilecekleri yeterli araç-gereç ve sağlık personeli ile donatılmış sağlık örgütü bulunması zorunludur. Ayrıca bireyin aşılanmış, yeterli ve dengeli beslenmiş ve sağlığı bozan faktörler ve hastalıkların erken belirtileri hakkında eğitilmiş olması da önemlidir. Aksi takdirde birey herhangi bir hastalık etkeni ile karşılaştığı zaman, çevre şartlarının olumsuz, kendisinin de dirençsiz olması nedeni ile dengeyi koruyamayacak sağlığı bozulacaktır. Bu nedenlerden dolayı sağlığın korunması ve geliştirilmesi için sağlık örgütleri içerisinde verilecek hizmet yetersiz kalacaktır.

Kişinin ve ailenin daha yeterli bir sağlık hizmeti alabilmesi ve verilen sağlık hizmetinin amacına ulaşması için kişi ve ailelerin tüm yaşantılarını geçirdikleri ev ortamında izlenmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Bakım, Ev Ortamı, Hemşirelik.

Abstract

The family is the most important institution that makes up the society. A healthy society consists of healthy families. Maintaining the health of the society depends on the protection of family's health.

There are many factors that affect family health in the home environment. Maintaining the health of the family depends on individuals living in a balanced way with their physical, biological, socioeconomic environment, and the disease factors. A balanced life is possible by supporting the individual to cope with the factors of the disease. Conditions in the environment where the individual and his/her family live should be organized in a positive way.

In the environment, where the individual and the individual's family lives, it is compulsory to have a health organization equipped with sufficient drinking water, a disposal system of wastes in accordance with health, sufficient tools and devices, and medical personnel that they can reach immediately in case of emergency. It is also important that the individual is vaccinated, has an adequate and balanced diet, and is educated about the factors that impair health and the early signs of diseases. Otherwise, when the individual encounters a disease factor, since s/he cannot maintain the balance, will deteriorate due to negative environmental conditions and the individual's lack of resistance. As a result, the service to be provided within health organizations for the protection and improvement of health will be insufficient.

For the individual and the family to receive a more adequate health service and for the health service to achieve its purpose, it is necessary to monitor the people and their families in their home environment where they spend their entire lives.

Keywords: Care, Home Environment, Nursing.

Giriş

Topluma sağlıklı davranışlar kazandırılmasında, bireylerin yaşadıkları ev ortamlarına ziyaretler yapılmasının önemli bir yeri vardır. Ailenin yaşadığı ortamda değer yargıları, davranışları değerlendirilmeli, sorunları ve sorunlarını nasıl çözmeye çalıştıkları çok iyi bilinmelidir (Bahar, 1998; Karataş, 2000).

Ev ziyaretleri ile hemşireler, ailenin içinde yaşadığı sosyal, ekonomik ve fizik çevreyi tanır, aileyi kendi ortamında yakından tanır ve sağlık sorunlarını yerinde saptar. Ayrıca ev ortamı, sağlık eğitimi yapılan bireyin kendini rahat hissederek anlatılan bilgilere karşı algılamasının daha iyi olması açısından da uygun bir yerdir (Bertan ve Güler, 1997; Sungur, 2012; Kubilay ve Öztekin, 1994).

Hemşireler hastalığın gelişiminde önemli olan riskleri, yüksek risk grubundaki bireyleri, hastalık tanısına götüren bulguları tanımlamalıdır ve bireyleri risk durumlarından haberdar etmelidir.

Sağlık hizmetlerinin amacının başarılı bir şekilde yapılabilmesi için, hemşirelerin, çalıştığı toplumun sosyoekonomik ve kültürel özellikleri ile toplumun sağlık eğitim gereksinimlerini, yaşam tarzlarını ve sağlık-hastalık algılarını bilmeleri gereklidir.

Ev ziyaretlerinin düzenli olarak yapılması hastalıklardan korunma ve erken tanı uygulamalarının benimsenmesinde önemli katkılar sağlayacaktır. Bu sayede verilen hizmetlerin etkinliği ve sürekliliği sağlanmış olacaktır.

Sağlık sorunları ile mücadelede, sağlığı koruma ve geliştirmenin, tedavi ve rehabilitasyondan önce gelmesi gerektiği bilinci, halk sağlığının önemli bir kuralı olduğu bilinmektedir (Karataş, 2000; Bertan ve Güler, 1997).

Aile, insanoğlunun sahip olduğu en önemli toplumsal kurumlardan biridir. İnsanlar yaşam süreci boyunca, intrauterin yaşamdan başlayarak, bebeklik, çocukluk, ergenlik, yetişkinlik ve yaşlılık dönemlerinde bir çok risk faktörlerine maruz kalmaktadır. Ailede özellikle kadınlar, yaşlılar ve küçük çocuklar bu risk faktörlerinden daha çok etkilenmektedir. Ailede bireylerin sağlığını etkileyen birçok etmen vardır. Bunlar arasında şiddet, yoksulluk, güçsüzlük, eğitimsizlik, evde yaşayan kişi sayısı, aile tipi, bazı toplumsal öğretilerle strese daha fazla maruz kalma ve buna bağlı psikolojik sorunlar, ailede psikolojik sorunu olan bireylerin olması ve göçle gelme gibi faktörler aile işlevlerini olumsuz etkileyebilmektedir (Akgün ve Uluocak, 2011; Aktaş, 2007; Türkleş ve ark. 2013).

Bu nedenlerden dolayı sağlığın korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesi için sağlık örgütleri içerisinde verilecek hizmet yetersiz kalacaktır. Bireylerin özellikle kadınların daha yeterli bir sağlık hizmeti alabilmesi ve verilen sağlık hizmetinin amacına ulaşması için ev ortamında izlenmesi zorunludur. Bu hizmet amacına uygun ev ziyaretleri ile mümkün olmaktadır. Bütüncül yaklaşımın ortaya koyduğu “insan hayatı bir bütündür”, “hastalık ve sağlık diye ayrılmaz”, “İnsan çevresi ile bir bütündür”, “çevre insanı, insanda çevresini etkiler” görüşleri de dikkate alındığı zaman sağlık hizmetlerinin sadece yataklı tedavi kurumlarında verilmesinin ne kadar yetersiz olacağı daha iyi anlaşılacaktır (Kubilay ve Öztekin, 1994; Bahar, 1998; Sungur, 2012; Şentürk, 1990).

Bireylerin sağlıklı olmaları yaşadıkları ailenin işlevlerini sağlıklı biçimde yerine getirmesi ile mümkündür. Ailenin, ekonomik, dinsel, eğitim, eğlenme ve dinlenme, saygınlık, koruma, toplumsallaşma, eşler arasında sevgiyi sağlama ve çocuk yapma gibi bir takım işlevleri vardır. Aile işlevlerinin sağlıklı bir şekilde yürütmesinde ebeveylere önemli görevler düşmektedir (Şentürk, 2008).

Toplumda aile kavramının korunması ve devamlılığı için kadın sağlığı önemli bir yere sahiptir. Kadınların sorunları olduğunda, yardım arama davranışı olarak fiziksel yakınmalarla sağlık kurumlarına başvurdukları ancak bir çok sebepten dolayı gereksinimlerini tam olarak ifade edemedikleri göz önünde bulundurulduğunda hemşirelerin kadınla kendi yaşam alanında görüşme imkanı bulabilmeleri oldukça önemlidir. Temel hedefi bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını korumak, geliştirmek, iyileştirmek ve sürdürmek olan halk sağlığı hemşireleri; riskli grupların saptanması ve hizmetin planlanması açısından önemli bir gruptur (Bahar, 1998; Sungur, 2012; Karataş, 2000; Kubilay ve Öztekin, 1994; Şentürk, 1990).

Görevlerini genelde ev ziyaretleri yaparak yerine getiren halk sağlığı hemşireleri ailenin içinde yaşadığı sosyal, biyolojik, ekonomik ve fizik çevreyi tanır, aileyi kendi ortamında yakından tanır ve sağlık sorunlarını yerinde saptar. Sağlık eğitimi yaparak bireye yeni bir davranış kazandırılmasında planlı ev ziyaretlerinin önemli bir yeri vardır. Bireylerin yaşadığı ortamda değer yargılarının ve davranışlarının değerlendirilmesi, sağlık eğitiminin başarısını artırmaktadır. Hemşire eğitici, eğitim yaptığı aile bireylerinin kültürünü, sorunlarını ve beklentilerini çok iyi bilmelidir. Kültürel olarak yeterli bakımın verilebilmesi için hemşirelerin kültürel istek, kültürel farkındalık, kültürel bilgi ve tecrübeye sahip olması gerekmektedir. Bunu da ancak planlı ev ziyaretleri yaparak değerlendirebilir (Başalan İz ve Bayık Temel, 2009; Bahar, 1998; Sungur, 2012; Karataş, 2000; Kubilay ve Öztekin, 1994; Şentürk, 1990).

Halk sağlığı hemşireleri tarafında yapılan ev ziyaretleri, sağlıklı bireylere yapılan bir faaliyet olarak, sağlığı korumada, geliştirmede, sürdürülmesinde ve risk gruplarının belirlenmesinde önemli bir konuma sahiptir. Örneğin sosyokültürel yapı içindeki bilgi ve inanç kadınların erken tanı davranışlarını ve kanser tarama programlarına katılımını etkilemektedir. Bu nedenle kanserde erken tanıya yönelik tarama hizmetleri verilirken, kadınların sağlık inançları ve uygulamaları fiziksel, ekonomik ve sosyokültürel gereksinimlerin dikkate alındığı bir yaklaşımla, yaşadıkları yere göre değerlendirilmelidir. Tarama yaptırmayan kadınların tarama işlemine ilişkin kaygılarının ve engellerinin tanımlanıp ortadan kaldırılması gerekmektedir (Çam ve Babacan Gümüş, 2006; Kambur ve Çapık, 2011; Yıldırım ve Gürkan, 2010; Karayurt ve ark. 2008; Ertem, 2010).

1.Ev Ortamında Verilen Bakımın Hemşire ve Aile Üyeleri Açısından Avantajları

Bireylerin kendi yaşam ortamlarında bakım almalarının, bireyin memnuniyetini, bağımsızlığını, yaşam kalitesini artırdığı, itibarının kaybolmamasına, iyileşmesine katkıda bulunduğu, aile üyelerinin ve diğer gönüllülerin bakımı öğrenerek bakıma katıldığı ev ziyaretlerinin avantajları arasında sayılabilir. Bunun yanında aşağıdaki avantajları da sayabiliriz.

1. Aile merkezli bakım ve bakımın bireyselleştirilmesi için daha çok fırsat sağlar.
2. Ailenin bilgi birikimi ve yaşam tarzları daha kolay değerlendirilebilir.
3. Ailenin uygulamalarını, aile iletişimini, sağlığı etkileyen faktörleri, hemşireye yakından ve yerinde gözleme fırsatı verir.
4. Hastanede ki gözleme göre daha uzun periyot boyunca aileyi değerlendirmeyi sağlar.
5. Aile üyeleri öğrenmeye daha açıktırlar. Anksiyete azalır, duygularını rahat dile getirirler. Sağlık eğitimde aile daha uyumludur.
6. Aile bireylerinin etkileşimle ilgili daha büyük oranda kontrol sahibi olmasını sağlar. Ailenin kendi koşullarında eğitilmesini sağlar.
7. Ailenin sağlık bakımına katılımını sağlar. Aile üyelerinin de öğrenmesini kolaylaştır.
8. Ailenin hemşireye güveni artar.
9. Hemşire birey iletişimini güçlendirir.
10. Birden fazla aile bireyi ile aynı anda görüşebilme becerisi kazanır.
11. Ev ailenin yaşadığı gerçek mekân olduğu için, ailenin değerlerini ve geçmişini ifade etmektedir. Ev ortamında aile gerçekte olduğu şekli ile gözlenebilir.
12. Ailenin sağlık ve hastalık davranışlarını ve inançlarını anlama imkanına sahip olur.
13. Bireyin ve ailenin yaşadığı ortamı ve çevreyi gözlemler.
14. Sağlık risklerini tanımlar, sağlık önceliklerini saptar ve bunlara yönelik plan yapar.
15. Ailenin sağlık hizmetlerine bakış açılarını değerlendirir.

16. Birey ve ailenin bağımsızlık, kendini iyi hissetme gibi genel duygusal durum hastanede tedavi görenlerden daha iyi durumda olur ve aile yaşam biçimleri olumlu yönde etkilenir.
17. Hemşireye bağımsız çalışma fırsatı verir.
18. Yeni sağlık sorunları erken dönemde saptanır ve erken dönemde yardım edilmesini sağlar.
19. Maliyeti hastaneye yatıştan daha azdır.
20. Kronik hastalıklara bağlı komplikasyonlar azalır.
21. İşgücü kaybının önlenir.
22. Ziyaretler devamlı yapıldığı için bir önceki ziyaretten sonraki gelişmeler daha kolay değerlendirilir ve denetlenir (Biol, 1990; Şentürk, 2008; Kubilay ve Öztekin, 1994; Çayır, 2013; Yılmaz ve ark. 2010; Aksayan ve Cimete, 1998; Fadiloğlu, 2004; Hitchcock et al 1999)

2. Ev Ortamında Verilen Bakımın Hemşire ve Aile Üyeleri Açısından Dezavantajları

1. Hizmetin evde sağlanmasıyla, hemşirenin değer sistemi ve uygulama sistemi uyumsuz olabilir.
2. Hastane veya klinik ortamda verilen bakımdan daha fazla zaman harcanır.
3. Acil ekibine ve konsültasyon için ulaşmak kolay değildir.
4. Kişisel güvenlik endişesi vardır.
5. Grupla çalışma durumu olmayabilir.
6. Dikkat dağılmasını önlemek daha zordur (Tv, müzik, eve girenler çıkanlar...).
7. Yeni aileler sağlık bakımı ortamı ve ev içerisine kabul etmede izinsiz ziyareti (ilk ziyaret) kabul etmeyebilir.
8. Bakım verenin yorulma potansiyeli vardır.
9. Eve gidiş-gelişte benzin ya da ulaşım araçlarının maliyetleri
10. Eve gidildiğinde umulmadık sorunlarla karşılaşılması
11. İlk gidişte evin bulunamaması
12. Daha sonraki gidişlerde kadının evde bulunamaması (Oktay ve ark. 1998; Hitchcock et al 1999)

Ev ziyaretinin tanımı:

Ev ziyareti, ev ortamında bireylere verilen sağlık hizmetinin, ziyaretten önce ve sonra yapılan işlevlerinde olduğu, bireyleri yaşadığı ortamda tanıma, onların katılımları ile sorunlarını saptama, öncelikleri gerçekçi bir biçimde belirleme, çözüm yollarını arama, uygulama ve değerlendirmeden oluşan sürekliliği olan bir süreçtir.

Ev ziyareti amacı:

Ev ziyaretinin amacı bireylerin sağlığını korumak, geliştirmek ve sürdürmek, onları alışık oldukları ortamda direkt olarak amaçlı izlemektir (Bahar 1998; Biol, 1990; Kubilay ve Öztekin, 1994).

3. Ev Ziyareti Süreci

Aileye gitmeden önce, ön verileri toplamak amacıyla, aileye sorulacak soruların oluşturulması

Aile ile ilgili kayıtların araştırılması ve incelenmesi (Aile Sağlığı Merkezi kayıtları),

Ailenin sağlığından sorumlu sağlık çalışanları ile görüşülmesi,

Toplum liderleri ile görüşülmesi (İmam, muhtar...)

Toplanan ön veriler ışığında ilk bakım planı oluşturulması

Bunun için;

Ön verilerin analizi

Sorunların tespiti

Sorunların önem ve aciliyet durumuna göre öncelik sırasına koyulması

Amaç ve hedeflerin yazılması

Hemşirelik girişimlerinin yazılması

Ziyaret çantasının hazırlanması

Zamanın belirlenmesi

Aileyi ziyaret için telefonla aranarak randevu alınması

Aile ile tanışma

Verilerin toplanması ve ön verilerin doğruluğunun kontrolü

Planlanmış olan bakımın uygulanması

Ziyareti bitirirken tekrar görüşme gününün ve konusunun kararlaştırılması

Sağlık kuruluşuna dönülerek ziyaret raporunun yazılması (Bahar 1998; Birol, 1990; Kubilay ve Öztekin, 1994)

Verilerin toplanması:

Aile bireyleri için geliştirilecek bakım planlarında gerekli olan ayrıntılı ön veriler, daha önce izleyen halk sağlığı hemşiresi, ebe, sağlık kuruluşunun kayıtları, toplum liderleri (muhtar, imam, öğretmen gibi) ve diğer sağlık çalışanlarından toplanır.

Ziyarete çıkmadan önce ön bilgilerin bilinmesi verilerin toplanması ve doğruluğunun kontrol edilmesini kolaylaştırır. Ayrıca bu ön verilerle ilk ziyarete hazırlıklı gidilir.

Halk sağlığı hemşiresinin toplayacağı verileri aşağıdaki ana başlıklar altında gruplar;

-Çevrenin durumu

-Ailenin ekonomik durumu

-Ailenin kültürel durumu

-Aile bireylerinin sağlık durumu (Fizik muayene, beslenme, boşaltım, uyku, hijyen, alışkanlıkları gibi)

Toplanan bu ön verilerden ailenin sağlık sorunları saptanır. Saptanan sorunlar öncelik sırasına dizilerek ailenin her bireyi için ayrı ayrı bakım planı geliştirilir. Daha sonra ki sorunlar saptanırken aile ile birlikte karar alınmalıdır. Çünkü hemşirenin sorun olarak gördüğü bir durum aile için sorun olarak görülmeyebilir. Böyle bir durumda ailenin sorunun farkına varması sağlanmalıdır (Bertan ve Güler, 1997; Bahar, 1998; Birol, 1990; Kubilay ve Öztekin, 1994).

Sorun (Hemşirelik tanısı)

Bireyi etkileyen, bireyin rahatsız olduğu, dile getirdiği ya da getiremediği durumlar sorun olarak yazılabilir.

Saptana sorunları öncelik sırasına koyma

İnsan hayatını olumsuz yönde etkileyen ve mutlaka çözülmesi aile ve bireyin sağlığı açısından önemli olan sorun, aile ile birlikte karar verilerek en başa alınmalıdır. Daha sonra çözümü kolay sorunlardan başlayarak sorunlar sıralanır (Bertan ve Güler, 1997; Bahar, 1998; Birol 1990; Kubilay ve Öztekin, 1994).

Soruna Yönelik Amaç

Amaç, gözlenebilir sağlık davranışlarını göstermelidir. Amaç doğrudan sorunla ilgili olmalıdır. Ölçülebilir ve ulaşılabilir olmalıdır, çünkü ziyaretin sonunda girişimlerin etkinliği, amaca ulaşılp ulaşılmadığına göre değerlendirilecektir.

Yapılacak ziyaret ilk ziyaret değil ise amacın belirlenmesi aşamasında da bireyin görüşleri alınmalıdır. Birey ile birlikte karar verildiği için, bakım hizmetleri daha verimli olacak ve amaca daha kolay ulaşılabilecektir.

Ziyaret Zamanının Belirlenmesi

Bireylerin rahatlıkla katılabilecekleri zaman dikkate alınarak ziyaretler planlanmalıdır. Toplumun genel yapısı ve iş durumuna göre ilk ziyaretlerin zamanı tespit edilmelidir. Ziyarete gidildiği sırada birey bırakılmayacak bir işle meşgulse örneğin pekmez kaynatıyorsa ziyaret daha uygun bir zamana ertelenmelidir.

Hemşire ziyaret edeceği bireylere öncelik verirken;

*Aile içinde bulaşıcı hastalığı olanlar (enfeksiyon hastası olan aileden diğer sağlam aile bireylerine taşınmaması için) en sona bırakılmalıdır.

*Belirli saatlerde ilaç alınması veya enjeksiyonun yapılması gereken ev ziyaretlerinde tedavi saati göz önüne alınmalıdır.

*Küçük bebeği olan ailelere öncelik verilebilir.

Ziyaret Çantasının Hazırlanması

Ziyaretin amacına uygun olarak ziyaret çantası hazırlanmalıdır. Ziyaret çantası asepti ve antisepti kurallarına uyularak hazırlanmalıdır. Eksik ve bozuk varsa değiştirilmeli, solüsyon varsa üzerine yazılmalıdır.

Ziyaret Çantasında Bulunması Gereken Malzemeler

Veri toplama formları, diz üstü bilgisayar, takvim, gerekirse eğitim kitapçıkları hazır olmalıdır.

Bunların yanında; standart olarak ziyaret çantasında bulunması gereken malzemeler

- | | |
|---|--|
| 1-Tansiyon aleti ve stetoskop | 10- Cam tüp, tüpü tutmak için maşa |
| 2-Pamuk, flaster, sargı bezi | 11- Hb ölçmek için sahli aygıtı ve HCL |
| 3-Sabun, sabunluk ve el havlusu | 12- Fotoskop |
| 4-Alkol, tentürdiyot | 13- Tartı aleti |
| 5-Asetik asit (idrarda protein için) | 14- Enjektör |
| 6-İspirto ocağı | 15- Derece |
| 7-Ailelerin izlem kartı | 16- Makas |
| 8-Boş izlem kartları | 17- Eldiven |
| 9-Eğitim için materyaller (Öztek, 1996) | |

Ziyaret çantasında bulunması gereken malzemeler kullanım sırasına göre çantaya yerleştirilmelidir.

Ziyarete çıkmadan önce adres tam öğrenilmelidir. Krokilerden yararlanılabilir. Okul çağı çocuklarından, muhtarlardan, imamlardan, bakkallardan sorulabilir.

Hemşirenin Ev Ortamındaki Hemşirelik Girişimleri

Girişimler saptamadan önce bireylerin tüm fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için hangi olanaklar mevcuttur ve nasıl kullanılacaktır bilinmelidir. Daha sonra amacı gerçekleştirmeye dönük girişimler sıralanır.

- *Aile ile birlikte karar verilen gereksinimlere göre sağlık eğitimi
- *Aile bireylerinin gereksinimi olan konularda danışmanlık
- *Ailenin gereksinimleri doğrultusunda evde hasta bakımı

Ev ziyaretleri uygulaması sırasında yukarıda belirtilen işlevlerden bir veya birkaçı bir arada verilebilir.

Ziyaretin Uygulanması Aşaması

Ziyaretin başlaması ziyaretin ilk ve tekrarlı oluşuna göre değişir.

İlk ziyaret ve önemi

Hemşire aile ile tanışmak, önceden topladığı verileri kontrol etmek ve planladığı hemşirelik girişimlerini uygulamak için ilk ziyaretini yapar. İlk ziyaret sonraki ziyaretleri etkilemesi bakımından önemlidir.

İlk ziyarette hemşire aile ile ilk defa karşılaştığında kendini tanıtarak ziyaretin amacını açıklamalıdır. Hemşire aileye iletişim bilgilerini verir. Hemşire bireylere doğrudan isimleri ile hitap etmelidir (Fatma hanım...). Aile, hemşireye çok soru sorabilir. Olumlu ilişkiler kurma yönünden bu sorulara kısaca cevap verilmelidir. Aile bölgeye yeni gelmişse bölge tanıtılmalı ve sunulan sağlık hizmeti hakkında açıklamalar yapılmalıdır.

İlk ziyarette aile bireylerine ilişkin olarak değişik kaynaklardan toplanan veriler, aile ile birlikte gözden geçirilir ve gerektiğinde düzeltmeler yapılır. Eğer kayıtlar yok ise çıkarılır. Daha sonra hemşire tarafından gözlem yapılarak eviz durumu gözden geçirilir. Sağlığa olumsuz etki eden durumlar varsa tespit edilir. İlk ziyarette tüm verileri toplamak mümkün değildir. Daha sonraki ziyaretlerde veri toplamaya devam edilir.

Hemşire girişimlerini tamamladıktan sonra bir sonraki ziyaret gününü, saatini ve ziyaret konusunu aile ile birlikte kararlaştırarak ziyaretini bitirir.

Tekrarlı ziyaretler

Bir önceki ziyarette hemşire geleceği günü ve saati aile ile birlikte tespit ettiği için, aile hemşireyi bekler. Hemşire belirlenen gün tekrar eve gelir. Aile üyeleri ile ilgili gelişmeleri saptamak ve bir önceki ziyaretlerin sonuçlarını değerlendirmek amacı ile kısa bir sohbet yapılır. Yeni veriler varsa toplar. Ziyaretin konusu daha önemli sağlık sorununun ortaya çıkmasıyla değişebilir. Yoksa eğer o gün için planladığı hemşirelik girişimlerini uygular.

Ziyaretin Bitirilmesi Sırasında Dikkat Edilecekler

Tüm uygulamalar tekrar gözden geçirilir ve üzerinde durulması gerekenler vurgulanır. Mevcut sorunlar ve gelecekte oluşabilecek sorunlar tartışılır. Bunların çözümlenebilmesi için birlikte karar alınır ve öncelikler sıralanır.

Bir sonraki ziyaret günü, saati ve konusu aile ile birlikte belirlenerek evden ayrılır. Bir sonraki ziyaret günü için hemşire ya da ailenin acil işi çıkarsa bunu birbirlerine haber verirler.

Ziyaret Raporu Yazılırken Dikkat Edilmesi Gerekenler

Ziyaret raporu (değerlendirme) aynı gün içinde kayıt edilmelidir. Önce bir önceki ziyaretin değerlendirilmesi yazılacak. Belirlenen amaca ulaşıp ulaşılmadığı, gelişmeler, hemşire-aile etkileşimi nasıldı? Beklenen davranış değişiklikleri var mı? Kayıt edilmelidir. Sorunun çözümlenmesi ilk ziyaretlerde olmayabilir. Böyle durumlarda sorunun çözümü için o gün yapılan ve ileride yapılması planlanan işlevler, değerlendirilmelidir. Amaçlara ulaşılmadı ise yeniden ziyaretler planlanmalıdır. Bu yönüyle değerlendirme hem bir son hem de bir başlangıçtır.

Yeni veriler varsa bu verilerde değerlendirmeye eklenecek. Toplanan verilerden ya da önceki verilerden, birey ile birlikte belirlenen sorun yani bir sonraki ziyaretin konusu, günü ve saati yazılacak.

Aile ortamında oluşan herhangi bir değişim, yeni bir sağlık sorusunun ortaya çıkması veya ailelerin evde bulunamaması gibi nedenlerden dolayı o gün için belirlenen bakım planı uygulanamayabilir. Bu durumda değerlendirmeye yazılmalıdır (Biol, 2001; Bahar, 1998; Biol, 1990; Kubilay ve Öztekin, 1994)

Sorunun Çözümlenmemesinde Rol Oynayan Faktörler

- Aile bireylerinden sorunu tanımlamak için toplanan verilerin yetersiz olması.
- Sorunun çözümü için saptanan amaçların genel ve ölçülebilir olmaması.
- Saptanan amaçların ailenin beklentisine uymaması.
- Sorunların öncelik sırasının aile ve hemşire için farklı olması.
- Ailenin hemşire tarafından saptanan sorunların farkında olmaması.
- Aile bireyleri ile yeterli iletişim kurulamaması.
- Ziyaretin uygun zamanda yapılmaması.
- Ailede beklenmeyen başka sorunların ortaya çıkması (Bahar, 1998; Biol, 1990; Kubilay ve Öztekin, 1994)

4. Aile Bakım Planı Örneği

Hemşirenin adı soyadı

Ailenin adres bilgileri

Ailenin telefon numarası

Aile üyelerinin bağlı bulunduğu Aile Sağlığı Merkezi

Veri Toplama

İlk veriler, kayıtlardan (sağlık kuruluşu kayıtları gibi), toplum liderlerinden (muhtar, imam, öğretmen gibi) ve ilk tanışmada aileden toplanır. Toplanan ilk veriler aşağıdaki başlıklara göre (çevresel, ekonomik, kültürel ve aile üyeleri) yazılır. Aile bireyleri ile ilk görüşmede toplanan verilerin yazım işi bitirilir ve bu ilk veriler hiçbir zaman değiştirilmez.

Daha sonraki ziyaretlerde toplanan yeni veriler buraya yazılmayacak. Sonraki ziyaretlerde toplanan yeni veriler bakım planı çizelgesinde yer alan ziyaret raporuna (değerlendirme sütununa) yazılacaktır. Veri toplama işi bir süreçtir, aile ile her görüşmede devam eder ve ziyaret raporuna kaydedilir.

- 1- Ailenin çevresel verileri
- 2- Ailenin ekonomik durumuna yönelik verileri
- 3- Ailenin kültürel verileri
- 4- Aile üyelerinin tek tek verilerinin toplanması

4.1. Ailenin Çevresel Verileri - Öncelik Sırasına Göre Sorunlar - Bakım Planı Çizelgeleri

Ev ve çevresine ait tanıtıcı bilgiler, evin çevresinden başlanarak sağlığı tehdit eden durumlar bu başlığın altına yazılır. Ev içi ve evin çevresi fiziksel/biyolojik/psikososyal yönlerden değerlendirilir.

Veriler toplandıktan sonra, tekrar okunur ve sorun olarak görülen yerlerin altı çizilir. Çevresel verilerden çıkarılan MEVCUT VE OLASI SORUNLAR öncelik sırasına göre yazılır. Sorunların öncelik sırasına göre ziyaret tarihleri aile ile birlikte belirlenir ve bu tarihlerde ziyaretler yapılır. Ve bu tarihlere göre çevresel sorunların tek tek BAKIM PLANI ÇİZELGELERİ hazırlanır (Tablo 1). Her ziyarette bu sorunlardan bir ya da iki tanesi için görüşme yapılır.

Tablo 1. Çevresel Duruma Göre Bakım Planı Çizelgesi

Çevresel durum				Öğrenci hemşirenin ismi
TARİH	SORUN / PROBLEM	AMAÇ / HEDEF	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME/ZİYARET RAPORU
///.//.////	İlk ziyaret ise; kayıtlardan bulunan bir sorun	Sorunu çözmeye yönelik hedefler	Hedefleri gerçekleştirmeye dönük girişimler	Bu kısım ziyaret bittikten sonra doldurulacak. Ailenin yanında doldurulmayacak. Hemşirelik girişimlerinin sonucu yazılacak. Hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı yazılacak. Ulaşılmadıysa nedenleri açıklanacak. Bir sonraki ziyaretin tarihi ve konusu birey ile karar verildikten sonra buraya yazılacak.

4.2.Ailenin Ekonomik Durumuna Yönelik Verileri- Öncelik Sırasına Göre Sorunlar -Bakım Planı Çizelgeleri

Aileye giren ekonomik kaynaklar (maaş, varsa aldıkları yardım, bağ/bahçe, kira geliri gibi) ve ailenin giderleri buraya yazılır. Ailenin geliri, giderine denk mi değerlendirilir.

Veriler toplandıktan sonra, tekrar okunur ve sorun olarak görülen yerlerin altı çizilir. Ekonomik verilerden çıkarılan MEVCUT VE OLASI SORUNLAR öncelik sırasına göre yazılır. Sorunların öncelik sırasına göre ziyaret tarihleri aile ile birlikte belirlenir ve bu tarihlerde ziyaretler yapılır. Ve bu tarihlere göre çevresel sorunların tek tek BAKIM PLANI ÇİZELGELERİ hazırlanır (Tablo 2). Her ziyarette bu sorunlardan bir ya da iki tanesi için görüşme yapılır.

Tablo 2. Ekonomik Duruma Göre Bakım Planı Çizelgesi

Ekonomik durum				Öğrenci hemşirenin ismi
TARİH	SORUN / PROBLEM	AMAÇ / HEDEF	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME / ZİYARET RAPORU
///.//.////	İlk ziyaret ise kayıtlardan bulunan bir sorun	Sorunu çözmeye yönelik hedefler	Hedefleri gerçekleştirmeye dönük girişimler	Bu kısım ziyaret bittikten sonra doldurulacak. Ailenin yanında doldurulmayacak. Hemşirelik girişimlerinin sonucu yazılacak. Hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı yazılacak. Ulaşılmadıysa nedenleri açıklanacak. Bir sonraki ziyaretin tarihi ve konusu birey ile karar verildikten sonra buraya yazılacak.

4.3.Ailenin Kültürel Verileri- Öncelik Sırasına Göre Sorunlar -Bakım Planı Çizelgeleri

Aile yapısı, göç durumu, geleneksel uygulamaları, sağlığı algılama, sağlığı koruma davranışları, inanç uygulamaları, ebeveyn tutumları, kültürel beslenme durumları gibi veriler buraya yazılır.

Veriler toplandıktan sonra, tekrar okunur ve sorun olarak görülen yerlerin altı çizilir. Kültürel verilerden çıkarılan MEVCUT VE OLASI SORUNLAR öncelik sırasına göre yazılır. Sorunların öncelik sırasına göre ziyaret tarihleri aile ile birlikte belirlenir ve bu tarihlerde ziyaretler yapılır. Ve bu tarihlere göre çevresel sorunların tek tek BAKIM PLANI ÇİZELGELERİ hazırlanır (Tablo 3). Her ziyarette bu sorunlardan bir ya da iki tanesi için görüşme yapılır.

Tablo 3. Kültürel Duruma Göre Bakım Planı Çizelgesi

Kültürel durum		Öğrenci hemşirenin ismi		
TARİH	SORUN / PROBLEM	AMAÇ / HEDEF	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME/ZİYARET RAPORU
///.//.////	İlk ziyaret ise kayıtlardan bulunan bir sorun	Sorunu çözmeye yönelik hedefler	Hedefleri gerçekleştirmeye dönük girişimler	Bu kısım ziyaret bittikten sonra doldurulacak. Ailenin yanında doldurulmayacak. Hemşirelik girişimlerinin sonucu yazılacak. Hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı yazılacak. Ulaşılmadıysa nedenleri açıklanacak. Bir sonraki ziyaretin tarihi ve konusu birey ile karar verildikten sonra buraya yazılacak.

4.4.Aile Üyelerinin Tek Tek Verilerinin Toplanması

Yaşlı bireyin verileri ve sorunları, bakım planı çizelgeleri

Dış görünümü, hijyeni, beslenme, boşaltım, uyku düzeni, sosyal etkinlikleri, emeklilik durumu, daha önce çalışma durumu, herhangi bir hastalık durumu, kullandığı ilaçlar, alışkanlıkları, sigara, alkol, kaza öyküsü, depresyon, demans vb. ruhsal hastalık durumu, aile içi ilişkileri değerlendirilir.

Babanın verileri ve sorunları, bakım planı çizelgeleri

Dış görünümü, hijyeni, beslenme, boşaltım, uyku düzeni, sosyal etkinlikleri, emeklilik durumu, daha önce çalışma durumu, herhangi bir hastalık durumu, kullandığı ilaçlar, alışkanlıkları, sigara, alkol, kaza öyküsü, depresyon, demans vb. ruhsal hastalık durumu, aile içi ilişkileri, iş sorunları ve baş etme yolları değerlendirilir.

Annenin verileri ve sorunları, bakım planı çizelgeleri

Üreme sağlığı ve öyküsü, dış görünümü, hijyeni, beslenme, boşaltım, uyku düzeni, sosyal etkinlikleri, emeklilik durumu, daha önce çalışma durumu, herhangi bir hastalık durumu, kullandığı ilaçlar, alışkanlıkları, sigara, alkol, şiddet, kaza öyküsü, depresyon, demans vb. ruhsal hastalık durumu, aile içi ilişkileri, çalışıyor ise iş sorunları ve baş etme yolları değerlendirilir.

Birinci çocuğun verileri ve sorunları, bakım planı çizelgeleri oluşturulur

En büyük çocuğu adölesan olursa; Dış görünümü, hijyeni, beslenme, boşaltım, uyku düzeni, sosyal etkinlikleri, çalışma durumu, herhangi bir hastalık durumu, kullandığı ilaçlar, alışkanlıkları, sigara, alkol, şiddet, kaza öyküsü, depresyon vb. ruhsal hastalık durumu, aile içi ilişkileri, çalışıyorsa iş

sorunları ve baş etme yolları, kimlik karmaşası, gelecek kaygısı, arkadaş ilişkileri, okul başarısı değerlendirilir.

İkinci çocuğun verileri ve sorunları, bakım planı çizelgeleri oluşturulur

İkinci çocuk okul çağında olursa; Dış görünümü, hijyeni, beslenme, boşaltım, uyku düzeni, sosyal etkinlikleri, çalışma durumu, herhangi bir hastalık durumu, kullandığı ilaçlar, bulaşıcı hastalık durumu, alışkanlıkları, sigara, şiddet, kaza öyküsü, depresyon vb. ruhsal hastalık durumu, aile içi ilişkileri, ihmal/istismar durumu, arkadaş ilişkileri, okul başarısı değerlendirilir.

Üçüncü çocuğun verileri ve sorunları, bakım planı çizelgeleri oluşturulur

Üçüncü çocuk oyun çağında olursa; Dış görünümü, hijyeni, beslenme, boşaltım, uyku düzeni, sosyal etkinlikleri, herhangi bir hastalık durumu, kullandığı ilaçlar, bulaşıcı hastalık durumu, şiddet, kaza öyküsü, depresyon vb. ruhsal hastalık durumu, aile içi ilişkileri, ihmal/istismar durumu, arkadaş ilişkileri, büyüme gelişmesi, oyun gereksiniminin karşılanma durumu değerlendirilir.

Dördüncü çocuğun verileri ve sorunları, bakım planı çizelgeleri oluşturulur

Dördüncü çocuk 0-1 yaş grubunda olursa; Dış görüntü, hijyeni, beslenme, boşaltım, uyku düzeni, herhangi bir hastalık durumu, kullandığı ilaçlar, büyüme gelişmesi, konak, pişik, ateş vb ihmal istismar yönünden değerlendirilir.

Varsa aile ile birlikte yaşayanların (HALA, TEYZE, ...) verileri ve sorunları, bakım planı çizelgeleri oluşturulur

Aile bireylerinin verileri toplandıktan sonra, tekrar okunur ve sorun olarak görülen yerlerin altı çizilir. Verilerden çıkarılan MEVCUT VE OLASI SORUNLAR öncelik sırasına göre yazılır. Sorunların öncelik sırasına göre ziyaret tarihleri bireyler ile birlikte belirlenir ve bu tarihlerde ziyaretler yapılır. Ve bu tarihlere göre aile bireylerinin sorunlarının tek tek BAKIM PLANI ÇİZELGELERİ hazırlanır (Tablo 4 ve Tablo 5). Her ziyarette bu sorunlardan bir ya da iki tanesi için görüşme yapılır. Her bireye ayrı bakım planı hazırlanır.

Tablo 4. Bireyin Sağlık Sorununa Göre Bakım Planı Çizelgesi (İlk Ziyaret)

Bireyin ismi	Öğrenci hemşirenin ismi			
TARİH	SORUN / PROBLEM	AMAÇ / HEDEF	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME / ZİYARET RAPORU
07.09.2021	İlk ziyaret ise kayıtlardan bulunan bir sorun	Sorunu çözmeye yönelik hedefler	Hedefleri gerçekleştirmeye dönük girişimler	Bu kısım ziyaret bittikten sonra doldurulacak. Ailenin yanında doldurulmayacak. Hemşirelik girişimlerinin sonucu yazılacak. Hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı yazılacak. Ulaşılmadıysa nedenleri açıklanacak. Bir sonraki ziyaretin tarihi (18.09.2021) ve konusu birey ile karar verildikten sonra buraya yazılacak.

Tablo 5. Bireyin Sağlık Sorununa Göre Bakım Planı Çizelgesi (İkinci Ziyaret)

Bireyin ismi

Öğrenci hemşirenin ismi

TARİH	SORUN / PROBLEM	AMAÇ / HEDEF	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME / ZİYARET RAPORU
18.09.2021	İlk ziyarette belirlenen konu buraya sorun olarak yazılır.	Bu sorunu çözmeye yönelik hedefler	Hedefleri gerçekleştirmeye dönük girişimler	Bu kısım ziyaret bittikten sonra doldurulacak. Ailenin yanında doldurulmayacak. Geçen haftanın yani ilk ziyaretin değerlendirmesi yazılacak. Son durum ne oldu. Yeni veriler buraya yazılacak. Daha sonra bugünkü ziyaretin; Hemşirelik girişimlerinin sonucu yazılacak. Hedeflere ulaşıp ulaşılmadığı yazılacak. Ulaşılmadıysa nedenleri açıklanacak. Bir sonraki ziyaretin tarihi ve konusu birey ile karar verildikten sonra buraya yazılacak.

5. Tek Başına Yaşayan Bir Bireyin Bakım Planı Örneği

Bireyin bakım planı aşağıdaki şekilde kısaltılarak rapor haline getirilmiştir.

Gül hanım, 61 yaşında, 60 kg ve 1.60 cm boyunda, tek başına yaşayan bir bayandır. İlkokul mezunu olup çalışmamaktadır. Tek geliri eşinden kalan emeklilik maaşındır. Toplam iki kez gebe kalmış ve iki canlı doğum yapmıştır. İlk doğumunu 38, ikinci doğumunu da 40 yaşında yapmış. Çocuklarını sütü az olduğundan dolayı iki ay emzirebildiğini ifade etti. Kendi kendine meme muayenesini (KKMM) duyduğunu fakat yapmadığını belirtti. jinekoloji öyküsünde kanama, ağrı gibi şikayetleri yok. Pap smear testini 4 ay önce yaptırdığını ifade etti.

Gül hanım günlerinin ev temizliği, ev işleri, alışveriş gibi işler ile geçtiğini ifade etti. Sosyal faaliyet olarak kadın günleri olduğunu söyledi.

Sağlığı koruma ve geliştirmeye yönelik herhangi bir uygulamalarının bulunmadığını, hastalandığı zaman sağlık kuruluşuna gittiğini ifade etti.

Özgeçmişinde herhangi bir tanımlanmış hastalık öyküsü bulunmamıştır.

Soygeçmişinde ise teyzesi meme kanseri nedeniyle vefat etmiş.

Öncelik sırasına konan sorunlar;

- 1- Kendi kendine meme muayenesini bilmemesi
- 2- Kendi kendine meme muayenesini yapmama riski
- 3- Meme kanseri riski

Tablo 6. Bireyin Sağlık Sorununa Göre Bakım Planı Çizelgesi**Gül ÇELİKDÖVEN****Hemşire Zeynep GÜNSU**

TARİH	SORUN	AMAÇ	HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME (ZİYARET RAPORU)
21.09.2021	Kendi kendine meme muayenesini (KKMM) bilmemesi	Kendi kendine meme muayenesini bildiğini yaparak gösterebilmesi	*Kendi kendine meme muayenesi hakkında eğitim verilecek. *Meme maketi üzerinde kendi kendine meme muayenesi gösterilecek. *Kadına meme maketi üzerinde uygulama yaptırılacak *Kendisi üzerinde kendi kendine meme muayenesi uygulanacak. *Meme muayenesini yapma konusunda düşünceleri öğrenilecek *Mamografi çekimi için Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezine (KETEM) yönlendirilecek	-Gül hanım kendisinde her hangi bir hastalık olamayacağını ve kendisini iyi hissettiğini ifade etti. - Gül hanım meme muayenesini kendi üzerinde dairesel yöntemle yapabildi. - Meme muayenesini düzenli olarak yapma konusunda mamografi yaptırsa eğer meme muayenesine gerek kalmayacağını düşündüğünü söyledi. Mamografi yaptırmak için yarın KETEM'e gideceğini söyledi. Gül hanımla birlikte 18.10.2021'de saat 10.00'da "meme muayenesini düzenli bir şekilde yapmanın önemi" konusunda görüşülmeye karar verildi.
18.10.2021	Meme muayenesini düzenli bir şekilde yapmama riski	-KKMM'ni ayda bir düzenli olarak yapması (yapacak) -Altı ay sonra düzenli KKMM yapma alışkanlığı kazanması (veya kazanacak)	-Mamografi sonucu değerlendirilecek -KKMM'sinin önemi ve yapmadığı durumlarda karşılaşılabileceği durumlar tartışılacak. -Altı ay içinde alışkanlık kazanması için KKMM ayda bir birebir yaptırılacak -Banyoya ya da yatak odasına hatırlatıcı takvim asılacak -KKMM yapıp yapmadığı her ay kontrol edilecek -Grup (deneyim paylaşım) toplantıları yapılacak -Öğrendiklerini başkalarına öğretmesi için fırsat verilecek	- Mamografi yaptırmış, bir sonraki mamografiye kadar filmi saklayacak. Mamografi sonucunun temiz çıktığı söylenmiş. -Birebir muayene teklifini kabul etti. - Muayeneyi yatak odasında yapacak. Hatırlatıcı takvim yatak odasına asıldı. -Komşuları ile KKMM konusunda görüşmeler yapacağını söyledi. 09.11.2021 tarihinde saat 10'da serviks kanseri konusunda ev ziyareti yapılacak. Not: Bu şekilde sorunlar oldukça buraya yazılarak, plan yapılıp devam edecek.

Kaynakça

- Akgün R, Polat Uluocak G. (2010). Evlilikte Etkili İletişim ve Problem çözme: Bir Toplum Merkezindeki Kadınlarla Gerçekleştirilen Grup Çalışması. *Aile ve Toplum. Eğitim Kültür ve Araştırma Dergisi*. ISSN:1303-0256. Yıl:11 Cilt:6 Sayı:23 Ekim - Kasım – Aralık, s:9-21
- Aksayan S, Cimete G. Evde Bakım Kavramı. 24-26 Eylül 1998. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. Marmara Üniversitesi. İstanbul, s:1-5.
- Aktaş Mavili A. Türkiye’de Kadın Sağlığını Etkileyen Sosyo-Ekonomik Faktörler ve Yoksulluk. *Aile ve Toplum. Eğitim Kültür ve araştırma dergisi*. ISSN:1303-0256. Yıl:9 Cilt:3 Sayı:12 Nisan - Mayıs – Haziran 2007 s:65-72
- Bahar, Z. (1998). Aile ve Aile Hemşireliği Süreci, Erefe I (Ed), *Halk Sağlığı Hemşireliği El Kitabı* (s. 126-135), 1.baskı, İstanbul: Vehbi Koç Yayınları.
- Başalan İz F, Bayık Temel A. (2009). Hemşirelikte Kültürel Yeterlik. *Aile ve Toplum* . T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Eğitim - *Kültür ve Araştırma Dergisi* Yıl : 11 • Cilt: 5 • Sayı: 17 Nisan - Mayıs - Haziran s:51-56
- Bertan, M. ve Güler, Ç. (1997). *Halk Sağlığı Temel Bilgiler*, 2.Baskı, Ankara.
- Biol L (1990) *Hemşirelik Süreci*, 2.Baskı, Ankara: Şafak Matbaacılık s:182-196
- Çam O, Babacan Gümüş A. (2006). Meme ve serviks kanserinde erken tanı davranışlarını etkileyen psikososyal faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 22(1):81-93.
- Çayır Y. (2013). Birinci Basamakta Evde Sağlık Hizmetleri: Neler Yapabiliriz? Derleme / Review Article. *Dicle Tıp Dergisi*, 40 (2): 340-344
- Ertem G. (2010). Jinekolojik kanserlerde evde bakım. *Türk Onkoloji Dergisi*, 25:124-132.
- Fadıloğlu Ç. (2004). Evde Bakım. I. Uluslararası Katılımlı Evde Bakım Kurs Kitabı. 11-12 Kasım 2004. (Ed. Prof.Dr. Çiçek Fadıloğlu, Yard.Doç.Dr. Gül Erten). ISBN:975-98618-1-X. Ege Üniversitesi Basımevi Bornova-İZMİR, 2004:1-8.
- Kanbur A, Çapık C. (2011). Servikal Kanserden Korunma, Erken Tanı-Tarama Yöntemleri ve Ebe/Hemşirenin Rolü. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, s:61-72
- Karataş, N. (2000). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Durumu: *Toplum ve Hekim Dergisi*, 15:174-177.
- Karayurt Ö, Coşkun A, Cerit K. (2008). Hemşirelerin Meme Kanseri ve Kendi Kendine Meme Muayenesine İlişkin İnançları ve Uygulama Durumu. *J Breast Health*, 4:15-20.
- Kubilay, G. ve Öztekin Z. (1994). *Toplum Sağlığı ve Hemşireliği*, Ankara: Somgür Yayıncılık. 184-201.
- .Hitchcock J.E, Schubert P.E, Thomas S.A (1999) *The Home Visit Community Health Nursing Caring in Action*, U.S.A, An International Thomson Publishing Company, s:339
- Oktay S, Özcan C, İlik B, Ersoy K, Emiroğlu N, Saatçi E, Durgun B. Evde bakım kavramı, Multisektörel, Multidisipliner Yaklaşım. 24-26 Eylül 1998. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı. Marmara Üniversitesi. İstanbul, s:21-41.
- Öztekin Z, (1996) *Sağlık Ocağı İşlevleri ve Yönetimi*, 5.baskı, Ankara: T.C Sağlık Bakanlığı, Cem Web. Ofset Ltd. Şti, s:131
- Sungur, G. (2012). Kronik hastalıklarda kültürel yaklaşım. Seviğ Ü. ve Tanrıverdi G. (Ed), *Kültürlerarası Hemşirelik* (s.181-199), İstanbul: Tıp Kitabevi.
- Şentürk, S E. (1990). *Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi*, 5. Baskı, İstanbul: Can Kitapçılık Pazarlama Yayınları.
- Şentürk Ü. (2008). Aile Kurumuna Yönelik Güncel Riskler. *Aile ve Toplum* . T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Eğitim - *Kültür ve Araştırma Dergisi* Yıl : 10 • Cilt: 4 • Sayı: 14 Nisan - Mayıs - Haziran s:7-28
- Türkleş S., Yılmaz M., Özcan A. Öncü E. Karataş B. (2013). Kadınlarda Ruh Sağlığını Ve Aile İşlevlerini Etkileyen Etmenler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 16:3:154-161.
- Yıldırım S, Gürkan A. (2010). Psikososyal açıdan kanser ve psikiyatri hemşiresinin rolü. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 26:87-97.
- Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanılmaz D, Erdem S. Sağlık Hizmetinin Alternatif Bir Sunum Şekli Olarak Evde Hasta Bakımı. Derleme. *İstanbul Tıp Derg - İstanbul Med J* 2010;11(3):125-132

YAZAR

Dr. Öğr. Üyesi Rahşan KOLUTEK

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD

rahsan.kolutek@nevsehir.edu.tr

ORCID: 0000-0003-2043-0393

1999'de Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik YO'dan mezun olmuştur. 2004'de Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalından bilim uzmanlığı unvanını almıştır ve Doktora eğitimini 2014'de aynı enstitünün Halk Sağlığı Hemşireliği programında tamamlamıştır. 2000-2014 yılları arasında Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesinde okutman olarak görev yapmıştır. 2014 yılından bu yana Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Halk Sağlığı Hemşireliği ABD'da Dr.Öğr.Üyesi olarak görev yapmaktadır.



İNSAN KAVRAMI HUMAN CONCEPT

Nilay ÇAKICI

Özet

Yaşamın temel unsuru insandır. İnsan ve insana dair her türlü bilgi özellikle malzemesi insan olan mesleklerin, hizmette kaliteyi sağlamak ve gelişim sağlamak için profesyoneller tarafından çok iyi kavranmalıdır. Fakat insan kavramı oldukça geniş ve kapsamlı bir konu olmakla birlikte karmaşık ve de oldukça önem gösterilmesi gereken bir kavramdır. İnsanoğlu tarih boyunca kendini tanımaya çalışmış ancak son 30 bin yıllık süreçte gelişim gösterebilmiştir. İnsan, edindiği genetik özelliklerle iç ve dış çevresiyle etkileşim sonucunda gelişen ve değişen bedensel, ruhsal, sosyal ve kültürel boyutları olan bir varlıktır. Kabul edilen en kapsamlı yaklaşım bireyin tüm boyutlarına yönelik bütüncül yaklaşımdır. İnsan temel özellikleri bulunan, psikososyal ve kişilik gelişim dönemleri olan, toplumsal kimliğin oluşmasında anahtar rol oynayan bir kavramdır. Bu nedenle insanla çalışan tüm mesleklerin bu kavramı iyi tanımalı ve insanı her yönüyle ele alabilmelidir. İnsan kavramında kimlik, cinsiyet, toplumsal cinsiyet, şiddet, sevgi, ayrımcılık, tutum ve değerler, insanın zekası, ilişkiler ve din de önemli etkileri olan kavramlardır. Bu kavramların insanı nasıl etkilediği veya insandan nasıl etkilendiğini kavramak insanı anlamak ve tanımak için önemli bir adım olacaktır. Bütün bu kavramların kendi içerisinde etkilendiği ve etkilendiği biyolojik, fiziksel, sosyal, psikolojik, politik ve ekonomik faktörler yer alabilmektedir. Bu nedenle insan kavramında olduğu gibi insan kavramı etkileyen durumların da her yönüyle incelenmesi ve bilinmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: İnsan, kavram, insan kavramı

Abstract

The basic element of life is human. All kinds of information about people and people, especially professions whose material is human, should be well understood by professionals in order to ensure quality in service and to ensure development. However, although the concept of human being is a very broad and comprehensive subject, it is a complex concept that should be given great importance. Mankind has tried to know itself throughout history, but has been able to develop in the last 30 thousand years. Human is an entity with physical, mental, social and cultural dimensions that develop and change as a result of interaction with the internal and external environment with the genetic characteristics acquired. The most comprehensive approach accepted is the holistic approach that addresses all dimensions of the individual. Human is a concept that has basic features, has psychosocial and personality development periods, and plays a key role in the formation of social identity. For this reason, all professions working with people should know this concept well and be able to deal with people in all aspects. Identity, gender, gender, violence, love, discrimination, attitudes and values, human intelligence, relationships and religion are also concepts that have important effects in the concept of human. Understanding how these concepts affect or are affected by people will be an important step in understanding and getting to know people. There may be biological, physical, social, psychological, political and economic factors that all these concepts affect and are affected by. For this reason, as in the concept of human, it is necessary to examine and know the situations that affect the concept of human in all aspects.

Key Words: Human, concept, human concept

1. İnsan Tanımı

Fizyolojik açıdan, milyonlarca hücreden oluşan karmaşık bir organizma olarak tanımlanan insan (Akça Ay 2010), dünyanın her yerinde yaşayabilen, sosyalleşen, toplumsallaşabilen, kültür oluşturabilen bir çeşit memeli hayvan grubudur.

İnsanın Temel Özellikleri:

- Toplumsal bir varlıktır
- Fiziksel, psikolojik, sosyal ve kültürel bir varlıktır.
- Açık bir sisteme sahiptir
- Her insan eşsizdir.
- Doğuştan gelen özelliklerin yanı sıra aile, çevre, eğitim gibi faktörlerden etkilenecek farklı özelliklere sahiptir.
- Her insan kendine özgü inanç, tutum, yetenek, algılama ve değer yargısına sahiptir.
- Dinamik bir yapısı vardır.
- Kültürün hem bir parçası hem de taşıyıcısıdır.
- Davranışlarını değiştirebilme özelliği vardır. (Akça Ay 2010)

2- Tarihte İnsan

İnsanlar 2.5 milyon yıllık tarihinde taşlardan kesici parçalar oluşturmanın dışında bir şey başaramazken son 30 bin yıllık dönemde çok hızlı bir gelişim sürecine girmiştir. (Gedik 2021)

Sosyal alandaki gelişmeler de yine bu yıllardan itibaren gelişmeye başlamıştır. Yaratıcılık fikri oluşmaya başlamış ve bunu sembolize eden doğurgan kadın heykelleri yapılmıştır. İlk toplumsallaşma hareketleri 10 bin yıl önce başlamıştır. Bu hareket ilk olarak Sümerler tarafından yazının da keşfedilmesiyle olmuştur. Bu sayede insanlar düşündüklerini ve konuştuklarını nesilden nesile aktarma fırsatı bulmuştur. Sümerler düşünce ve yaşayış tarzlarını kil tabletler üzerine çiviyle kazıyarak günümüzde geçmişin tasarlanmasında en önemli bilgi kaynağını oluşturmuşlardır. (Kramer 1962)

3. Psikososyal Gelişim (Gelişim Teorileri)

3.1. Kişilik Gelişimi

Kişilik gelişimi gelişim alanları içerisinde üzerinde en fazla araştırma yapılanlardan birisidir.

Bununla birlikte genel olarak, bir bireye özgü olup diğer bireylerden onu ayıran davranış özelliklerinin kişiliği oluşturduğu bilinmektedir. Kişilik gelişimi alanında çalışan Freud, gibi bazı psikologlar, bu gelişimin farklı dönemleri olduğunu kabul etmektedir (Erdem, Akman 2001).

3.2. Freud ve Psikoseksüel Gelişim Dönemleri

Freud'a göre her insan farklı yaş gruplarında farklı kişilik özellikleri gösterirler. "Psikoseksüel gelişim dönemleri" olarak adlandırılan bu gelişim 5 dönemde kendini göstermektedir.

Oral Dönem: İnsanların bağımlılık ve güven duygusuyla ilişkili özelliklerini bu dönemdeki bakımın etkilediği savunulmaktadır. Örneğin annesi tarafından yeterince beslenemeyen veya kendi başına beslenebilecekken uzun süre emzirilen bebeklerde bağımlı ve güvensiz kişilik özellikleri oluşmaya başlar.

Anal Dönem: Bu dönemde annenin amacı çocuğa tuvalet eğitimi vermek, kendini kontrol etmeyi ve yetişkinlerin koydukları kurallara uymasını öğretmektir. Bu dönemde çocuklar üzerinde katı ve

baskıcı bir yaklaşım benimsenmesi ya da tamamen başıboş bırakma bağımsızlık duygusunun gelişmesini geciktirebilmektedir.

Fallik Dönem: Bu dönemde cinsel kimlik gelişmeye başlar. Çocuk cinsiyetinin farkına varır ve bununla ilgili merakını gidermeye çalışır. Ancak bu merak yüzünden çocuk cezalandırılırsa veya kınanır, utandırılırsa yetişkinlik döneminde biyolojik cinsiyetine uygun cinsel kimlik özelliği göstermeyebilir.

Latans Dönem: Freud'a göre latent ve genital dönemin kişilik üzerine etkileri diğer dönemden daha azdır. Latent dönem çocuğun ilkököl yıllarına denk gelmektedir. İlk üç dönemde geliştirilen özellikler bu dönemde pekiştirilmesi yapılır.

Genital Dönem: Çocuk kişiliğinin yetişkin kişiliğe dönüştüğü ve daha çok sosyal çevreden etkilenen ergenlik dönemidir (Erdem,Akman 2001).

3.3. Freud'un Kişilik Yaklaşımı

Kişinin zihinsel yapısının psikolojik bir gerçek olarak dış dünyaya yansıdığını, toplumun koyduğu kurallarla sınırlanan psikolojik davranış amaçlarının bir kişilik ürünü olarak gözlenebilir duruma geldiğini belirtmiştir. Freud böyle bir yaklaşımla üç tür kişilik ögesi tanımlamıştır. Bunlar birbirleriyle sürekli etkileşim halindedir.

İd (İlkel Benlik): Freud'a göre id, insanın ilkel zihin yapısıdır. İd doğuştan gelen içgüdü olarak kabul edilmektedir. İd, haz ilkesi'ne göre çalışır. İd ilkesinde özellikle fiziksel gereksinimlerin anında giderilmesi gerekmektedir.

Ego (Benlik): Ego kişiliğin bilinçli yönüdür. Egonun id'i denetleyerek ve bilinçdışı kıldığı savunulmaktadır. Gücünü id'den alır.Ego'nun görevi kendi içinde ve dışında uyum sağlamaktır.

Süperego (Üstbenlik): Doğuştan gelmeyen ve kişilik gelişimi ile kendini gösteren süperego içimizdeki yargılayıcı benliktir. Toplumsal hayatta bireyin nasıl davranması gerektiğinin belirleyicisi durumundadır (Silah 2005).

3.4. Erikson ve Psiko-Sosyal Gelişim

Erikson'a göre kişilik gelişimi doğuştan gelen bazı özelliklerin yanı sıra sosyal çevreden de etkilendiğini savunmaktadır. Epigenetik olarak adlandırılan gelişim evreleri aşağıdaki belli zaman dilimlerine göre tanımlanmıştır.

Bebeklik Dönemi (0-1 yaş): Temel güven duygusu yaşamda kazanılan ilk olumlu duygudur. Bu güven duygusu bebek tarafından yeterince alınırsa bebeğin bilişsel ve duygusal olarak gelişimi de olumlu yönde etkilenir. Bu güven duygusunu sağlayan en önemli uyarıcı ise anne-bebek ilişkisidir.

Okulöncesi Dönem (2-6 yaş): Bu dönemde çocuğun kendi başına yürümeye ve konuşmaya başlamasıyla birlikte bağımlılığı azalmıştır. Çocuğa kendini kontrol etme olanağını vermek, özerklik duygusunun gelişmeye başlamasını sağlayacaktır. Cinsiyet farklılıkları da bu yaşta keşfedilir.

İlkokul Dönemi (7-11 yaş): Bu dönemde çocukların takdir edilme ve beğenilme gereksinimleri oluşmaktadır.

Ergenlik Dönemi (12-17 yaş): Çocukluk döneminden yetişkinlik dönemine geçiş evresidir. Bu dönemdeki bilişsel ve zihinsel gelişimler, dış dünyayı algılamada ve bu algılamaya karşılık verilen tepkilerde değişiklikler gözlenir.

Yetişkinlik Dönemi: Erikson'un üreticilik kavramının en çok yaşandığı orta yaş dönemidir. Olgunluk Dönemi: Bu dönemde artık insanlar bir bütün olarak kimliğine uygun yaşam biçimine sahiptir (Erdem,Akman 2001)

4. Kişiliği Oluşturan Temel Faktörler

1. Genetik Faktörler: Kişilikle ilgili yaklaşımların çoğunluğunda, kişiliğin davranışsal niteliklerinin açıklanabilmesi, kalıtsal ve psikolojik özelliklere dayandırılmıştır
2. Çevresel Faktörler: Kişiliğin gelişiminde toplumsal çevrenin etkisinin doğumdan önce başladığı vurgulanmaktadır.
3. Kültürel Faktörler: Her insan içinde bulunduğu kültürden etkilenir ve etkiler. Kültür çocuğa neler öğretilmesi gerektiğini veya neler öğretilmemesi gerektiğini belirler.
4. Aile Faktörü: Kişiliğin gelişmesinde aile ve çocuk etkileşiminde toplumsallaşma süreci önem kazanmaktadır. İnsan sosyal ve sürekli ihtiyaçları olan bir varlıktır. Bu ihtiyaçlarını karşılamak için çevresiyle sürekli etkileşim ve iletişim içinde olmak zorundadır.(Silah, 2005)

Maslow teorisi: Bu teori insanın gereksinimlerine göre hiyerarşik olarak oluşturulmuştur. Bireyin kişilik gelişiminin, o an için baskın olan ihtiyaç kategorisinin niteliği tarafından şekillendiğini göstermektedir.

Maslow, gereksinimleri şu şekilde kategorize etmektedir:

- Fizyolojik gereksinimler
- Güvenlik gereksinimi
- Ait olma gereksinimi
- Sevmeye ve sevilme gereksinimi
- Saygınlık gereksinimi
- Kendini gerçekleştirme gereksinimi (Maslow, 1943)

5. Kişilik ve Toplumsal Kimlik

“Toplumsal kişilik” toplumdaki bireylerin kendi kişiliklerinin tamamıdır ve toplamıdır. Toplumsal kişilik her toplumun kendine özgü ve diğer toplumlardan ayıran bir özelliğidir. Ayrıca bu özellik toplumun yapısıyla birlikte zaman içerisinde değişime uğrayan dinamik bir yapıya da sahiptir (Doğan, 2000).

Sosyalizasyon Süreci

İnsan davranışlarının temeli öğrenmeye dayanmaktadır. İçgüdüsel davranışlar çok azdır. İnsanlar doğumdan itibaren önce aile içerisinde daha sonra içinde bulunduğu toplumda dil, din, yaşam tarzı gibi kalıpları öğrenir, pekiştirir ve kendisinden sonra gelen nesillere aktarır. Devamlılığı olan bu sürece sosyalizasyon yani toplumsallaşma denir (Özkalp 2010).

6. İnsan Kavramı Kapsamında Cinsiyet, Şiddet, Sevgi ve İlişkiler

6.1. İnsan ve Cinsiyet

Cinsiyet erkek yada dişi olma durumu; bireye, farklı üreme özellikleri olan ve erkekle dişiyi ayırt ettiren biyolojik özellikler şeklinde tanımlanabilir (TDK, 2020). Daha geniş anlamda biyolojik olarak cinsiyet, kişinin kadın ya da erkek olarak fiziksel ve biyolojik özelliklerinin bütünüdür.

Toplumsal cinsiyet ise toplumun verdiği rol ile şekillenen, bireylerin görev ve sorumlulukları, toplumun bireyi nasıl gördüğü, onu nasıl algıladığı ve ondan beklentilerini tanımlayan bir kavramdır (Üner, 2008). Toplumsal kimlik, kişinin kültürel, toplumsal rolü, ruhsal-işsel algılaması olarak

tanımlanmaktadır. Biyolojik cinsiyet doğuştan gelen bir özellik olmasına karşın toplumsal cinsiyeti kültür belirler. Toplumsal cinsiyet genellikle biyolojik cinsiyetle uyumludur. Fiziksel görünüm, kıyafetler, karakterler, konuşma biçimi, sosyal davranışlar, ilişkiler, hatta yürüyüş şeklinde ortaya çıkar.

Cinsel kimlik, kişinin kendisini psikolojik olarak kadın ya da erkek hissetmesidir. Tanımdan da anlaşılacağı gibi biyolojik durum hiçbir şekilde bunu desteklemezken bireyin kendisini bir cinsiyette hissetmesi de mümkündür. Kişinin ait olduğunu hissettiği kimliktir. Her ikisi, hiçbiri ya da diğer bir cinsiyette hissetme de cinsel kimlik tanımı içerisine girmektedir. Cinsiyet kavramı aşağıdaki nedenlerle sağlık personelinin yakından ilgilendirmektedir:

- Cinsiyet Başarıyı Etkiler (Erdem ve Akman, 2001).
- Cinsiyet Ekonomik Güç Üzerinde Etkilidir (Pekin 2000).
- Cinsiyet faktörü, sağlık üzerinde önemli bir değişken olarak kabul edilmektedir (Mıhçıokur, 2008).

6.2. İnsan ve Şiddet

Dünya Sağlık Örgütü tarafından, şiddet; gücün ya da fiziksel kuvvetin, tehdit yoluyla ya da gerçekte; fiziksel zarar, ölüm, psikolojik zarar gelişme engeli ya da yoksunluğuna neden olacak şekilde; kendine ya da bir başkasına, bir gruba veya bir topluma karşı niyetli bir biçimde kullanılması olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2002).

Bütün dünyada hem çocuk hem de yetişkin olarak erkekler kadınlardan daha saldırgan olmak eğilimindedirler. Erkek çocuklar kızlardan daha fazla dövüşmekte ve saldırganlık içeren konular düşlemektedirler. Erkekler ayrıca amaçlarına ulaşmak için fiziksel güç kullanmaya da kızlardan daha yatkındırlar. Irza geçme, eş dövme, şiddete dayalı suç istatistikleri bu gerçeği yansıtmaktadır (Taylor 2007).

Nedenleri: Şiddetin tek bir nedeni yoktur. Şiddetin nedeni olarak genelde pek çok faktörün bir arada olmasına ilişkin bir kanı vardır. Sosyal öğrenme, psikanalitik kuram ve biyolojik kuramlar şiddetin nedenlerini açıklamaya çalışmıştır. Ailevi, bireysel, çevresel ve toplumsal pe çok faktörle şiddet arasında anlamlı bir ilişki olmasına karşın bunların şiddet nedeni olarak saymak yanlış olur.

6.3. İlişkilerde İnsan

Doğumdan ölüme ilişkiler insan yaşamının merkezindedir. Yaşamın ilk gününden başlayarak bir bebeğin hayatta kalması başka insanlara bağlıdır. Bu nedenle anne-babaları ya da diğer bakıcılarıyla duygusal bağlar geliştirirler. Düzenli temasta buldukları herhangi bir kişiye bağlanabilecekleri gibi, genellikle bağlandıkları kişiler anne ve babalarıdır.

İnsanın zamanla toplumsal gereksinimleri çeşitlenir ve karmaşıklaşır. Eğlence, yardım alma, cinsel zevkleri paylaşma, güçlü hissetme veya kabul görmek için insanlarla ilişkiler kurmak zorunda kalırız (Taylor, 2007).

6.4. Meslek Gruplarında İnsan İlişkileri:

Meslek, bireylerin buldukları sınıf içerisinde yerini belirlemekte en önemli etkenlerden biridir. Sınıf kavramıyla ilişkili olan eğitim düzeyi, gelir düzeyi, yaşam standartları gibi bir çok kavram meslek ile de ilişkilidir. Her mesleğin toplum içerisinde belli bir itibarı temsil etmesinin yanı sıra, meslek ile gelir arasındaki yakın ilişki de bazı meslekleri toplumda ön plana çıkarmaktadır. Mesleklerin tek başına saygınlıkla ilişkisi olduğu gibi bazı mesleklerde o mesleği çok iyi yapanların

da toplum tarafından saygınlık gördüğü bilinmektedir. İnsanların ekonomik gücü, siyasi görüşü veya yaşam tarzı mesleğini yansıtmaktadır

İnsanlar topluma karşı sorumluluklarını yerine getirmek için hangi mesleği yapıyorsa o mesleğin sorumluluklarını yerine getirmekle zorunludur. Mesleğin sorumluluklarını yerine getiren bir insanın saygı görme hakkı o bireyin doğal hakkı sayılmaktadır (Braiker ve Kelley, 1979)

7. İnsan ve Din

İnançlar, davranışların en önemli belirleyicilerindedir. Bu yüzden, olumlu davranışlar geliştirmek için öncelikle bu davranışları etkileyebilecek inançları araştırmak gerekmektedir.

Diyet ve Beslenme: Her kültürün kendine özgü beslenme ve diyet alışkanlıkları vardır. Bazı toplumlarda kadın ve erkekler bir arada yemek yemezler. Bazı dinlerde bazı yiyecekler yasak olurken, bazıları tercih haklarını kullanır ve bazı dini gruplar ise vejeteryan olabilir.

Gelenek ve Ritüeller: Özellikle iyilik ve ölüm gibi bazı kavramlar dini ve spiritüel hizmetlerden etkilenen kavramlardır. Bazı kültürler ölümü normalleştirip, korkulmaması gereken bir olay olduğunu vurgularken, bazı kültürler bir kişinin ölüm vakti gelmişse hiçbir şeyin bunu engelleyemeyeceğini açıklar. Bazı kültürler çocukların ve gebe kadınların öldürülmesini büyük bir günah olarak kabul ederken, bazı kültürlerde kız çocukları halen gereksiz olarak değerlendirilmektedir. Bazı kültürlerde ise intihar hiç kabul görmemekte ve günah olarak değerlendirilmektedir.

Büyü ya da Din: Burada doğüstü güçler baskındır ve hastalığın nedeni de bu doğüstü güçlerde aranır. Bazı toplumlarda hastalıklar ceza olarak algılanabilmekte ve böylece hastalığın tedavisi zaman zaman aksayabilmektedir.

Biomedikal uygulamalar: Bu inançlar yaşamı kontrol edebilmek için fiziksel ve bio medikal güçlerin çalışması gerektiğini savunur. Örneğin; Shintuist dini, aslında insanların iyi olduğuna; hastalıkların ise kişinin yalnızca kirli şeylerle karşılaştığında ortaya çıktığına inanmaktadır.

Holistik tıp: Holistik yaklaşım bireyi; fizyolojik, psikolojik ve spiritüel olarak bir bütün halinde değerlendirir. Bu inanca göre doğa güçleri bir denge içindedir ve yaşam yalnızca doğallığın korunması ve saygı duyulması ile devam eder. Bu denge bozulursa hastalık ortaya çıkar. Bitkisel Tıp bunun içindedir. Asya ve yerli Amerikalılar holistik tıp doğrultusunda yaşamlarını sürdürürler. Örneğin; akupunktur bu teoriye dayanır.

Ying-Yang ve Sıcak-Soğuk Teorileri: Bu inanca göre; hastalık yaşamın dengesi bozulduğu zaman ortaya çıkar. Bazı Filipin ve hispanik gruplar sıcak, soğuk, nem ve kuruluğun sağlık için denge olduğuna; temel hastalıkların ise sıcaklık ya da soğukluk, ıslaklık ya da kuruluk ile ilgili olduğuna inanırlar. Bazı insanlar, doğadaki 5 enerji/element ya da maddenin (ağaç, ateş, dünya, metal ve su) kompleks bir sistem oluşturduğuna inanırlar (Narayanasamy 2001, Narayanasamy 2002).

8. Tutum ve Değerler

İnsanlar kendileriyle ve çevreleriyle ilgili tutum ve davranışlarında birçok değerden etkilenmektedir. Kişi, karşılaştığı her şeyi bir şekilde değerlendirmek ve bu değerlendirme sonucunda nasıl tepki vereceğine karar vermek zorundadır. İnsanların karşılaştıkları durumları, olayları, kişileri ve kendisini değerlendirme özelliği varoluş şartıdır.(Öz,2004)

Karşılaştığımız olaylara karşı aldığımız karar ve verdiğimiz tepki değerlendirmemizle ilgilidir. Bu değerlendirme sonucunda aldığımız karar, sergilediğimizi tutum ve davranışlar yaşama verilen yönü

göstermektedir. Aynı insanların, aynı olayların ve aynı durumların her insan tarafından farklı değerlendirilmesi insan dünyasının bir olgusudur. Bu olgu, kimi düşünürleri, “değerlerin göreceli olduğu” fikrini öne sürmesine neden olmuştur (Kuçuradi, İ. 2010). İnsanlar doğal olarak çevresindeki insanlara değer yüklerler. Özellikle anne, baba, arkadaş, kardeş ve toplumda yaşayan diğer bireyler değer yüklü kişilerdir. Çevremizdeki kişilere doğrudan değer yüklediğimiz gibi onların bazı kişilik özelliklerine de değer yükleriz. Örneğin merhamet, yardımseverlik, güven ve sadakat vb.

9. İnsan Zekası

Zeka; Kavramlar ve algılama yardımıyla soyut ve somut nesnelere arasındaki ilişkiyi kavrayabilme, soyut düşünme, muhakeme etme ve bu zihinsel işlevleri uyumlu bir şekilde bir amaca uygun kullanabilme yeteneğidir. Buna göre zeka, bireyin hayatında her türlü seçme, sınıflandırma, üretme ve yaratma eylemlerini etkileyen ve kapsayan karmaşık bir kavramdır (Aydın,2006).

Zeka 10 yaşa kadar büyük bir gelişme göstermektedir. Bu süreçte en hızlı gelişim ilk 2 yaşa kadar olan zamandır. 11 yaşından sonra sembolik düşünme gerçekleşir, 12 yaşından sonra ise zeka gelişimi yavaşlamaya başlar. Zeka gelişiminin en üst seviyesi 14-18 yaş arasındadır. Bu yaşlardan sonra 30 yaşına kadar zihinsel güç aynı düzeyde kalır. 30 yaşından sonra öğrenme hızı yavaşlar, ancak öğrenilen bilgiler unutulmaz yaş ilerledikçe bilgiyi kullanımdaki beceri daha da artar. Zekanın doğuştan geldiğini kanıtlayan çalışmalar yoktur. Ancak birbirinden ayrı ve uzakta yetiştirilen ikizlerin zeka düzeyi ve başarıları karşılaştırılarak kalıtım ve çevrenin etkisi hakkında fikir edinilebilir (Saban, 2004). Her ne kadar zekanın kalıtsal olduğu düşünülse de çevrenin zeka üzerine etkisi yadsınmaz. Örneğin tek yumurta ikizleri birbirinden ne kadar farklı çevrelerde yetişirlerse aralarındaki zeka farkı da o kadar fazla olmaktadır (Işık, 2004)

10. İnsan Ayrımcılığı

İonna Kuçuradi ‘Bir tane insan hakkı ihlali vardır, o da kişiye farklı davranmaktır’ demektedir. İnsanlara farklı özelliklerinden dolayı farklı davranmak sadece ayrımcılık değil aynı zamanda insan hakları ihlalidir (Ergün, 2005). Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komitesi, 1989 yılında yaptığı oturumda ayrımcılık terimini; dil, din, ırk, renk, cinsiyet, politik ya da diğer görüşler, ulusal ya da sosyal köken, mülkiyet, doğum ya da diğer statüler gibi herhangi bir zemin üzerine dayandırılan, ve bütün hak ve özgürlüklerin eşit ölçüde bütün bireyler tarafından tanınmasını, kullanılmasını veya yararlanılmasını yok etme veya zayıflatma amacı olan, herhangi bir ayırma, dışlama, kısıtlama veya üstünlük tanıma şeklinde tanımlamıştır’(U.N. Human Rights Committee, 1989).

Sonuç olarak; İnsan kavramı oldukça geniş ve kapsamlı bir konu olmakla birlikte karmaşık ve de oldukça önem gösterilmesi gereken bir kavramdır. Tüm insan ile çalışan meslek gruplarında insanı bir bütün olarak düşünülmesi biyolojik yapısı, sosyal konumu ve psikolojik bütünlüğü düşünülerek ele alınmalıdır.

Kaynakça

- Akça Ay (2010) F. Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. 3.Baskı. İstanbul; Nobel Matbaacılık; s. 1-5
- Aydın A. (2006). Hayat Neden Güzeldir?. İstanbul, Gündüş yayınları, s:98
- Braiker, H. B., & Kelley, H. H. (1979). Conflict in the development of close relationships. *Social exchange in developing relationships*, 135, 168.
- Doğan, O.(2000) Sağlık Bilimleri Alanında Davranış Bilimleri, Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları, Sivas
- Erdem M ve Akman Y.(2001) Gelişim ve Öğrenme.7.Baskı Ankara; Arkadaş Yayınevi; . s. 85-239
- Gedik İ.(2021) İnsanlığın Kısa Bir Özgeçmişi <http://www.hayat.8m.com/hayat.html> (Erişim Tarihi 03.09.2021)
- Işık S. (2004). Zekanın Temelleri, <http://ogrenci.hacettepe.edu.tr/~b0145575/baglantilar/zeka.html>
- Kramer, S. N. (1962). The Biblical" Song Of Songs" And The Sumerian Love Songs. *Expedition*, 5(1), 25.
- Kuçuradi İ. (2010). İnsan Haklarının Felsefi Temelleri.3. baskı, Ankara, Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, s:73
- Maslow A H.(1943) A Theory of Human Motivation; Maslow Teorisi, Özgür Ansiklopedi en.wikipedia.org/wiki/Maslow's_hierarchy_of_need
- Mihçioğur S., Bilgili Aykut N. (2008), Sağlık Hizmetlerinde Toplumsal Cinsiyet Temelli Yaklaşım, Kadın-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Araştırma ve Uygulama Merkezi, Ankara
- Öz, F. (2004), Sağlık Alanında Temel Kavramlar,Ankara, İmaj Basımevi, s:3-10
- Özkalp E. (2010), Sosyolojiye Giriş, Bursa: Ekin Yayınevi, s 13-38.
- Narayanasamy, A., & Owens, J. (2001). A critical incident study of nurses' responses to the spiritual needs of their patients. *Journal of advanced nursing*, 33(4), 446-455.
- Narayanasamy, A. (2002). Spiritual coping mechanisms in chronically ill patients. *British journal of Nursing*, 11(22), 1461-1470.
- Pekin, T., Eren, F., & Pekin, O. (2000). Leiomyosarcoma of the broad ligament: case report and literature review. *European journal of gynaecological oncology*, 21(3), 318-319.
- Saban A. (2004). Çoklu Zeka Teorisi Nedir?, Ankara, s:2-7
- Silahlı M.(2005) Sosyal Psikoloji. 2.Baskı. Ankara; Seçkin Yayıncılık; s. 201-231
- Taylor E. S., Peplau L. A., Sears O. D. (2007), Sosyal Psikoloji, Çeviren: A. Dönmez, Ankara, İmge Kitabevi Yayınları, s: 343-377
- TDK (2020), <http://tdkterim.gov.tr/bts/?kategori=verilst&kelime=cinsiyet&ayn=tam> (Erişim Tarihi 23.11.2020)
- U. N. human rights committee (1998), ohchr.org/english/bodies/hrc/ (Erişim Tarihi 03.09.2021)
- Üner S. (2008), Toplumsal Cinsiyet Eşitliği, TC. Başbakanlık Kadın Statüsü Genel Md. Yayınları, s: 6, 18

YAZAR

Arş. Gör. Dr. Nilay ÇAKICI

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları ABD

nilay@nevsehir.edu.tr

ORCID: 0000-0003-4169-6609

2009'da Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan mezun olmuştur. 2012'de Erciyes Üniversitesi ve Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ortak programı Hemşirelik Anabilim Dalından bilim uzmanlığı unvanını almıştır. Doktorasını 2018'de Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Esasları programında tamamlamıştır. 2009 tarihinden beri Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Hemşirelik Esasları Ana Bilim Dalında Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktadır.



KRİZLİ DÖNEMLERİN SAĞLIĞA ETKİLERİ: PANDEMİDE ÇOCUK OLMAK HEALTH EFFECTS OF CRISICAL PERIODS: BEING A CHILD IN A PANDEMY

Bahriye KAPLAN

Özet

Kriz; beklenmedik bir zamanda ortaya çıkması sebebiyle anlaşılmasının ve harekete geçmenin önemli olduğu olaylar olarak tanımlanmakta olup yarattığı belirsizlikler nedeniyle önemlidir. Dünya 31 Aralık 2019 tarihi itibarıyla büyük bir sağlık krizi ile karşı karşıya kalmıştır. Çin’de başlayıp bütün dünyaya yayılan Covid-19 virüsü, küresel salgın haline dönüşmüştür. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandemi ilan edilmiş olup, 2020 yılı Mart ayının başlarından itibaren ülkemizde de virüs görülmeye başlamıştır. Ortaya çıkan salgın ile birlikte getirilen kısıtlamalar, yetişkin bireylerde olduğu gibi çocukların yaşamlarında da önemli değişikliklere sebep olmuştur. Bu değişiklikler yaş gruplarına göre farklılıklar gösterebilmektedir. Pandemi ile birlikte getirilen kısıtlamalar sonrası küçük çocukların, el yıkamaya daha fazla dikkat ettikleri gözlemlenmiş, resim, aile içi oyunlar, ev işleri gibi etkinlikler yolu ile ebeveynleriyle etkileşimleri artmış ve bu da aile içi ilişkileri olumlu etkilemiştir. Okul çağı çocukları ile ergenler ise bu süreçte, en büyük sosyalleşme alanı olan okuldan, dolayısıyla akranlarından ve öğretmenlerinden uzak kalmışlardır. Bu durum onların, hem öğrenimlerinin aksamasına hem de sosyalleşmelerine engel teşkil etmiştir. Ayrıca bu yaş dönemindeki çocukların, fiziksel hareket ihtiyaçlarını gideremedikleri beslenme ve uyku düzeninde değişiklik olduğu belirlenmiştir. Evlere kapanan çocuklar oyun alanlarını kullanamadığı için online oyunları daha çok tercih etmişlerdir. Çocukların pandemi de teknolojik araçları kullanma sürelerinin önemli ölçüde arttığı görülmüş ekrana maruz kalınan süre dilimi artmış ve buna bağlı olarak diğer sağlık sorunları ortaya çıkmıştır. Çocuklarda tüm yaş dönemlerinde depresyon, kaygı gibi ruhsal sorunların artması ve sağlam çocuk izlemlerinin aksaması diğer karşılaşılan sorunlar arasında yer almaktadır.

Çocuk sağlığı alanında faaliyet gösteren multidisipliner ekipte yer alan hemşirelerin, pandemi sürecinde çocukların fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan etkilenimlerini değerlendirmeleri gerekmektedir. Yapılacak iyileştirici eylem planlarında, çocukların etkilenimlerini göz önünde bulundurarak erken dönemde taramaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Sağlığı, Pandemi, Hemşirelik.

Abstract

Crisis; It is defined as events that occur at unexpected moments, in which it is important to understand and act, and is important due to the uncertainties it creates. The world is experiencing a major health crisis as of December 31, 2019. The Covid-19 virus, which started in China and spread all over the world, has turned into a global epidemic and caused great casualties. For this reason, it has been declared a pandemic by the World Health Organization (WHO), and since the beginning of March 2020, the virus has started to appear in our country. The restrictions introduced with the epidemic that emerged caused significant changes in the lives of children as well as in adult individuals. These changes may differ according to age groups. After the restrictions brought by the pandemic, it was observed that young children paid more attention to hand washing, and their interactions with their parents increased through activities such as painting, family games, and housework, which positively affected family relationships. School-age children and adolescents, on the other hand, remained away from the school, which is the biggest socialization area, and therefore from their peers and teachers. This situation prevented them both from interrupting their education and socializing. In addition, it was determined that children in this age period could not meet their physical activity needs, and there were changes in their diet and sleep patterns. Since the children who were locked up in houses could not use the playgrounds, they preferred online games more. In the pandemic, it has been observed that the duration of children using technological tools has increased significantly, the period of exposure to the screen has increased and other health problems have emerged accordingly. Other problems are the increase in mental problems such as depression and anxiety in children at all ages and disruption in healthy child follow-up.

Nurses in the multidisciplinary team operating in the field of child health should evaluate the physical, social and mental effects of children during the pandemic process. In the remedial action plans to be made, it is recommended to make screenings in the early period, considering the effects of children.

Keywords: Child Health, Pandemiy, Nursing.

Giriş

Koronavirüs (COVID-19), 2019 Aralık ayı itibarıyla Çin'in Wuhan şehrinde görülmüş ve tüm dünyaya hızla yayılmıştır. Dünya genelinde halk sağlığını tehlikeye düşürecek boyuta ulaşan salgını, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 11 Mart 2020 tarihinden itibaren pandemi olarak adlandırılmıştır (WHO 2020). Sağlık otoriteleri fiziksel olarak mesafenin önemine dikkat çekmiş ve ülkelerin bazılarında fiziksel mesafe kuralları uygulanmaya başlanmıştır. Bu durum, sağlık başta olmak üzere tüm alanları etkileyerek insanların sosyal yaşamında büyük değişikliklere sebep olmuştur. Bu süreçte işine veya okuluna gidemeyen ve evde kalmak zorunda kalan aile bireyleri farklı bir yaşam tarzını benimsemek durumunda kalmışlardır (Özyürek ve Çetinkaya 2021). Ortaya çıkan salgın ile birlikte getirilen kısıtlamalar, yetişkin bireylerde olduğu gibi çocukların yaşamlarında da önemli değişikliklere sebep olmuştur. Bu değişiklikler yaş gruplarına göre farklılıklar gösterebilmektedir.

0-6 Yaş Dönemi

Çocuk hemşireliğinde hâkim olan anlayışa göre çocukların herhangi bir durumdan ne kadar etkilendiği anlaşılacak isteniyorsa, konsepsiyondan itibaren çocuk ve aileyi değerlendirmek gerekmektedir/önemlidir. COVID-19 açısından risk grupları arasında gebeler ve yenidoğanlar da bulunmaktadır. Bu bağlamda pandemide yenidoğanların etkilenimlerini anlayabilmek adına annenin gebelik sürecinin değerlendirilmesi gerekmektedir (Hockenberry 2021).

Bununla birlikte COVID-19 olan gebe bir kadının doğum önce veya sırasında COVID-19'a neden olan virüsü, fetüse veya bebeğine geçirip geçirmeyeceği hala tam olarak bilinmemektedir. Bazı sağlık otoriteleri annenin bulaşma temelli önlemleri sonlandırılıncaya kadar anneyi bebeğinden geçici olarak ayırmayı (örn. ayrı odalarda) önermiştir (UNFPA 2020; DSÖ 2021). Ancak bu durumun anne-bebek bağlanması ve beslenme konularında olumsuz etkileri muhtemeldir. Yine bir başka tartışmalı konu olan virüsün anne sütü yoluyla bulaşıp bulaşmayacağıdır. Literatürde anne sütünde virüs bulunduğu dair kanıt bulunmamakta olup, emzirme sırasında damlacık yoluyla bulaş olabileceği hatırlanmalıdır. Bu nedenle COVID-19' dan şüphelenilen semptomatik anneler ile COVID-19'u doğrulanmış anneler emzirme esnasında bebeğe bulaşma önlemek adına gerekli önlemleri almalıdır. Güvenli el hijyeni ve maske kullanımı bu önlemlerden bazılarıdır. Başka bir yol olarak, teması en aza indirmek için, yenidoğan, sağlıklı bir bakım sağlayıcı yardımıyla hijyen kurallarına dikkat edilerek anne sütü sağılarak beslenebilir. Bütün bunlar göz önünde bulundurulduğunda annenin ve bebeğin sağlığını etkileyebilecek şu durumlar ortaya çıkmaktadır.

- Prenatal dönemde doğum öncesi bakım almada gecikme ya da aksama ve bunun sonucunda yenidoğan sağlığını etkileyebilecek riskli durumların erken tanınmaması.
- Gebelikte hormonal değişime bağlı olarak hale hazırda görülebilen emosyonel değişikliklerin, stres ve kaygı düzeyinin artması (Özcan, Elkoca ve Yalçın 2020)
- Doğum sonrası dönemde anne - bebek iletişiminin gecikmesi.
- Emzirmenin gerçekleşmemesi sonucu yenidoğanın kolostrumdan mahrum kalması
- Postpartum depresyon görülme olasılığının artması (Aslan, Yuvacı, Osman, Cevrioğlu, ve Özden 2020; Özcan ve ark. 2020)

Pozitif olan gebenin COVID-19 tablosunun ağırlaşması durumunda doğumun yoğun bakım ünitesi ortamında yapılması gerekebilir (Ertuğrul, Deger ve Yılmaz 2021). Literatürde, doğuma yakın CoVit testi pozitif çıkan kadınlardan doğan yeni doğanların sadece %1,6-2'sinin ilk 1-3 gün içinde pozitif olduğu bildirilmektedir (Sankaran ve ark. 2021). Yenidoğanların, temas yoluyla enfeksiyon kapma ihtimali daha yüksektir. Bu nedenle, enfekte bir kişi yenidoğan bir bebek ile temas durumunda gerekli solunum hijyeni ile korunmaya azami düzeyde dikkat edilmelidir. Bebek sağlıklı bir bakım verici tarafından beslenebilir. Besleme sonrasında, bebeğin yatağı anneden en az 180 cm uzağa yerleştirilmeli mümkünse başka bir odada bakımı sürdürülmelidir (Chandrasekharan ve ark. 2020).

Yenidoğan döneminden sonraki aylarda annede COVID-19 ya da şüphesinin varlığı da anne ve bebek sağlığını olumsuz etkilemektedir. COVID-19 enfeksiyonunun prematürelere dâhil, yenidoğanlara ait özel

bir klinik bulgusu bulunmamaktadır. Yenidoğanın vital bulguları ile solunum ve gastrointestinal bulgularının yakından takip edilmesi gerekmektedir (Cai ve ark. 2020).

Özellikle ilk 3 yaş sürecindeki yılların çocuğun sosyal ve duygusal gelişimleri için kritik öneme sahip olduğu bilinmektedir. Psiko-sosyal gelişim; bir çocuğun kendisi ile barışık olmasını, duygularını kontrol edebilmesini, kendisini ifade edebilmesini, içinde bulunduğu çevrenin, kültürün davranışları ve değerleriyle uyum içinde olmasını sağlar (Bilgin 2021). Bu yaş döneminde oyunlar çocuğun fiziksel büyümesini desteklediği gibi kuralları öğrenmesini, dil gelişimini, bilişsel ve sosyal gelişimini de destekler. Ancak oyunların çeşitliliği, farklı alanlarda ve farklı akranlarıyla etkileşim içinde olması istenir. Bazı zamanlarda büyükanne-büyükbaba gibi diğer aile üyeleri bir araya gelmesi de sosyalleşmesi bakımından değerlidir. Pandemi sürecinde parklarda bahçelerde koşup oynaması, akranlarıyla etkileşmesi gereken çocuklar evlerinde sadece çekirdek aileleriyle zaman geçirmek durumunda kalmıştır. Evlerinde kapalı kalan çocuklar enerjisini yeterince atamadığı gibi gelişim alanlarını destekleyecek ortam ve fırsatlardan da uzak kalmıştır. Bununla birlikte ailede iş kaybı gibi bir olumsuzluk daha eklendiğinde bazı çocukların bazı gereksinimlerinin karşılanamadığı gibi bir gerçeğe de karşı karşıya kalmıştır. Pandeminin uzun vadeli etkisi olarak kalıcı bir ekonomik gerileme ile sonuçlanacağı düşünülmektedir (Yoshikawa ve ark. 2020). Bu nedenle yoksulluk, tüm erken çocukluk yıllarını veya sonrasını kapsayabilir. (Yoshikawa ve ark. 2020).

Pandemide evde geçirilen zamanın artmasıyla birlikte, ekranla ve teknolojik araçlarla geçirilen sürede artış olmuş kullanım yaşı ise düşmüştür (Aktaş ve Daştan 2021; King, Delfabbro, Billieux ve Potenza 2020). Yirmi dördüncü aydan sonra ebeveyn rehberliğinde maksimum 60 dakika süre ile yaşına uygun animasyonları izleyebilirler. Ancak sürenin bir saati aşması ve içeriğin denetlenemediği durumlarda çocuklarda yeme ve uyku sorunları, agresif ve hırçın davranışlar, göz sağlığı sorunları görülebilmektedir (Aktaş ve Daştan 2021; Mustafaoğlu, Zirek, Yasacı ve Özdinçler 2018).

Pandeminin özellikle başlangıcında zorunlu haller dışında hastanelere gidilmemesi yönünde çağrılar yapılmıştır. Bu nedenle çocukların tarama programları, rutin kontrolleri, gelişimlerinin değerlendirilmesi gibi birinci basamak sağlık hizmetleri yapılamadığı gibi hastalıkların erken dönemlerde tanınması da zorlaşmıştır. Bu durum çocuk sağlığını olumsuz etkilemiştir (Aközlü ve Şahin 2021).

Pandemi döneminde çocuklarında ortaya çıkan bir hastalık belirtisi Covid-19 salgını ile birlikte ebeveynlerin endişelerini artırmıştır (Fidancı, Taşar ve Karasu 2021) Bütün bu olumsuzluklar hastalığa yakalanma riskiyle birlikte ebeveynlerde anksiyete ve depresyon sıklığında artışa neden olmuştur. Yapılan çalışmalarda ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Cameron ve ark. 2020; Fidancı ve ark. 2021; Yue ve ark. 2020). Artan stres düzeyi ve değişen sosyoekonomik koşullardan tüm aile bireyleri olumsuz yönde etkilenmiştir. Bunun sonucunda aile içi şiddete maruz kalma/tanık olma ve çocukların ihmal ve istismar riskinde artış olduğu bildirilmiştir (Cluver ve ark. 2020; Güney ve Bağ 2021).

Erken çocukluk dönemi olarak ta adlandırılan 3-6 yaş dönemi genellikle okul öncesi eğitimin başladığı ve sürdüğü dönemdir. Uzaktan eğitime geçildiği dönemde tüm yaş gruplarında olduğu gibi çocuklar gerçek okul ortamından uzak kalmışlardır. Küçük ve büyük kas gruplarını geliştirebilecekleri etkinlikleri tek başlarına ekran karşısında yapmaya çalışmışlar ancak olası yanlışları düzeltebilme olanaklarına erişememişlerdir.

6-12 Yaş Dönemi (Okul Çağı)

Dünya Sağlık Örgütü başta olmak üzere tüm sağlık otoritelerinin fiziksel mesafenin korunmasına yönelik yapmış olduğu vurgu neticesinde birçok ülkede bazı önlemler alınmaya başlanmıştır (Hellewell ve ark. 2020). Alınan bu önlemler, sosyal yaşam başta olmak üzere tüm insanların yaşantısında köklü değişikliklere neden olmuştur. İşine, okuluna devam edemeyen, evlerinde kalmak zorunda kalan aile

üyeleri, alışlagelmiş aile yaşamının dışında bir “ev yaşamını” benimsemek durumunda kalmışlardır. Pandemi nedeniyle alınan önlemler, eğitim alanında da geçerli olmuştur.

Pandemiler, biyolojik afetler kapsamında kabul edilirler ve en çok ta çocukları olumsuz etkilemektedir. Çocuklar bu gibi durumlarda sevdiklerini kaybetme, okuldan ve sosyal oyun alanlarından uzaklaşma nedeniyle kendilerini daha kırılğan hissederler. Araştırmacılar, pandemi gibi olağanüstü durumlarda çocukların rutinlerinin sürdürülmesinin devam etmesi gerektiğini ve bunun çocukları rahatlattığını ve güven duygularını desteklediğini bildirmişlerdir (Olness, Mandalakas ve Torjesen 2015).

Alanyazında, çocukların travmaya neden olan durumlarda hangi düzeyde etkilendiklerinin bazı faktörlere bağlı olarak farklılıklar gösterdiği belirtilmektedir (Akoğlu ve Karaaslan 2020; Schonfeld ve Demaria 2015). Bu faktörler Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Çocukların Kriz ve/veya Travma Durumlarında Verdikleri Tepkileri Belirleyen Etkenler

1. Yaşanan olayın doğası ve ölüm, yıkım ve hasar miktarı
2. Çocuğun kendisinin ve ailesinin etkilenme durumu
3. Çocuğun ve çevresinin olaydan önceki rutin yaşamına dönebilmesi için geçen süre
4. Neden olduğu stresin kronikleşip kronikleşmemesi
5. Çocuğun bakımını üstlenen bireylerin başa çıkma becerileri
6. Çocukların önceden var olan başa çıkma becerileri
7. Yaşanan olayı takip eden ikincil stres etkenlerin varlığı ve niteliği

Olumsuz durum ve duygularla başa çıkmada; çocukların travma yaratan durumlarda tepkilerini etkileyen faktörler ne denli olumlu ise içinde bulunulan zorlu koşullara daha başarılı bir şekilde uyum gösterebilmekteler. Oysa tersi durumda çocuklar uyum sorunları ve çeşitli güçlükler yaşayabilmektedir.

Çocukların krizli süreçten hangi ölçüde etkilendiğini etkileyen faktörlerin bilinmesi nitelikli, kriz odaklı müdahale yaklaşımlarının geliştirilmesi bakımından son derece önemlidir. Bu bağlamda kriz yönetiminde pediatri hemşireliğinin temel felsefelerinden olan bireyselleştirilmiş bakım, aile merkezli bakım ve bütüncül bakım ilkelerinin esas alınması ve çocuğun fiziksel ve sosyal çevresiyle birlikte değerlendirilerek müdahalelerin planlanması gerekmektedir.

Çocuk yaşlarda maruz kaldıkları tüm olumsuzlukları ileriki yaşamlarına taşıyacaklarından hareketle, çocukların karşılaştığı sorunların aslında tüm toplumu ilgilendiren konular olduğu açıktır. Ayrıca bilişsel gelişimin ivme kazandığı, bilgi edinme sürecine geçtiği, neden-sonuç ilişkisini kavrayabildiği ve başından sonuna tüm olayları hatırlayabildiği okul çağı çocuğu için tüm yaşantıların önemi büyüktür. Okul çağı çocuğu tüm yaş dönemlerine benzer şekilde gelişim alanlarına paralel olarak pandemi sürecinden etkilenmiştir. Salgın neticesinde çocukların yaşadıkları olumsuzlukları en aza indirebilmek için salgının getirdiği etkileri anlamak alınacak önlemleri tespit etmek adına oldukça önemlidir (Yıldız ve Bektaş 2021).

UNESCO’nun raporuna göre pandeminin ardından dünya genelinde büyük ölçüde eğitim askıya alınmış ve %90’ından fazlası okula gidememiştir (Lee 2020). Ülkemizde de tüm kademelerde salgının yayılmasını önlemek amacıyla önce kısa süreli tatil uygulanmış, akabinde vakalarda görülen artış ile birlikte uzaktan eğitime geçiş yapılmıştır. Böylece okul çağı yaş dönemi için çok önemli bir değişiklik başlamış olup çocukların fiziksel ve psiko-sosyal gelişim alanlarının tümünde çeşitli farklılıklar ortaya çıkmaya başlamıştır. Bu noktada ilk olarak eğitimde eşitsizlik karşımıza çıkmaktadır. Öğrencilerin eğitim için gerekli olan cihazın, kaynağın evinde bulunmaması, kırsal alanlarda yaşayan çocukların ise üretime yardımcı olmak durumunda kalması ve daha birçok farklı nedenlerle kaynaklara erişimde

eşitsizlik ilk olarak dikkati çekmektedir (Bailey 2020). Diğer yandan uzaktan eğitimin dışında, sokağa çıkma yasakları uygulamaya konmuş ve ebeveynler çocuklarıyla birlikte “Evde Kal!” çağrısına uymuştur. Çocukların oyun dolayısıyla etkileşim ve paylaşım alanlarından evlere çekilmesinin bambaşka sonuçları olmalıydı elbette! Bu sonuçların belki de çok azını görebiliyoruz bugün... Çalışma hayatında yer alan bireylere de kısıtlamalar getirilmiş, birçok insan işini ya evden yürütmeye başlamış ya da işinden olmuştur (Özyürek ve Çetinkaya 2021). İşten çıkarma ve iş bırakmalarda yine olumsuz etkilenen grupların başında özellikle çocuklar gelmektedir. Pandeminin ekonomik etkisi, çocukların evde olması ve hastalığın bulaşıcı olması gibi faktörlerin ebeveynlerinde kaygı düzeyinin artmasına neden olmuştur. Bununla birlikte eğitimin uzaktan yürütülmesi, evlerde çalışmanın yaygınlaşması, çalışmaya ara verilmesi gibi nedenlerle ailelerin yaşam koşulları değişmiş olup, bu durum çocuk istismarı ve aile içi şiddet gibi yıkıcı psikolojik etkilere neden olmuştur (Fardin 2020).

Literatürde okul çağındaki çocukların; kaygı düzeyinde artış, kardeşler arası çatışma, hırçın davranışlar ve huzursuzluk hali, saldırganlık, bağımlılık, psikosomatik yakınmalar, odaklanma ve uyku sorunları, sosyal çekilme gibi davranışların gözlenebileceğine işaret edilmektedir (Imran, Zeshan ve Pervaiz, 2020; et , Mandalakas ve Torjesen, 2015).

Diğer yandan Covid-19 krizi hane halkı gelirini düşürerek yoksulluğu artırmıştır (UNICEF, 11 Haziran 2020). Bu süreçteki ekonomik ve sosyal kriz özellikle çocukları derinden etkilemiştir (ILO, 20 Mayıs 2020: 4). Yoksulluğun kuşaklar arası aktarımı ve yeterli sosyal korumanın olmaması, çocukların savunmasızlığını artırmaktadır. Covid-19 krizi, milyonlarca savunmasız çocuğu erken yaşta hane gelirine katkıda bulunmaya zorlayarak çalışma hayatına girmelerine neden olmaktadır (ILO, 12 Haziran 2020). Son zamanlarda çocuk işçiliğini azaltmaya yönelik olumlu gelişmeler olsa da pandemi bu gelişmeleri yavaşlatmıştır. UNICEF’e göre yoksullukta yüzde bir puanlık artış, bazı ülkelerde çocuk işçiliğinde en az %0,7’lik bir artışa yol açmaktadır (ILO-UNICEF, 12 Haziran 2020: 3).

Pandemide çocuklar uzaktan eğitimle öğrenimlerine devam etmiş olup evlerinde kapalı kalmak durumunda kalmışlardır. Çocukluğun doğasına aykırı olan bu durum, onların fiziksel ve zihinsel sağlığı üzerinde olumsuz etkilere yol açmıştır. Yapılan çalışmalarda, fiziksel olarak daha az aktif oldukları, çok daha uzun süreler ekran başında kaldıkları, uyku düzenlerinin bozulduğu gösterilmiştir (Brooks ve ark 2020:912; Clark ve ark. 2020). Çocukların salgın süresince açık hava etkinliklerinden ve yaşlılarından uzak kalması, bazı olumsuz etkileri beraberinde getirmiştir. Evde uzaktan eğitim yolu ile kısıtlı da olsa sanal ortamda etkileşimleri sürmüş olsa da yüz yüze iletişim ortamlarını kaybetmişlerdir. Okul çocuklar için yalnızca bir eğitim ortamı değil; dostluk, empati, saygı, merhamet ve sorumluluk gibi alanlarda kendilerini geliştirebilecekleri yapılandırılmış bir ortamdır. Dolayısıyla sosyal ve duygusal gelişimleri için oldukça önemli bu ortamdan uzak kalmaları onları akranlarından ve bu öğrenme fırsatlarından yoksun bırakmıştır (Catalano ve ark. 2003; Zins, Bloodworth, Weissberg ve Walberg, 2007). Bazı ebeveynler için ise evde geçirilen bu süre, sanılanın aksine, çocuklarıyla daha güçlü ilişkiler kurmak ve birlikte vakit geçirmek adına iyi bir fırsata dönüşmüştür.

Ergenlik Dönemi

COVID 19 virüsünün birincil olarak yaşlı nüfusu etkilemesi, yapılan araştırmalarda yetişkin nüfusa odaklanılmasına neden olarak çocukların bazı gereksinimlerinin üzerinde durulmamasına yol açabilmektedir. Oysa pandemi gibi akut durumlardan en çok çocukların etkileneceği ve bu etkilerin uzun yıllar sürebileceği bilinmektedir (Akoğlu ve Karaaslan, 2020).

Ergenlik dönemi fiziksel, sosyal, duygusal ve bilişsel değişimlerin hızlı yaşandığı başlı başına zorlu bir geçiş dönemidir (Larsen ve Luna 2018). Pandemi sürecinde ergenler yaşadıkları gelişim ve değişim sürecine ek olarak pek çok açıdan kısıtlayıcı süreçler yaşamışlar ve yaşamaya devam etmekte. Önlemler kapsamında ergenlerin uzun süreli evde kalmaları, okul ortamından, arkadaşlarından ve öğretmenlerinden uzak kalmaları, eğlence kaynaklarından uzaklaşma veya hastalığa yakalanma korkusu gibi olumsuzluklar ergenin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyecek son derece zorlayıcı

değişimlerdir (Brooks ve ark. 2020; Kılınçel ve ark. 2020; Wang ve ark. 2020). Bunun sonucunda; ergen bireylerin sosyal çevrelerinde meydana gelen değişiklik; izolasyon ve yalnızlık hissini artırmış ve kısıtlı zamanlarda dışarı çıkıyor olmaları dönemin en önemli duygularından olan özgürlük hissine zarar vermiştir. Bununla birlikte ebeveynlerinin işini kaybetmesi ve değiştirmesi nedeniyle ekonomik zorluklar gibi durumlarla karşı karşıya kalmaları aile ile ilişkilerin yeniden yapılandırılmasını gerekli kılmıştır.

Kriz durumunda ergenlerde gözlenebilecek tepkiler okul çağı çocuğunda görülen bütün tepkileri kapsamaktadır. Bunlara ilaveten isyan, risk alma davranışları, farklı türde bağımlılıklar, konsantrasyon eksikliği, bilinç bulanıklığı ve konfüzyon gibi sorunlar da görülebilmektedir (Olness, Mandalakas ve Torjesen, 2015).

Yapılan bazı çalışmalarda COVID-19'a bağlı olarak oluşan karantina sürecinin ergenlerin anksiyete düzeylerini ve geleceğe dair beklentilerini olumsuz etkilediği (Kaplan ve ark. 2021), CO-VİD 19 korkusunun sosyal kaygıyı artırdığı (Şingir, Ayvaz ve Tonga 2021), ergenlerin salgın sürecinde ruh sağlığı sorunlarının görülme sıklığının yüksek olduğu (Cao ve ark. 2020; Liang ve ark. 2020; Şahbudak ve Emirağaoğlu 2020; Türk ve ark. 2021; Zhou ve ark. 2020), kaygı, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu gibi problemler yaşadıkları (Dvorsky ve ark. 2020), karantina sürecinin ergenlerin anksiyete düzeylerini ve geleceğe dair beklentilerini olumsuz etkilediği (Kaplan ve ark. 2021) bildirilmiştir.

Okul çağı (6-12 yaş) ile ergenlik dönemi çocuklarının Covid-19 sürecinde ortak olarak etkilendiği bazı durumlar ise şu şekildedir;

- Eğitimde Eşitsizlik
- Artan İhmal ve İstismar
- Aile İçi Şiddete Tanık Olma ve Maruz Kalma
- Ebeveyn-Çocuk Çatışmaları
- Pandeminin Ekonomik Etkisi Nedeniyle Ev İçi ve Ev Dışında Çalışmak Durumunda Kalan Çocuklar
- Çocuk İzlemlerinin Aksaması
- Sağlık Sorunlarının Ertelenmesi
- Erken Tanı Sürecinin Aksaması
- Fiziksel Hareketin Azalması Sebebiyle Büyümenin Yavaşlaması
- Akademik Başarının Azalması
- Ekran Kullanım Süresinin Artması
- Ekran/İnternet/Oyun Bağımlılığı Riskinin Artması
- Çocuklar Arasında Siber Zorbalığın Artması
- Göz Sağlığı Sorunları
- Postürde Değişiklik
- Hareketsizlik
- Uyku Sorunları
- Obesite
- Stres, Kaygı
- Kompulsif Davranışların Artması (Aközlü ve Şahin 2021; Cluver ve ark. 2020; Güney ve Bağ 2021; Jiao ve ark. 2020; King ve ark. 2020; Mustafaoğlu, Zirek, Yasacı ve Özdiçler 2018; Yoshikawa ve ark. 2020; Yue ve ark. 2020).

Sonuç

Pandemiyle birlikte, yeni ev yaşamının çocuk ve ailelerin hayatında köklü değişiklikler yarattığı söylenebilir. Pandemi gibi olumsuz durumların çocukların ruh sağlığını olumsuz etkilediği, ancak ailelerle geçirilen zamanın ruh sağlığı üzerinde ise olumlu etkileri olduğu ifade edilmektedir. Yukarıda belirtildiği üzere çeşitli açılardan her yaş grubunda çocuk pandemi sürecinden olumsuz etkilenmiştir. Buna karşın literatürde pandemi sürecinde aile üyelerinin iletişiminin güçlendiği ve etkileşimlerinin

arttığına yönelik olumlu etkilerinin de bulunduğuna dair çalışmalar mevcuttur. Aile bireylerinin birbirine daha çok bağlandıkları, anne babaların çocuklarıyla günlük oyun oynayarak geçirdiği vaktin arttığı ve çocuklarıyla yakından ilgilendikleri bildirilmektedir (Alisinanoğlu, Türksoy ve Karabulut 2020; Jiao ve ark. 2020; Mart ve Kesicioğlu 2020; Özyürek ve Çetinkaya 2021; Szabo ve ark. 2020).

Çocuklarla çalışan sağlık profesyonelleri arasında yer alan hemşirelerin farklı kriz ortamlarında çocukların yaş grubuna göre nasıl etkilendiğinin farkında olması hemşirelik planlamalarını ve girişimlerini şekillendireceğinden elzemdir ve çocuğun korunması ve iyilik halinin devamının sağlanması bakımından oldukça önemlidir.

Kaynakça

- Akoğlu, G., & Karaaslan, B. T. (2020), COVID-19 ve izolasyon sürecinin çocuklar üzerindeki olası psikososyal etkileri, *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 99-103.
- Aközlü, Z., & Şahin, Ö. Ö. (2021), COVID-19 pandemisinde sağlık hizmetlerine erişim: Çocuk sağlığı nasıl etkilendi?, *Çocuk Dergisi*, 21(2), 149-156.
- Aktaş, B. ve Daştan, N. B. (2021), Covid-19 pandemisinde üniversite öğrencilerindeki oyun bağımlılığı düzeyleri ve pandeminin dijital oyun oynama durumlarına etkisi, *Bağımlılık Dergisi*, 22(2), 129-138. doi: 10.51982/bagimli.827756
- Alisinanoğlu, F., Türksoy, E. & Karabulut, R. (2020), Pandemi sürecinde çocukluk dönemi korkuları, *Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi*, 6(14), 447-568.
- Aslan, M. M., Yuvacı, H. U., Osman, K. Ö. S. E., Cevrioğlu, S., & Özden, S. (2020), COVID-19 ve gebelik, *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 4, 10-13.
- Bailey, J. (2020), Closing Schools To Slow A Pandemic, Educational Next. <https://www.educationnext.org/covid-19-closed-schools-when-should-they-reopencoronavirus/> Erişim Tarihi:09.08.20201.
- Bilgin, H. (2021), 1-3 Yaş Psiko-Sosyal Gelişim Ölçeğinin Geliştirilmesi, *The Journal of Academic Social Science*, 9, 114, 241-251.
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E. et al. (2020), The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence, *The Lancet*, 395(10227):912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8).
- Cai JH, Wang XS, Ge YL et al. First case of 2019 novel coronavirus infection in children in Shanghai, *Chin J Periodtr*, 2020, 58.
- Cameron EE, Joyce KM, Delaquis CP, et al. Maternal psychological distress & mental health service use during the COVID-19 pandemic, *J Affect Disord*, 2020, 276, 765-74.
- Cao, W., Fang, Z., Hou, G. et al. (2020), The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China, *Psychiatry Research*, 28, 112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>.
- Chandrasekharan P, Vento M, Trevisanuto D, et al. Neonatal resuscitation and postresuscitation care of infants born to mothers with suspected or confirmed SARS-CoV-2 infection, *Am J Perinatol*, 2020; 37: 813-24. doi: 10.1055/s-0040-1709688.
- Clark, A., Jit, M., Warren-Gash, C., Guthrie, B., Wang, H. H., Mercer, S. W., ... & Jarvis, C. I. (2020), Global, regional, and national estimates of the population at increased risk of severe COVID-19 due to underlying health conditions in 2020: a modelling study. *The Lancet Global Health*, 8(8), 1003-1017.
- Cluver, L., Lachman, J.M., Sherr, L., Wessels, I., Krung, E., Rakotomalala, S., Blight, S., Hillis, S., Bachman, G., Green, O., Butchart, A., Tomlinson, M., Ward, C. L., Doubt, J. ve McDonald, K. (2020), "Parenting In A Time Of COVID-19", *Lancet*, 395, 10231.
- Dalton, L., Rapa, E., & Stein, A. (2020), Protecting the psychological health of children through effective communication about COVID-19, *The Lancet Child & Adolescent Health*, 4(5), 346-347.
- Dvorsky, M. R., Breaux, R., & Becker, S. P. (2020), Finding ordinary magic in extraordinary times: child and adolescent resilience during the COVID-19 pandemic, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-3. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01583-8>
- Ertuğrul, S., Deger, İ., & Yılmaz, S. T. (2021), COVID-19 ve Yenidoğan, *Dicle Tıp Dergisi*, 48(Özel Sayı), 29-38.
- Fardin, M. A. (2020), COVID-19 and anxiety: A review of psychological impacts of infectious disease outbreaks, *Archives of clinical infectious diseases*, 15(COVID-19).

- Fidancı, İ., Taşar, M., & Karasu, N. (2021), Covid-19 Pandemi Dönemi Çocuk Acil Servise Ateş Şikayeti ile Başvuran Hasta Ebeveynlerinin Anksiyete Düzeylerinin Değerlendirilmesi, *Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 54(2), 172-176.
- Fulya, T. Ü. R. K., Aykut, K. U. L., & Kiliç, E. (2021), Depression-anxiety and coping strategies of adolescents during the Covid-19 pandemic, *Turkish Journal of Education*, 10(2), 58-75.
- Güney, S. A., & Bağ, Ö. (2021), Features of Childhood Sexual Abuse During Initiation Period of Lockdown due to COVID-19 Pandemic in Turkey, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi= Turkish Journal of Child and Adolescent Health*, 28(Special Issue), 27.
- Hellewell, J. vd. (2020), Feasibility Of Controlling COVID-19 Outbreaks By İsolation Of Cases And Contacts, *The Lancet Global Health*, 8(4), 488-496.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2021). *Wong's essentials of pediatric nursing-e-book*. Elsevier Health Sciences.
- ILO-UNICEF, (12 Haziran 2020), *Covid-19 and Child Labour: A Time of Crisis, a Time to Act*, International Labour Organization-United Nations Children's Fund, New York.
- Imran, N., Zeshan, M., & Pervaiz, Z. (2020), Mental health considerations for children & adolescents in COVID-19 Pandemic, *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 36 (COVID19-S4). <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2759>
- Jiao, W. Y., Wang, L. N., Liu, J., Fang, S. F., Jiao, F. Y., Pettoello-Mantovani, M., & Somekh, E. (2020), Behavioral and emotional disorders in children during the COVID-19 epidemic, *The journal of Pediatrics*, 221, 264-266.
- Kaplan, V., Kürümlüoğlugil, R., & Bütün, B. (2021), COVID-19 pandemisine bağlı karantina sürecinin ergenlerin gelecek beklentileri ve anksiyete düzeylerine etkisi, *Çocuk ve Gelişim Dergisi*, 4(7), 12-23.
- Kılınçel, Ş., Kılınçel, O., Muratdağı, G., Aydın, A., & Usta, M. B. (2021), Factors affecting the anxiety levels of adolescents in home-quarantine during COVID-19 pandemic in Turkey, *Asia-Pacific Psychiatry*, 13(2), e12406.
- King, D. L., Delfabbro, P. H., Billieux, J., & Potenza, M. N. (2020), Problematic online gaming and the COVID-19 pandemic, *Journal of Behavioral Addictions*, 9(2), 184-186. doi: 10.1556/2006.2020.00016
- Larsen, B., & Luna, B. (2018), Adolescence as a neurobiological critical period for the development of higherorder cognition, *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 94, 179-195. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.005>.
- Lee, J. (2020) Mental Health Effects Of School Closures During COVID-19, *The Lancet Child Adolesc Health*, 4: 421.
- Liang, L., Ren, H., Cao, R. ...& Mei, S. (2020), The effect of COVID-19 on youth mental health. *Psychiatric Quarterly*, 91, 841-852. <https://doi.org/10.1007/s1126-020-09744-3>
- Mart, M.& Kesicioğlu, O. S. (2020), Covid-19 pandemi sürecinde ailelerin evde oyun oynamaya ilişkin görüşleri, *Electronic Turkish Studies*, 15(4), 945-958.
- Mustafaoğlu, R., Zirek, E., Yasacı, Z., & Özdiçler, A. R. (2018), Dijital teknoloji kullanımının çocukların gelişimi ve sağlığı üzerine olumsuz etkileri, *Addicta: The Turkish Journal on Addictions*, 5(2), 1-21.
- Olness, K., Mandalakas A. & Torjesen, K. (2015). *How to Help the Children in Disasters*. 4th ed. Health Frontiers, Kenyon, USA.
- Özcan, H., Elkoca, A., & Yalçın, Ö. (2020), COVID-19 enfeksiyonu ve gebelik üzerindeki etkileri, *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 25(Special Issue on COVID 19), 43-50.
- Özyürek, A., & Çetinkaya, A. (2021), COVID-19 Pandemi Döneminde Aile ve Ebeveyn-Çocuk İlişkilerinin İncelenmesi, *Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(1), 96-106.
- Sankaran D, Nakra N, Cheema R, Blumberg D, Lakshminrusimha S. *Perinatal SARS-CoV-2 Infection and Neonatal COVID-19: A 2021 Update*, *Neoreviews*. 2021 May; 22: e284-e295. doi: 10.1542/neo.22-5-e1001.
- Schonfeld, D. J. & Demaria, T. (2015), Providing psychosocial support to children and families in the aftermath of disasters and crises, *Pediatrics*, 136(4),1120-1130.
- Szabo, T. G., Richling, S., Embry, D. D., Biglan, A., & Wilson, K. G. (2020), From helpless to hero: Promoting values-based behavior and positive family interaction in the midst of COVID19, *Behavior analysis in practice*, 13(3), 568-576.
- Şahbudak, B., Emiroğlu, N.İ. (2020), Çocuk ve ergende covid-19 salgını ve duygudurum bozuklukları birlikteliği. *Turk J Child Adolesc Ment Health*, 27(2), 59-63. <https://doi.org/10.4274/tjcamh.galenos.2020.55265>.

- Şingir, H., Ayvaz, A., & Tonga, B. (2021), Ergenlerde Covid-19 Süreci ve Sosyal Kaygı Bozukluğu, *Uluslararası Güncel Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 7(1), 99-100.
- UNFPA (2020). COVID-19 Gebelik ve Annelik Bakım Hizmetlerine İlişkin Teknik Bilgi Notu Paketi. https://turkey.unfpa.org/sites/default/files/pubpdf/unfpa_covid19_gebelik_ve_anne_bakim_hizmetleri_turkce.pdf Erişim Tarihi: 14.10.2021
- Wang, G., Zhang, Y., Zhao, J. et al. (2020), Mitigate the effects of home confinement on children during the COVID-19 outbreak, *The Lancet*, 395(10228), 945-947. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30547-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30547-X)
- World Health Organization. Clinical management of COVID-19. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/clinicalmanagement-of-covid-19>. Erişim tarihi; 31 Ağustos 2021.
- Yıldız, S., & Bektaş, F. (2021), COVID-19 Salgınının Çocukların Boş Zaman Etkinliklerinde Yarattığı Değişimin Eğitimleriyle Değerlendirilmesi, *Gazi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 26 (1), 99-122.
- Yoshikawa, H., Wuermli, A. J., Britto, P. R., Dreyer, B., Leckman, J. F., Lye, S. J., Ponguta, L. A., Richter, L. M., & Stein, A. (2020), Effects of the global coronavirus disease-2019 pandemic on early childhood development: Short-and long-term risks and mitigating program and policy actions, *The Journal of Pediatrics*, 223, 188-193.
- Yue J, Zang X, Le Y, et al. (2020), Anxiety, depression and PTSD among children and their parent during 2019 novel corona virus disease (COVID-19) outbreak in China. *Curr Psychol*, 14, 1-8.
- Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., Guo, Z. C., Wang, J. Q., Chen, J. C., ... & Chen, J. X. (2020), Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19, *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>
- Zins, J. E., Bloodworth, M. R., Weissberg, R. P., & Walberg, H. J. (2007), The scientific base linking social and emotional learning to school success, *Journal of educational and psychological consultation*, 17(2-3), 191-210.

YAZAR

Arş. Gör. Dr. Bahriye KAPLAN

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD

bkaplan@nevsehir.edu.tr

ORCID: 0000-0003-1600-3188

2006'da Erciyes Üniversitesi Nevşehir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünden mezun olmuştur. 2011'de Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalından bilim uzmanlığı unvanını almıştır. 2020'de Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği programında tamamlamıştır. 2006-2007 tarihleri arasında Diyarbakır'da klinik hemşireliği, 2010-2011 yılları arasında Nevşehir Özkonak kasabasında bulunan Mevlüt Özden Vakfı Özkan Huzurevinde müdür olarak görev yapmıştır. 2011 tarihinden beri Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktadır.



KRONİK HASTALIKLARIN YÖNETİMİNDE BİR YAKLAŞIM OLARAK MOTİVASYONEL GÖRÜŞME

MOTIVATIONAL INTERVIEWING AS AN APPROACH TO MANAGEMENT OF CHRONIC DISEASES

Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK

Gamze MUZ

Kamuran ÖZDİL

Özet

Her geçen gün hızla artan kronik hastalıklar, önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Beraberinde artan bakım yükü birey, aile ve toplum sağlığını olumsuz etkilemektedir. Sağlık profesyonelleri, kronik hastalıkların yönetiminde hastalara davranış değişikliği kazandırma da tedavi, bakım ve rehabilitasyon sürecini bütüncül olarak planlamalıdır. Kronik hastalıklarda hastanın öz-yönetim becerisinin olması, birçok eğitim-öğretim teknikleriyle desteklenmesi hastalığın tedavisinde önemlidir.

Motivasyonel görüşme kronik hastalıkların yönetiminde davranış değişikliği kazandırmada kullanılan önemli tekniklerden biridir. Motivasyonel görüşmenin fiziksel ve ruhsal kronik hastalıklarda, hastalığa ve tedaviye uyum gösterilmesinde, davranış değişikliğinin geliştirilmesinde, tedavi ve bakımın en üst düzeyde sunulmasında ve rehabilitasyon sürecinde etkili olduğu belirtilmektedir. Motivasyonel görüşmenin koruyucu sağlık hizmetlerinde, tedavi ve rehabilitasyon sürecinde etkili olduğu düşünüldüğünde sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli rolleri olan sağlık profesyonellerinin kronik hastalıkların yönetiminde motivasyonel görüşme kullanmaları önem arz etmektedir. Bu bölümde, kronik hastalıkların yönetiminde motivasyonel görüşmenin genel özellikleri, kullanım alanları aynı zamanda sağlık profesyonelleri açısından önemi açıklanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kronik Hastalık; Motivasyonel Görüşme; Yönetim.

Abstract

As a result of the increase in chronic diseases, the burden of care of the individual increases and affects the family and community health negatively. Because of these situations, it causes an important public health problem. In the management of chronic diseases, healthcare professionals should plan treatment, care and rehabilitation in a holistic manner as well as bringing behavioral changes to patients. Self-management skills of the patient in the management of chronic diseases should be strengthened by various education and training methods.

Motivational interviewing is one of the important techniques in achieving behavioral change in the management of chronic diseases. It is stated that motivational interviewing is particularly effective in adapting chronic diseases to treatment, creating behavioral change and rehabilitation. In line with these results, healthcare professionals have an important role in increasing the quality of care of the patient and they should use motivational interview techniques especially in the method of chronic diseases. In this section, information about motivational interview in the management of chronic diseases, its areas of use and its importance for healthcare professionals was explained.

Keywords: Chronic Disease; Motivational Interviewing; Management.

Giriş

Kronik hastalıklar dünyada ciddi sağlık problemleri oluşturması nedeniyle bu hastalıkların bireysel yönetimi önemli bir yere sahiptir. Özellikle hastalık yönetiminin sağlanmasında sağlık profesyonellerinin rol ve sorumlulukları büyük önem taşımaktadır. Bundan dolayı özellikle bireysel yönetimi kolaylaştıracak ve davranış değişikliği sağlayacak çalışmaların yapılması önerilmektedir. Bu davranış değişikliği sağlayan yöntemlerden biri olan motivasyonel görüşme birçok kronik hastalığa sahip bireylerin bireysel yönetimlerine olumlu katkı sağlamaktadır (Arabacı, Doğru ve Yıldırım 2018). Kişilere sunulan danışmanlığın kişilerin bilgi eksikliğinin ortadan kaldırıldığı (Paterick ve ark. 2017), hastalıklarını kontrol ederek ve davranış değişikliği sağlamalarında önemli bir unsur olduğu belirtilmektedir. (Sassen 2018). Sağlık profesyonelleri danışmanlık yapabilen önemli kişilerdir ve danışmanlık yaparken uygulamalarına bütün yönüyle ele almalıdırlar (Fereidouni ve ark. 2019). Danışmanlık hizmeti sunan sağlık profesyonelleri, kişinin mevcut durumunu değerlendirmesi için destekler. Danışmanlık hizmeti sunarken sağlık profesyonelleri, etkin dinleme becerisini göstermek, tedavi edici iletişim kurmak, kendini farketme sürecinde destek sunmak, kişisel ve mesleki sınırları korumak ve kendine yönelik farkındalığı geliştirmek zorundadır (Casanova ve ark. 2012). Kişilere sunulan danışmanlık hizmetinde bireysel veya grup olarak sunulan danışmanlık gibi çeşitli yöntemler kullanılmaktadır (Sassen 2018). Danışmanlık hizmetlerinin kişiyi fiziksel, ruhsal, sosyal yönden bütüncül olarak ele alınmasında efektif olduğu belirtilmektedir (Lalazaryan ve Zare-Farashbandi 2014; Zuhur ve Özpancar 2017).

Bu bölümde kronik hastalıklarda motivasyonel görüşme yaklaşımının ele alınması amaçlanmıştır. Bu amaçla kronik hastalıklar, motivasyonel görüşme ve kronik hastalıklarda motivasyonel görüşmenin kullanımına ait literatür eşliğinde ele alınmıştır.

1. Kronik Hastalıklar

Kronik hastalıklar, genellikle bir yıl veya üzeri süregelen ve devamlı tıbbi girişime ihtiyaç duyulan veya günlük yaşam faaliyetlerini kısıtlayan veya her ikisini birden gerektiren durum olarak belirtilmektedir (CDC,2021). Özellikle kronik hastalıkların artmasına sebep olan faktörler arasında bireylerin yaşam tarzındaki değişiklikler, çevresel faktörlerin etkisi, nüfusun yaş ortalamasının artması gibi faktörler yer almaktadır (Durna 2012).

Tüm dünyada ve Türkiye’de kronik hastalıklar, bu hastalıklara bağlı komplikasyonlar ve ölümler her geçen gün artmaktadır. Dünya Sağlık Örgütünde (DSÖ) yer alan bilgilere göre kronik hastalıkların her yıl 41 milyon insanın ölümüne sebep olduğu ve bu oranın dünyadaki tüm ölümlerin %71’ine denk geldiğini bildirilmiştir. Her yıl, 30 ila 69 yaşları arasında 15 milyondan fazla insan kronik hastalıklardan dolayı erken yaşta ölümlere sebep olduğu "erken" ölümlerin %85’i düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana geldiği bildirilmiştir. Dünya genelinde; kronik hastalıklara bağlı ölümlerin çoğundan Kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, solunum yolu hastalıkları ve diyabet takip etmektedir. Tütün kullanımı, hareketsizlik, alkol tüketimi ve sağlıklı olmayan diyetlerin tümü kronik hastalıklara bağlı ölüm riskini artırır (DSÖ 2021). Türkiye Sağlık Araştırması (2019) verilerine göre 15 yaş üstü bireyler de son 12 ay içerisinde yaşadığı başlıca sağlık sorunları incelendiğinde hipertansiyon (%16.4), diyabet (%10.2), kronik obstrüktif akciğer hastalığı (%7.2) gibi kronik hastalıkların yer aldığı ve özellikle hipertansiyon ve diyabet görülme oranlarının 2016 verilerine göre arttığı görülmektedir (TÜİK 2019a). Yine Türkiye’de ölümler nedenlerine göre incelendiğinde, 2019 yılında %36,8 ile dolaşım sistemi hastalıkları, %18,4 ile iyi ve kötü huylu tümörler, %12,9 ile solunum sistemi hastalıkları olmakla birlikte bu sistemlere ait hastalıklar arasında kanserler, iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar ve hipertansiyon gibi kronik hastalıkların ilk sıralarda yer aldığı görülmüştür (TÜİK 2019b). Kronik hastalıklar günümüzde artan hareketsiz yaşam, obezite, tütün ve alkol kullanımı, sağlıksız beslenme gibi nedenlere bağlı adeta küresel boyutta salgın hastalıklar gibi etkisinin sürdürmektedir. Bu hastalıklar sadece bireyi değil, aile, toplum ve ülkelerin sağlık sistemleri açısından birçok riski beraberinde getirmektedir. Uluslararası ve ulusal sağlık kuruluşları kronik hastalıkların saptanması, taranması ve tedavisi ile bakımın hastalığın yönetiminde temel yapı taşları olduğunu vurgulamaktadır (DSÖ 2021,

CDC 2021, SB 2013). Kronik hastalıkların artmasına paralel olarak tüm ülkelere getirmiş olduğu yükte artacaktır.

2. Motivasyonel Görüşme

Motivasyonel görüşme, 1983 yılında geliştirilmiş olan bir danışmanlık biçimidir. Sağlık sorunlarında özellikle davranış değişikliğinin geliştirilmesinde önemli bir unsur olduğu belirtilmektedir. Ayrıca kişilerin motivasyonun zor olduğu kronik hastalıklarda uygulanmaya başlanmıştır. Bir çok hastalığın tedavisinde ve/veya önlenmesinde motivasyonel görüşmenin pozitif etkilerinin olduğu saptanmıştır (Miller ve Rollnick 2013).

Motivasyonel görüşme, kişinin kendi motivasyonunu ve değişimini desteklemek için kullanılan ve karşılıklı işbirliği üzerine temellenen bir danışmanlık biçimi olarak açıklanmaktadır. Motivasyonel görüşmenin esas hedefinin ambivalansın çözümlenmesi ve değerlendirilmesi olduğu ifade edilmektedir. Aynı zamanda danışana odaklandığı ve amaca yönelik olduğu ifade edilmektedir (Szczekala ve ark. 2018; Black 2019).

2.1. Motivasyonel Görüşmenin Özellikleri

- Kişinin değişimini desteklemek amacıyla karşılıklı iş birliğine temellenen kapsamlı görüşme becerileridir. Değişim sürekliliği olan bir süreçtir. Bundan dolayı motivasyonel görüşme bir teknik değildir.
- Değişim hakkında ambivalans duyguları olan kişileri değerlendiren ve danışana odaklanan bir danışmanlık biçimidir. Ambivalans değişim sürecinde oluşan normal bir durumdur. Ambivalansı çözümlenmek danışanın sorumluluğundadır.
- Karşılıklı işbirliği, onaylama, şefkat ve hatırlatma olmak üzere dört anahtar unsuru vardır.
- Danışman çoğunlukla pasif, kişiyi danışmanlığın merkezine çeken ve değerlendirmeyi yapan sessiz bir rol üstlenmelidir.
- Yansıtılmalı dinleme motivasyonel görüşmenin bütün basamaklarında esas olan iletişim şeklidir. Yansıtılmalı dinleme basitten kompleks yansıtılmalara kadar farklılık göstermektedir.
- Özetleme önemli bir basamak olup danışanın verdiği, ele aldığı veya ilişki kurduğu bilgileri birleştirmektir.
- Birtakım basamakların kullanımına motivasyonel görüşmenin uygulandığı kişinin gereksinimine göre tercih edilir. Mesela anımsatmanın kullanımı değişime karar veren kişilerde uygun olmayabilir (Arkowitz ve ark. 2015; Klonek ve ark. 2016).

2.2. Motivasyonel Görüşmenin Temel İlkeleri

Motivasyonel görüşmenin 5 esas ilkesi bulunmaktadır. Bunlar:

- Yansıtılmalı dinleme ve empati yaklaşım,
- Kişinin beklentileriyle mevcut davranışları arasındaki tutarsızlıkları gösterme,
- Tartışmadan veya direk çatışmadan uzak durma,
- Direnci ele alma,
- Öz güveni ve iyimserliği güçlendirmektir (Arkowitz ve ark. 2015).

2.2.1. Empati

Empati, yansıtılmalı dinlemeyle başkasını anlamak için geliştirilebilir bir beceridir. Empatik yaklaşımın sunulabilmesi için karşıdaki kişinin dikkatle ve itina ile dinlenmesine ihtiyaç vardır (Van der Oord ve ark. 2019).

Motivasyonel görüşmede empatinin gösterilebilmesi; değişimi oluşturan konuların sunulması bununla birlikte bireysel sorunları değerlendirmek için tedavi edici ve güven verici bir çevrenin oluşturulmasıdır. Motivasyonel görüşmenin esas ilkeleri, her kişinin eşsiz perspektifini, duygularını, inançlarını ve değerlerini gözetmek ve birey ile güvenli etkileşim sağlandığı zaman pozitif etkilerini ortaya çıkarmaktır (Miller ve Rollnick 2013; Stinson ve Clark 2017).

Motivasyonel görüşmede işlevsel yansıtma dinleme empatinin esasıdır. Bütün motivasyonel görüşme sürecinde empatik yaklaşımın gösterilmesi ve yansıtma dinlemenin yapılması gerekmektedir. Bunlar temel olan kurallardır (Miller ve Rollnick 2013; Arkowitz ve ark. 2015).

2.2.2. Tutarsızlıkları Gösterme

Tutarsızlıkların gösterilmesindeki hedef, kişilerin şu anki davranışları ile gelecekteki hedefledikleri davranışları arasındaki tutarsızlıkları göstermektedir. Kişiler şu anki davranışları ile gelecekteki hedefledikleri arasındaki tutarsızlıkları fark ettiklerinde değişim için motivasyonları desteklenmektedir. Motivasyonel görüşmede danışmanın temel görevi, kişinin şu anki davranışları hedeflenen davranıştan ne kadar farklılaştığına dikkatini çekmektir (Schumacher ve Madson 2014; Stinson ve Clark 2017).

2.2.3. Tartışmadan Uzak Durma ve Direnc Ele Alma

Motivasyonel görüşmenin hedeflerinden bir başkası kişide değişim oluşturmaktır. Değişimin gerçekleşmesinde çoğunlukla karşılaşılan bir konu dirençtir. Direnç, danışman için bir kaygı verici bir durumdur. Çünkü direnç motivasyonel görüşmenin tedavi edici sürecini olumsuz etkilemektedir. Direnç kişinin kendini farklı bir biçimde değerlendirmesinden oluşmaktadır. Bu husus, bireyin perspektifinin anlaşılmasını sağlar. Danışmanın da bu perspektife göre motivasyonel görüşmeyi sürdürmelidir ki etkinli olabilsin. (Miller ve Rollnick 2013; Westra 2012).

Direnç oluştuğunda kişi ile direkt olarak tartışmadan uzak durulmalıdır. Empatik bir yaklaşım ve saygı çerçevesinde etkili olan bir iletişim kurulmalıdır. Olabildiğince direncin tekrardan oluşmaması için gayret edilmelidir. Kişinin motivasyonel görüşmedeki potansiyeli olumlu değişim için kullanılmalıdır (Schumacher ve Madson 2014; Arkowitz ve ark. 2015).

2.2.4. Özgüveni ve İyimserliği Güçlendirme

Kişinin özgüveni, değişim için davranışlarının sorumluluğunu alabilmesi, bir işi yerine getirebilmesi veya o işi başarabilmesi olarak tanımlanmaktadır. Kişiler kendilerine güvenmeyip, davranış değişikliğini gösterebilecekleri ya da o davranışı devam ettirme konusunda motivasyonları zayıf olabilmektedir. Motivasyonel görüşmenin amaçlarından bir başkası ise, kişinin değişim konusunda kendisine yönelik güvenini artırıp iyimserliğini güçlendirmektir. Kişinin özgüvenini artırmak için, kişinin başarılı yönlerinin öğrenilerek bu yönleri vurgulanmalıdır (Westra 2012; Schumacher ve Madson 2014; Özgür 2016).

2.3. Motivasyonel Görüşme Stratejileri ve Süresi

Efektif bir motivasyonel görüşme için görüşme sürecinde iletişim becerileri kullanılmalıdır. Bu beceriler çoğunlukla AOYÖD (Açık uçlu soru sorma, Onaylama, Yansıtma Dinleme, Özetleme, Değişimi Konuşma) olarak isimlendirilmektedir. Motivasyonel görüşmede esas olan bu beceriler aşağıdaki açıklanmıştır (Miller ve Rollnick 2013; Arkowitz ve ark. 2015).

Açık uçlu soru sorma; Durumu detaylı olarak değerlendirmeyi ve bir konu hakkında derinlemesine düşündürmeyi amaçlar. Bununla birlikte açık uçlu sorular kişinin kapsamlı olarak değerlendirilmesini, karşılıklı olarak iş birliğine temellenen ilişkiyi desteklemeyi ve görüşmelerde nasıl sürdürüleceğini sağlamaktadır (Hall ve ark. 2012; Miller ve Rollnick 2013; Arkowitz ve ark. 2015).

Onaylama; Özgüvenin sağlanmasında önemli bir ilkedir. Kişinin başarılı yönlerinin gösterilmesini sağlayan ifadelerdir. Onaylamada, danışman kişinin becerilerini, başarılı taraflarını ve amaçları konusunda bilgilendirilerek değerlendirme yapmaktadır. Danışman kişinin pozitif girişimlerine, gelişim sürecine ve olumlu niyetine odaklanmaktadır. Onaylamada temel olan olumlu noktaları vurgulamaktadır (Schumacher ve Madson 2014; Stinson ve Clark 2017).

Yansıtma dinleme; En önemli iletişim becerilerinden bir tanesidir. Bu becerideki hedef, empatinin sunulması, etkin dinleme ve yansıtma yanıtlarla kişinin durumunu kendi perspektifinden değerlendirmesidir. Yansıtma geri bildirimler kişinin ifade ettiği duygu ve düşüncelerini, değişik sözcüklerle yeniden duymasını ve bu sayede düşünmesini sağlar. Bu becerinin etkinliği kişiyi duygu ve düşüncelerini ifade etmeye, kendinin farketmeye ve sorunlar üzerinden düşünmeye yöneltir (Stinson ve Clark, 2017; Black, 2019). Bununla birlikte yansıtma dinleme, kişiyi değişime doğru yönlendirmede ciddi bir basamaktır ve görüşmenin amaca yönelik olan yönünü güçlendirmektedir. Kişinin değişim seviyesi, farklı olduğu için basitten komplekse doğru çeşitli yansıtma seviyeleri bulunmaktadır (Arkowitz ve ark. 2015; Klonek ve ark. 2016).

Özetleme; Danışmanın özel bir yansıtma biçimidir. Daha önce değerlendirilmiş olan konular arasında bağlantı kurmada verim sağlamaktadır. Aynı zamanda, bu aşama görüşmenin önemli kısımlarını vurgulamayı ve bu kısımları kişilerin tekrar tekrar değerlendirmesini sağlamaktadır. Özetleme, hangi bilgilerin dahil edileceği, hangilerinin azaltılacağı veya hariç tutulacağı sağlar. Bu sayede kişinin uyum göstermesine ve değişimin sağlanmasına yardımcı olur (Schumacher ve Madson 2014; Stinson ve Clark 2017).

Değişimi konuşma; Kişinin değişimini ifade ettiği cümleler olarak tanımlanmaktadır. Kişinin değişim sözcüklerini veya cümlelerini sıklıkla ifade etmesi değişim için hazır olduğunu göstermektedir (Westra 2012; Van der Oord ve ark. 2019).

Son olarak **motivasyonel görüşmenin süresi;** ortama, zamana ve danışman ile danışan arasındaki iletişim şekline göre farklılaşmaktadır. Bir meta-analiz çalışmasında, kısa süren görüşmelerin de motivasyonel görüşmede etkili olabileceği, 15 dakikalık ve bir kişiyle birden çok görüşme yapılmasının yarar olasılığını arttırdığı belirtilmiştir (Martino ve ark. 2008). Ayrıca motivasyonel görüşme birkaç ay ya da birkaç yıl gibi süreyi kapsayabilmekte ve yüz yüze veya telefon aracılığıyla uygulanabilmektedir. Görüşmenin kalitesi, danışman ile danışan arasındaki iletişime ve danışmanın motivasyonel görüşmeyi uygulayabilmesi konusundaki yetkinliğine bağlıdır (Martino ve ark. 2008; Özdemir ve Taşçı 2013).

2.4. Motivasyonel Görüşmenin Kronik Hastalık Yönetiminde Kullanımı

Bu bölümde kronik hastalıkların yönetiminde motivasyonel görüşme tekniğinin kullanımı ilgili literatür bulguları ele alınmıştır.

Literatürde kalp yetmezliği tanısı almış bireylerde hastalığın bireysel yönetiminde yer alan diyet uyum, ilaç tedavisine uyum gibi faktörlerde olumlu sonuçlar verdiği başka bir çalışmada özellikle kalp damar sağlığının korunması ve olumlu sonuçlar ortaya çıkarmada etkili bir yöntem olduğu belirtilmektedir (Thompson ve ark. 2011; Uysal ve Enç 2012). Kronik hastalıkları olan yetişkinlerde ilaç uyumunu artırmak için motivasyonel görüşme müdahalelerinin etkililiğinin incelendiği bir çalışmada; yöntemin etkili olduğu özellikle yüz yüze yapılan motivasyonel görüşme tekniklerinin telefonla yapılanlara göre daha etkili olduğu belirtilmiştir (Zomahoun ve ark. 2017).

Kronik hastalıklar arasında özellikle ağrı gibi semptomlarla bireyin yaşam kalitesini önemli derecede etkileyen kas iskelet sistemi hastalıkları önemli bir yere sahiptir. Kas iskelet sistemi hastalıklarından dolayı işten ayrılan bireylerde yapılan motivasyonel görüşmenin olumlu etkilerinin olduğu ve işe dönüşleri artırdığı saptanmıştır (Aanesen ve ark. 2021).

Motivasyonel görüşmenin tip 2 diyabetli hastalarda kendi kendini yönetme becerilerindeki gelişmelere katkıda bulunabileceğini göstermiştir (West ve ark. 2007; Welch ve ark. 2011). Chen ve ark. yapmış olduğu meta analiz çalışmalarında motivasyonel görüşmenin glikoz seviyelerini ve depresyonu azaltmada sınırlı bir etkisinin olduğu bulunmuştur (Chen ve ark. 2021). Yapılan başka bir çalışmada da kemoterapi tedavisi alan bireylere yapılan motivasyonel görüşmenin yorgunluk düzeylerinde azalmayı sağladığı belirtilmektedir (Ream ve ark. 2015). Hipertansiyonlu bireylerle yapılan bir çalışmada motivasyonel görüşmenin bireylerin kan basıncı düzeyini optimum seviyede tutmada, hastalığa yönelik algılarını pozitif yönde etkilediği, ilaç tedavisine yönelik uyum ve öz-yeterlilik algı düzeylerini yükselttiği bulunmuştur (Özpuat 2015).

Kanser hastalarına telefon ile yapılan motivasyonel görüşmenin ilaç uyumları ve öz etkililik düzeylerinde artmayı sağladığı saptanmıştır (Çakmak 2018). Karaçar'ın KOAH hastalarına verilen özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin bireylerin öz etkililik düzeylerini artırmada ve dispne yönetiminde etkili olduğu belirtilmektedir (Karaçar 2015).

Diyaliz tedavisi alan bireylere Watson insan Bakım Kuramına göre temellendirilmiş motivasyonel görüşme ve eğitiminin bireylerin tedaviye uyum ve yaşam kalitesi düzeylerinde artma olduğu saptanmıştır (Yangöz 2020). Prediyaliz hastaları ile yapılan motivasyonel görüşmenin yaşam kalitesini artırmada olumlu bir etkisi olduğu saptanmıştır (García-Llana ve ark. 2014). Kahrman ve ark. yapmış olduğu sistematik derleme çalışmasında KOAH hastalarına yapılan motivasyonel görüşmenin fiziksel aktivite üzerinde kısa vadeli olumlu bir etkisi olabileceğini bildirmişlerdir (Kahrman ve ark. 2019). Zomahoun ve ark. yapmış olduğu metaanaliz çalışmasında motivasyonel görüşmenin kronik hastalıklarda ilaç uyumunu artırabileceğini belirtmişlerdir (Zomahoun ve ark. 2017).

Motivasyonel görüşme fiziksel hastalıklarda olduğu gibi ruhsal hastalıklarda da kullanılmaktadır. Ruhsal bozukluğu olan kişilerde tedaviye uyumda motivasyonel görüşme temelli tedavilerin etkisini incelendiği meta-analiz çalışmasında uzun süreli yapılan motivasyonel görüşmenin kişilerde tedaviye uyumu ileri düzeyde arttırdığını bildirilmiştir (Wong-Anuchit ve ark. 2019). Motivasyonel görüşme temelli uyum terapisinin uygulandığı bir çalışmada ruhsal bozukluğu olan kişilerde özellikle ilaç tedavisine uyumda olumlu sonuçlar görüldüğünü bildirilmiştir (Chien ve ark. 2019). Lee ve arkadaşlarının yaptığı çalışmasında ise motivasyonel görüşmenin şizofrenik bozukluğu olan bireylerin tedaviye uyumu belirgin şekilde etkilediği bildirilmiştir (Lee ve ark. 2017).

Sonuç

Küresel olarak artan kronik hastalıklar; beraberinde tanılama, tedavi, bakım ve rehabilitasyon aşamalarında birey, aile ve toplum üzerindeki yükü de arttırdığı bilinmektedir. Kronik hastalıkların uzun süreli etkileri göz önüne alındığında bu sorunlarla mücadele etmekte bireyin sağlık davranışlarının değişimi ve hastalığa uyum sağlaması en önemli bileşendir. Literatürde Birey odaklı çalışmalarda ise motivasyonel görüşme tekniğinin etkili olduğu görülmüştür. Özellikle erken yaşta ölümlerin azaltılması, hastalıklara bağlı komplikasyon ve sekellerin önlenmesi, yaşam kalitesinin artırılması, yaşam süresinin uzaması gibi dolaylı etkileri göz önüne alındığında motivasyonel görüşmenin maliyet-fayda açısından önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir. Ancak tüm bu yararlarının yanı sıra birey odaklı yaklaşıma temellenmesi, konuda uzman sağlık çalışanı sayısı sınırlılığı, uzun süre alması, hizmetin ücretli ve/veya ücretsiz verilmesine ilişkin ülkelerin sağlık politikalarındaki farklılıkların da göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Sonuç olarak, motivasyonel görüşme kronik hastalıkların yönetiminde önemli bir yere sahiptir.

Kaynakça

- Aanesen, F., Berg, R., Løchting, I., Tingulstad, A., Eik, H., Storheim, K., ... & Øiestad, B. E. (2021). Motivational interviewing and return to work for people with musculoskeletal disorders: a systematic mapping review. *Journal of occupational rehabilitation*, 31(1), 63-71.
- Arabacı, Z., Doğru, A., & Yıldırım, J.G. (2018). Kronik Hastalıklarda Transteoretik Modele Dayandırılarak Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Kullanılması. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 3(2), 136-147.
- Arkowitz, H., Miller, W.R., Rollnick, S. (2015). *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. New York, Amerika: Guilford Publications, 1-400.

- Black, SW. (2019). Using motivational interviewing and constructivism to address information illiteracy. *Psychology of Women Quarterly*, 44(1):130-134.
- Casañas, R., Catalán, R., Del Val, JL., Real, J., Valero, S., Casas, M. (2012). Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 12(1):230.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2021). Promoting Health for Adults. <https://www.cdc.gov/chronicdisease/resources/publications/factsheets/promoting-health-for-adults.htm>
- Chen, Y., Tian, Y., Sun, X., Zhang, F., & Huang, X. (2021). Effects of motivational interviewing on HbA1c and depression among cases with type 1 diabetes: a meta-analysis. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*, 1-12.
- Chien, W. T., Cheung, E. F., Mui, J. H., Gray, R., & Ip, G. (2019). Adherence therapy for schizophrenia: a randomised controlled trial. *Hong Kong Med J*, 25(Suppl 2), 4-9.
- Çakmak, HS. (2018). Oral Kemoterapi İlaç Kullanan Kanser Hastalarında Motivasyonel Görüşme Temelli Danışmanlığın İlaç Uyumu ve Öz-Etkililiğe Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü İç Hastalıkları Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara, 2018.
- Durna, Z. (Ed.). (2012). *Kronik Hastalıklar ve Bakım*. 1.Baskı. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2021). Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Fereidouni, Z., Sarvestani, R. S., Hariri, G., Kuhpaye, S. A., Amirkhani, M., & Kalyani, M. N. (2019). Moving into action: The master key to patient education. *The journal of nursing research*, 27(1), 1-8.
- García-Llana, H., Remor, E., del Peso, G., Celadilla, O., & Selgas, R. (2014). Motivational interviewing promotes adherence and improves wellbeing in pre-dialysis patients with advanced chronic kidney disease. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 21(1), 103-115.
- Hall, K., Gibbie, T., & Lubman, D. I. (2012). Motivational interviewing techniques: Facilitating behaviour change in the general practice setting. *Australian family physician*, 41(9), 660-667.
- Kahrman, N., Scheermesser, M., & Osthoff, A. K. R. (2019). The Effect of Motivational Interviewing on Physical Activity in Subjects with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *physioscience*, 15(02), 81-91.
- Karaçar, Y. (2019). KOAH hastalarında özyönetim eğitimi ve motivasyonel görüşmenin öz-etkililik üzerine etkisi. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
- Klonek, F. E., Wunderlich, E., Spurr, D., & Kauffeld, S. (2016). Career counseling meets motivational interviewing: A sequential analysis of dynamic counselor–client interactions. *Journal of Vocational Behavior*, 94, 28-38.
- Lalazaryan, A., & Zare-Farashbandi, F. (2014). A review of models and theories of health information seeking behavior. *International Journal of Health System and Disaster Management*, 2(4), 193.
- Lee, D., & Kim, S. (2017). The Effects of Group Motivational Interviewing Compliance Therapy on Drug Attitude, Medicine Application Self-efficacy and Medicine Application in Psychiatric Patients. *Journal of Korean Academy of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(4), 391-401.
- Martino, S., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T. L., & Carroll, K. M. (2008). Community program therapist adherence and competence in motivational enhancement therapy. *Drug and alcohol dependence*, 96(1-2), 37-48.
- Miller, WR., Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping People Change*. New York: Guilford Press, 1-400.
- Özdemir, Ü., & Taşcı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 57-72.
- Özgür, G. (2016). Motivasyonel görüşme ve ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği. *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics*, 2(3): 4-59.
- Özpulat, F. (2015). Motivasyonel Görüşmenin Hipertansif Bireylerin Özyeterlilik Algısına ve İlaç Tedavisi Uyumuna Etkisi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Doktora Tezi, Ankara.

- Paterick, T. E., Patel, N., Tajik, A. J., & Chandrasekaran, K. (2017, January). Improving health outcomes through patient education and partnerships with patients. *In Baylor University Medical Center Proceedings* (Vol. 30, No. 1, pp. 112-113). Taylor & Francis.
- Ream, E., Gargaro, G., Barsevick, A., & Richardson, A. (2015). Management of cancer-related fatigue during chemotherapy through telephone motivational interviewing: modeling and randomized exploratory trial. *Patient Education and Counseling*, 98(2), 199-206.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. (2008). *Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior*. Guilford Press.
- Sağlık Bakanlığı (SB). (2013). Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf>
- Sassen, B. (2018). Nursing: Health Education and Improving Patient Self-Management. Hollanda: Springer, 70-79.
- Schumacher, JA., Madson, MB. (2014). *Fundamentals of Motivational Interviewing: Tips and Strategies for Addressing Common Clinical Challenges*. New York: Oxford University Press, 2014:11-70.
- Stinson, JD., Clark, MD. (2017). *Motivational Interviewing with Offenders: Engagement, Rehabilitation, and Reentry*. New York: Guilford Publications, 15-199.
- Szczekala, K., Wiktor, K., Kanadys, K., & Wiktor, H. (2018). Benefits of Motivational Interviewing application for patients and healthcare professionals. *Polish Journal of Public Health*, 128(4).
- Thompson, D.R., Chair, S. Y., Chan, S.W., Astin, F., Davidson, P.M. & Ski, C.F. (2011). Motivational interviewing: A useful approach to improving cardiovascular health?. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1236-1244
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2020). Kronik Hastalıklar. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turkey-Health-Survey-2019-33661>.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2020). Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710>
- Uysal, H., Enç, N. (2012). Kronik kalp yetersizliği olan hastaların uyumu için motivasyonel görüşme. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 1(3), 33-38.
- Van der Oord, S., Bögels, S., Peijnenburg, D., Vidrine, J., Spears, C., Heppner, W., ... & Shapiro, S. (2019). 64 Motivational Interviewing. *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*, 21(5), 288.
- Yangöz, ŞT. (2020). Watson insan bakım kuramına temellendirilmiş motivasyonel görüşmenin ve eğitiminin hemodiyaliz uygulanan bireylerin tedaviye uyumuna, memnuniyetine ve yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi, Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, Antalya.
- Zomahoun, H. T. V., Guenette, L., Gregoire, J. P., Lauzier, S., Lawani, A. M., Ferdynus, C., ... & Moisan, J. (2017). Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *International journal of epidemiology*, 46(2), 589-602.
- Zuhur, G., Özpancar, N. (2017). Türkiye’de kronik hastalık yönetiminde hemşirelik modellerinin kullanımı: sistematik derleme. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 19(2):57-74.
- Welch, G., Zagarins, S. E., Feinberg, R. G., & Garb, J. L. (2011). Motivational interviewing delivered by diabetes educators: does it improve blood glucose control among poorly controlled type 2 diabetes patients?. *Diabetes research and clinical practice*, 91(1), 54-60.
- West, D. S., DiLillo, V., Bursac, Z., Gore, S. A., & Greene, P. G. (2007). Motivational interviewing improves weight loss in women with type 2 diabetes. *Diabetes care*, 30(5), 1081-1087.
- Westra, HA. (2012). *Motivational Interviewing in the Treatment of Anxiety*. New York: Guilford Press; 67-122.
- Wong-Anuchit, C., Chantamit-O-Pas, C., Schneider, J. K., & Mills, A. C. (2019). Motivational interviewing-based compliance/adherence therapy interventions to improve psychiatric symptoms of people with severe mental illness: Meta-analysis. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 25(2), 122-133.
- <https://www.cdc.gov/chronicdisease/about/index.htm> Erişim Tarihi: 17.11.2021

YAZARLAR

Arş. Gör. Dr. Gülhan KÜÇÜK ÖZTÜRK

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD
gulhankucuk@nevsehir.edu.tr
ORCID: 0000-0002-9220-6051

2013'de Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünden mezun olmuştur. 2016'da Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalından bilim uzmanlığı unvanını almıştır. 2021'de Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği programında tamamlamıştır. 2013-2014 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Hemşire olarak görev almıştır. 2015 tarihinden beri Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktadır.

Öğr. Gör. Dr. Kamuran ÖZDİL

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Yaşlı Bakım Programı
kamuranozdil@nevsehir.edu.tr
ORCID: 0000-0003-0852-7854

2003'de Erciyes Üniversitesi Nevşehir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünden mezun olmuştur. 2005'de Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalından bilim uzmanlığı unvanını almıştır ve Doktora eğitimini 2018'de aynı enstitünün Halk Sağlığı Hemşireliği programında tamamlamıştır. 2004-2010 yılları arasında Nevşehir Özkonak kasabasında bulunan Mevlüt Özden Vakfı Özkan Huzurevinde müdür olarak görev yapmıştır. 2010-2018 yılları arasında Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yaşlı Bakım programında öğretim görevlisi olarak görev yapmıştır. 2018 yılından bu yana yine aynı üniversitede öğretim görevlisi doktor olarak görev yapmaktadır.

Dr. Öğr. Üyesi Gamze MUZ

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İç Hastalıkları Hemşireliği ABD
gucakan@nevsehir.edu.tr
ORCID: 0000-0002-1452-9250

2008 yılında Gazi Üniversitesi Kırşehir Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünden mezun olmuştur. 2010 yılında Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalından bilim uzmanlığı unvanını almıştır ve Doktora eğitimini 2015 yılında aynı enstitünün İç Hastalıkları Hemşireliği programında tamamlamıştır. 2008-2009 yılları arasında Erciyes Üniversitesi Göğüs Cerrahi Yoğun bakım hemşireliği yapmıştır. 2009-2015 yılları arasında Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında araştırma görevlisi, 2015 yılından itibaren Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi İç Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalında doktor öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.



HÜNKAR
HACI BEKTAŞ VELİ
ANMA ve ARMAĞAN KİTABI

750.YIL



Hacı Bektaş Veli'nin
Vefatının 750.
Yılı Dönümü (1209-1271)



DOĞUM SONU DÖNEMDE FARK EDİLEN NÖRAL TÜP DEFEKTİ: OLGU SUNUMU¹ NEURAL TUBE DEFECT IN POSTPARTUM PERIOD: A CASE REPORT

Gamze Gülsüm KILIÇ

Ayşegül ÖZCAN

Özet

Nöral Tüp Defekti (NTD) dünyada ikinci sık rastlanılan doğumsal defekt hastalığı olup, binde 1-10 sıklığında görülmektedir. Türkiye’de yapılan bir çalışmada NTD prevelansının 1000 canlı doğumda 3 olduğu gösterilmiştir. NTD, gebelik döneminde fertilizasyon sonrası 18-28. günler arasında nöral gelişim sırasında meydana gelen defekten kaynaklanabileceği belirtilmektedir. Nedeni tam olarak bilinmemesine rağmen hem genetik hem de çevresel birçok faktörün gelişiminde önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Günümüzde gebelikte gelişebilecek Nöral tüp defekt riskinin azaltılmasında perikonsepsiyonel dönemde folik asit kullanımı önemlidir. Bu durum birçok ülkede halk sağlığı politikalarında yer almaktadır. Ancak plansız gebeliklerde birçok kadın gebe olduğunu bilmediğinden beslenmelerine gereken özeni göstermemekte ve çoğu zaman folik asit desteği almamaktadırlar. NTD’nin önlenmesinde, erken tanınmasında birinci basamakta çalışan hemşirelerin eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin yanı sıra spina bfidalı çocuğun ailesiyle birlikte sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli görev ve rolleri bulunmaktadır.

Olgu: Gebeliğinin 36. haftasında kırsal bölgeye ailesinin yanına göç ile gelen, 24 yaşındaki gebenin gerekli izlem ve takipleri yapılmıştır. Gebenin sağlık öyküsü alındığında; şimdiye kadar kullandığı vitamin destekleri sorulmuş olup, hiç folik asit kullanmadığı öğrenilmiştir. Daha önceki 2 gebeliğinde de folik asit kullanmadığını bu konuda bilgisinin olmadığını belirtmiştir. Folik asitin öneminden gebelik döneminde birinci basamak sağlık hizmetlerinde hiç bahsedilmediğini, sağlık hizmetleri almada zorluk yaşadığını, maddi sebepleri göstererek uzman hekime gitmediğini belirtmiştir. Gebe, 40 haftalık iken doğum yapmıştır. Doğumdan sonra (6.gün) bebek topuk kanı alımı için bebek ve annesi, kayınvalidesi ile beraber Aile Sağlığı Merkezine gelmişlerdir. İzlemede; bebeğin boyu, kilosu, baş çevresi ölçümleri ve fontanel açıklık durumları değerlendirilmiştir. Bebek ve lohusanın izlemleri ve takipleri için anne bilgilendirilmiştir. Ayrıca doğum raporu ve kimlik durumu sorgulanmıştır, gerekli bilgiler dijital ortama işlenmiştir. Bebek topuk kanının ne amaçla yapıldığı anneye açıklanmıştır.

Anneye bebeğin topuk kanının ne amaçla yapıldığı açıklanmış, anne sütünün önemi ve emzirme teknikleri hakkında eğitim verilmiştir. Muayene esnasında anne ile beraber gelen kayınvalidenin, sorulara kendisinin cevap vermesi, daha çok iletişime geçmesi dikkat çekmiştir. Yapılan muayenede bebekte; spina bfidalı defekti gözlenmiştir. Bebek doğduğunda hastane tarafından bu defekt ile ilgili kontrol muayenesine gelmeleri aileye önerilmiş ancak kayınvalide “defektin kendi kendine geçeceğini” düşünmektedir.

Lohusanın kanama durumu, vital bulguları, doğum sonu dönemde psikososyal sağlık durumu sorgulanmış, cinsellik hakkında danışmanlık verilmiştir. Annenin beden kitle indeksi normal aralıklarda olup, herhangi bir diyabet öyküsü bulunmamaktadır. Annenin üçüncü doğumu ve 2 yıldan sık aralıklarla doğumları gerçekleşmiştir. Bebekte gelişen nöral tüp defektinin gebelik öncesi ve gebelik döneminde yetersiz folat alımına bağlı geliştiği düşünülmüştür. Lohusa izlemler sırasında endişeli olduğu gözlenmiştir. Lohusanın herhangi bir ekonomik özgürlüğü olmaması, annenin eğitim seviyesinin ilkökul olması, kırsal bölgeden ileri sağlık bakım hizmeti alabileceği yere gidebilmesi için gerekli olan ulaşım masrafı ve bölgenin kültüründe bir kadının yalnız başına bebeğiyle herhangi bir yere gönderilemeyeceği göz önüne alınmıştır. Olgudaki sağlık problemi aile sağlığı merkezinde yapılan doğum sonu izlemlerde fark edilince gerekli hassasiyet gösterilerek, hastalığın nedenleri, sonuçları ve komplikasyonları hakkında eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmiş, endişeli gözükten lohusa rahatlatılmıştır.

Sonuç: NTD’lerin önlenmesinde birinci basamakta çalışan sağlık ekibine önemli görevler düşmektedir. Sağlığın korunması ve geliştirilmesinde büyük payı olan hemşirelerin takip ve gözlemlerine önem verilmelidir. Özellikle üreme çağındaki kadınlarla sıkça karşılaşan birinci basamakta çalışan hemşirelere hastalık risk değerlendirme ve danışmanlık hizmeti vermede, spina bfidalı çocuğun yaşam kalitesinin artırılmasına ailesiyle işbirliğiyle birçok görev ve sorumlulukları vardır. Bu nedenle toplumlarda sık görülen bu defekt ile ilgili sağlık profesyonellerine

¹ 2.Uluslararası 3. Ulusal Doğum Sonu Bakım Kongresi 3-6 Ekim 2019, Konya, Sözel bildiri olarak sunuldu.

hizmet içi eğitimler düzenlenmeli, özellikle gelir ve eğitim düzeyi düşük riskli olan kırsal alanda yaşayan üreme çağı kadınlara planlı gebelik konusunda eğitim ve danışmanlık, NFD risk faktörlerine yönelik bilinçlendirme çalışmaları yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Nöral Tüp Defektleri, Halk Sağlığı Hemşireliği, Folik Asit Eksikliği.

Abstract

32 million pregnant women have anemia in the World Health Organization (WHO) and 19 million pregnant women have folate, zinc and iodine deficiency. It was reported that vitamin and mineral deficiencies have negative effects on pregnant and fetus health and also increase the morbidity and mortality risk in childhood. One of the most common congenital anomalies is neural tube defects (NTD). NTD genetics and the causes of the problem are the defect of the neural plate forming the spinal cord, adjusting the contents of the tube, and even closing after the average in the third and fourth weeks of connection on a computer. This defect, 18-28 postpartum fertilization after birth. Between days, it is said to be the source of a defect in one of the five closure areas combined in neural development.

Necessary follow-up and follow-up of a pregnant woman, who was 24 years old, migrated to her family in the 36th week of her pregnancy in the countryside. When the health history of the pregnant woman is taken; she was asked about the vitamin supplements she used so far and she did not use any folic acid. He stated that the importance of folic acid was not mentioned in primary health care during pregnancy. He stated that he had rarely visited the specialist gynecology and obstetrician by showing financial reasons. The pregnant woman gave birth at the age of 40 weeks. The mother was informed about the follow-up and follow-up of the baby and the puerperium. When they come after birth, the baby; spinal cord, meninges and cerebrospinal fluid protruding out of the vertebral defect, the baby had a spina bifida defect. The mother's body mass index was within normal ranges and there was no history of diabetes. Therefore, this condition was thought to be due to insufficient folate intake before and during pregnancy. When this situation was noticed in the postpartum follow-up visits in the family health center, necessary sensitivity was shown and education and counseling services were provided on the causes, consequences and complications of the disease and the puerperal was relieved.

An application for the prevention of NTDs in Turkey is a great mission to teams working in primary care. Spina bifida is the second most common congenital defect disease in the world and it is seen with a frequency of 1-10 per thousand. In a study conducted in Turkey it has been shown to be 3 per 1000 live births prevalence of NTDs. Primary health care workers who frequently encounter reproductive age women play an important

role in providing risk assessment and counseling services. For this reason, in-service trainings should be organized for health professionals related to this defect, which is common in societies. The effectiveness of folic acid used in the periconceptional period to reduce the risk of pregnancy with neural tube defects is indisputable today, and this information has been transformed into public health policies in many countries.

Keywords: Neural Tube Defects, Public Health Nursing, Folik Asit Deficiency.

Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) raporunda dünyada 32 milyon gebede anemi olduğunu, 19 milyon gebede A vitamini eksikliği ve milyonlarca gebelikte folat, çinko ve iyot eksikliğinin olduğunu bildirmiştir. Vitamin ve mineral eksikliği gebe ve fetus sağlığını olumsuz etkilemekte ve çocukluk döneminde morbidite ve mortalite riskini de arttırmaktadır (WHO 2015). Doğumsal anomalilerden en sık görülenlerinden biri nöral tüp defektleridir (NTD). NTD genetik ve çevresel nedeniyle gebeliğin üçüncü ve dördüncü haftalarında nöral plağın omuriliği oluşturması sırasında meydana gelen kapanma defektidir (Yan ve ark 2017; Başlı ve Aksu 2019; Çakır ve ark 2019). Bu defekt, gebelik döneminde fertilizasyondan sonraki 18-28. günler arasında nöral plağın gelişim sırasında birleşen beş kapanma alanından birisinde olduğu belirtilmektedir. NTD'nin en sık görülen türlerinden birisi spina bifidadır (Geisel 2003). Spina bifida torakal, lomber ve sacral bölgede spinal arkta nöral tüpün hatalı kapanması sonucu meydana gelmektedir (NDA 2014). Spina bifida idrar ve mesane kontrol sorunlarına, hareket zorluklarına, duyu eksikliğine, bağırsak bozukluğu gibi birçok soruna neden olmaktadır. Spinalı bebekler ileri dönemlerinde yürüme zorluğu da yaşayabilmektedirler (TC Sağlık Bakanlığı 2016).

Gebelikte folik asit, uterus ve plasentanın gelişiminde, fetusun büyümesi ve maternal kırmızı kan hücre hacminin artışı için gerekli olup preterm eylem, abortus, plasenta anomalileri, intrauterin gelişim geriliği (IUGR), düşük doğum ağırlığı ve nöral tüp defekt (NTD) oluşumunun önlenmesinde önemlidir (Dayı ve Pekcan 2019; ACOG, 2017). Gebelik döneminde folat gereksinimi artmakta ve tek başına diyet ile karşılanamamaktadır. Bu nedenle de gebelik döneminde kadınlara folik asit desteği önerilmektedir (Yan ve ark 2017; Şimşek, Karaağaç, Tunçer ve Yardımcı 2021). Ancak plansız gerçekleşen gebeliklerde birçok kadın gebe olduğunu bilmediğinden dolayı beslenmelerine gereken özeni göstermemekte ve ihtiyacı olan folik asit desteği almamaktadır. Gebeliğin planlı gerçekleşmesi ve gebeliğin oluşumunun 2.5-3.5 ay öncesinde folik asit desteğine başlanması (400 mcg/gün) önerilmektedir. İlk trimester boyunca da kullanılmaya devam edilmesi gerekmektedir (Dayı ve Pekcan 2019; Güler, Bilgiç, Okumuş ve Yağcan 2019). Türkiye Beslenme Rehberi 2015 verilerine göre de Türk toplumunda yer alan gebeler için önerilen folat vitamini güvenilir alım düzeyi 600 mcg/gün, üst alım düzeyi ise 1 mg/gün olarak bilinmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2015).

21. Yüzyıl Sağlık Hedefleri arasında sağlığı geliştirme kavramı yer almaktadır. Sağlığı geliştirme; bireyin iyilik halinin artırılması ve sağlığı yükseltmeyi amaçlayan bilgi, tutum ve becerilerin kazanılması sürecidir (Aydın 2019). Günümüzde üreme çağındaki kadınlarla daha çok karşılaşan birinci basamakta çalışan hemşirelerin prekonsepsiyonel bakım ile ilgili bilgilerinin güncellenmesi önemlidir (Ergün 2009; Sekizler ve Daşkan 2021; Sezgin ve Kartal 2021). Prekonsepsiyonel ve doğum öncesi dönemde beslenmenin nörogelişimsel hastalıklar üzerine etkisini araştıran bir metanalizde, bu dönemde alınan folik asit ve multivitamin takviyesinin çocukta görülebilecek nörogelişimsel bozuklukluların riskini azalttığı bildirilmiştir (De-Regil, Peña-Rosas, Fernández-Gaxiola ve Rayco-Solon 2015). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve T.C. Sağlık Bakanlığı rehberlerinde prekonsepsiyonel dönemden itibaren gebeliğin 12.haftasına kadar günde en az 400 mcg folik asit alınması önerilmektedir. Bu miktar nöral tüp defekti açısından riskli grupta yer alan bireylerde planlanan gebelikten en az 3 ay önce başlamak üzere 4-5 mg/gün olarak önerilmektedir (TC Sağlık Bakanlığı 2014 Sezgin ve Kartal 2021).

Bu makale ile nöral tüp defektli bir bebek değerlendirilerek olgu özetlenmiş olup, konunun önemi vurgulanmaya çalışılmıştır.

Olgu

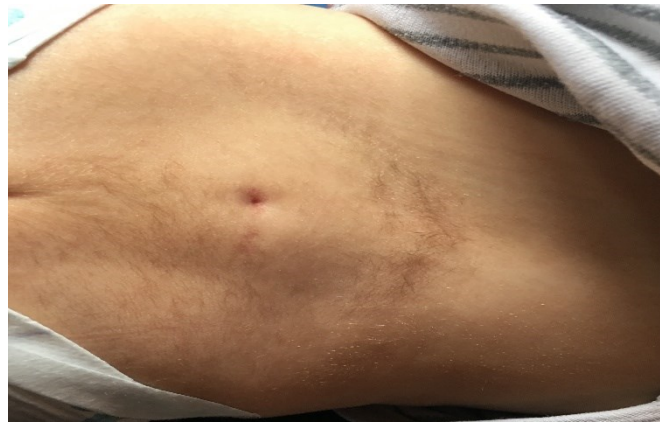
Kırsal bölgede, 24 yaşında, daha önce 2 canlı doğumla sonuçlanmış gebelik öyküsü olan, 3. gebeliğinin 36. haftasında ailesinin yanına göç ile gelen gebenin gerekli izlem ve takipleri yapılmıştır. Gebenin sağlık öyküsü alındığında; şimdiye kadar kullandığı vitamin destekleri sorulmuş olup, hiç folik asit kullanmadığı öğrenilmiştir. Gebe ile konuşulduğunda folik asitin öneminden gebelik döneminde birinci basamak sağlık hizmetlerinde hiç bahsedilmediğini belirtmiştir. Ayrıca gebe, maddi sebepleri göstererek

uzman kadın hastalıkları ve doğum hekimine çok nadir gittiğini belirtmiştir. Gebe 40 haftalık iken Kayseri Şehir Hastanesi'nde doğum yapmıştır.

Doğumdan sonra 1. haftada bebek ve lohusa Aile Sağlığı Merkezine başvurmuştur. Bebek ve lohusanın izlemleri ve takipleri için anne bilgilendirilmiştir. Yapılan bebek fizik muayenesinde; spil, meninksler ve serebrospinal sıvı vertebra defektinin olduğu bölgeden dışarı doğru çıkıntı yaptığı dolayısıyla bebekte nöral tüp defekti (NTD) gözlenmiştir. İzlemden önce anne, bebeğin defekt durumu ile ilgili bilgi vermemiştir. Aileye bu durum sorulduğunda, doğumdan sonra taburcu olurken ikinci basamak sağlık hizmetlerinde anlatıldığı ve kontrol için gün verildiği öğrenilmiştir. Fakat aile bu durumu bu konuda yeterince bilgi sahibi olmadığı için pek önemsememiş olup, bu durumun zamanla düzeleceğini düşündüklerini ve kontrole gitmeyi düşünmediklerini belirtmişlerdir.

Annenin beden kitle indeksi normal aralıklarda olup, herhangi bir diyabet öyküsü bulunmamaktadır. Anne 2 yıldan sık doğum yapmış olup vitamin kullanmadığı göz önüne alındığında bu durumunun gebelik öncesi ve gebelik döneminde yetersiz folat alımına bağlı geliştiği düşünülmüştür. Anne izlemlerde endişeli gözlenmekte, anneye bebeği ilgili sorular sorulduğunda kayınvalidenin soruları cevapladığı gözlenmiştir. Ülkemizde kırsal bölgelerdeki aile yapılarının kültürel özellikleri dikkate alındığında, lohusaların dışarıya tek çıkamaması ve bebek bakımında geleneksel yapılan bazı mitlerin devam etmesi daha kolay anlaşılacaktır.

Aile sağlığı merkezinde yapılan doğum sonu izlemlerde NTD fark edilince, gerekli hassasiyet gösterilerek, hastalığın nedenleri, sonuçları ve komplikasyonları hakkında eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmiş, lohusa rahatlatılmıştır. Anneye ve birlikte yaşadığı ailenin diğer bireylerine eğitimlerle hastalık anlatılmıştır. Özellikle kırsalda söz sahibi durumunda olan aile büyüklerine ev ziyaretleri yoluyla görüşmeler yapılmıştır. Aile bireylerinin bu konudaki düşünceleri dinlenmiş ve soruları yanıtlanmıştır. Görüşmeler ışığında aile ikna olmuş, bu ameliyatı düşüneceklerini belirtmişlerdir. İkna olan aile, bebeği gerekli kontrollerden geçirdikten 6 ay sonra cerrahi operasyon gerçekleştirmiştir. Ameliyat sonrası taburcu olan bebek için ev ziyareti planlanmıştır. Ev ziyaretinde bebeğin tam fizik muayenesi yapılarak anneden öykü alınmıştır. Operasyon sonrası annenin endişeleri ve korkuları öğrenilmiş, ameliyat sonrası oluşabilecek riskler ve bebeğin rutin devam edecek aşı takipleri hakkında aileye planlamalar anlatılmıştır. Rutin bebek takibinden farklı olarak sık izlem aralıkları gözetilmiştir. Ameliyat sonrası bebeğin durumu değerlendirilmiştir. Sütür bölgesi, enfeksiyon belirtileri yönünden incelenmiştir. Aileye gerekli bilgi ve danışmanlıklar verilmiştir.



Şekil 1: Doğum sonu dönemde NTD nin görüntüsü



Şekil 2: Ameliyat sonrası dönemde takip

Sonuç

Türkiye’de NTD’lerin önlenmesi için yapılan uygulamalarda birinci basamaktaki sağlık profesyonellerine önemli görev ve sorumluluklar düşmektedir. Özellikle birinci basamakta çalışan hemşireler, gebeliğin izlemi, yenidoğan bakım ve izlemi, lohusa bakımın da eğitim, danışmanlık gibi görev ve sorumlulukları vardır (Temizkan ve Danışan 2021; Yıldız ve Akbayrak 2008). Özellikle hemşireler, her yaş grubunda sağlığı koruma, geliştirme ve sağlık sorunlarının çözümüne yönelik toplum destekli, multidisipliner yaklaşımli bir tavır sergilemelidirler.

Spina bifida, nöromotor hasar, skolyoz, mesane ve bağırsak problemleri ile birlikte fiziksel, mental ve sosyal sorunlara neden olan toplumsal bir hastalıktır (Bowman, Grant, Tomita ve Ito 2001). Literatür NTD taramasında, alfafeto protein(AFP) değerlerinin duyarlılığının önemi sebebiyle gebeliğin 16-18. Haftalarında tanı testlerinin yapılmasını önermektedir (Tunçbilek, Boduroğlu ve Alikashifoğlu 199; Çakmak ve ark. 2015). Olguda gebelik döneminde herhangi bir tanı testi yaptırmadığını belirten birey, bu tanı testlerinin öneminden bahsedilmediğini belirtmiştir. Gebenin genç yaşta olması, sık aralıklarda doğum yapması ve üçüncü gebeliğinde tarama testlerini yaptırmaması, vitamin ve mineral kullanmaması, göçle ailesinin yanına gelmesi, gebeliğinde birinci basamak sağlık kontrollerini aksatması risk faktörlerindedir. Bu risk faktörleri için hemşireler tarafından güncel ve kanıta dayalı bilgiler doğrultusunda eğitimler planlanması oldukça önemlidir.

Yapılan kohort bir araştırmada gebelik öncesi veya gebelikte, anti epileptik bir preparat olan Valproik Asitin (Depakin) gebeliğin ilk üç ayında kullanımı, spina bifida riskini artırdığını bildirmiştir (Jentink ve ark. 2010). Bu olguda gebe herhangi bir bilinçsiz ilaç kullanmamış ancak aile planlaması yöntemleri hakkında yeterli bilgi sahibi olmadığı yapılan görüşmelerde belirlenmiştir. Sağlıklı toplumlar hedefi için planlı gebelik bilincinin geliştirilmesi gerekmektedir. Olguda gebelik öncesi plan yapılmamış olup, 2 yıldan sık gebelik mevcuttur. NTD gelişiminde prekonsepsiyonel dönemden itibaren birden fazla etiyolojik faktör yer almaktadır. Maternal obezite, pregestasyonel diyabet, sigara kullanımı NTD görülme sıklığını artırdığına yönelik yayınlar mevcuttur (Anderson ve ark. 2015; Çakır ve ark. 2018). Özellikle birinci basamak sağlık profesyonelleri kırsal alanda yaşayan gebelerde mutlaka gestasyonel diyabet öyküsü, kilo alımı, sigara kullanımı sorgulanmalı, gerekli önlemlerin alınması için bilgilendirmeler yapılmalıdır.

Toplumlarda sık görülen nöral tüp defektlerini önleme stratejileri arasında gebelik öncesinde ve gebelikte yeterli ve dengeli beslenme ve diyetle folik asit alımı ilk sıralardadır. Üreme çağında olan kadınların günlük diyetle alınan folik asitin ihtiyacın yarısını karşıladığı belirtilmiştir. Bunun nedeni folik asit ısıya duyarlı olduğu için pişirme esnasında besinlerin folik asit değerinin azalmasına neden olmaktadır (Başlı ve Aksu, 2018; Dayı ve Pekcan, 2019). Üreme çağındaki kadınlara folik asit içeren

gıdalar hakkında bilgilendirilme yapılması, besin değer kaybını önlemeleri için taze ve az pişirerek besin tüketmeleri önerilmelidir. Temel besinlerinin başında eklemek gelen bizim gibi gelişmekte olan ülkelerde, ekmeçlik una folik asit eklenmesi gerekmekte olup, ÷lke çapında doğumsal anomalilerin önlenmesi adına beslenme politikalarında yer alabilir (Dayı ve Pekcan, 2019;Öner ve ark. 2006).

Üreme çağındaki kadınlarla sıkça karşılaşan birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanları risk değerlendirme ve danışmanlık hizmeti vermede önemli rol oynamaktadırlar (Tunçbilek, Boduroğlu ve Alikasıfoğlu 1999; Ergün ve İleri 2009; Sezgin ve Kartal 2021). Hemşirelerin nöral tüp defektleri konusunda bilgili olmaları önem taşımaktadır. Ergün'ün çalışmasında, hemşirelerin çalıştığı kurumda aldığı hizmet içi eğitimlerin spina bifida hakkındaki bilgilerini yenilediği, eksik bilgilerini tamamladığı belirlenmiştir (Ergün ve İleri 2009). Arslantürk ve Pınar (2020) çalışmasında hemşirelerin çoğunluğunun (% 89.1) NTD bildiği tespit edilmiştir. Hemşirelerin hem genetik hastalıkların önlenmesinde hem de erken tespit edilmesinde, evlilik öncesi, prekonsepsiyonel, gebelik ve doğum sonu dönemlerde danışmanlık rolleri büyük önem taşımaktadır (Arslantürk ve Pınar 2020).

NTD önlenmesinde etiyolojik risk faktörlerinin bilinmesi özellikle çocuk sahibi olmayı planlayan ailelerin bu konuda farkındalık kazanması gerekmektedir (Arslantürk ve Pınar 2020). Konjenital anomaliler konusuyla ilgili sağlık profesyonellerine hizmet içi eğitimler düzenlenmeli, özellikle gelir ve eğitim düzeyi düşük riskli olan kırsal alanda yaşayan üreme çağı kadınlara eğitimler verilmeli, tarama programları oluşturulmalıdır (Yıldız ve Akbayrak 2008; Arslantürk ve Pınar 2020). Nöral tüp defektleri bireyin henüz gebe olduğunu bilmediği haftalarda gelişebileceği için planlı gebelik önem teşkil eder. Bu nedenle gebelik izlemelerinde bireylerin sağlık öyküleri iyi analiz edilmeli, hemşireler bireylere rehber olmalıdır. Üreme çağındaki kadınlara prekonsepsiyonel dönemde hemşirelerin folik asit kullanımı konusunda eğitim ve danışmanlık yapılması önerilebilir (Başlı ve Aksu 2019). Eğitimin her alanda olduğu gibi sağlık alanında da olumlu değerlerin, bilimsel ve sağlıklı gelişmelerin benimsenmesine katkıda bulunacağı ortadadır. Bu nedenle hemşireler arasında bu tarz anomaliler hakkında farkındalık durum tespitleri yapılmalı ve araştırma verileri ortaya konmalıdır.

Kaynakça

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). *Nutrition during pregnancy*. ACOG. <https://www.acog.org/womenshealth/faqs/nutrition-during-pregnancy>.
- Anderson, J.L, Waller, D.K., Canfield, M.A., Shaw, G.M., Watkins, M.L., Werler, M.M.,(2005), Maternal obesity, gestational diabetes, and central nervous system birth defects. *Epidemiology*,16(1):87-92.
- Arslantürk, Y., Pınar, G., (2020), Hemşirelerin genetik danışmanlık rollerine ilişkin farkındalık ve yetkinliklerinin belirlenmesi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 2(2), 49-56.
- Aydın, N. (2019), Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi. *Black Sea Journal of Health Science*, 2(1), 21-29.
- Başlı, M., Aksu, H.,(2019), Kadınların folik asit kullanımı ile ilgili bilgi düzeyleri ve prekonsepsiyonel dönemde folik asit kullanımları. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 28(3), 220-226.
- Bowman, R., Mclone, D., Grant, J., Tomita, T., Ito, J.,(2001)., Spina bifida outcomes: a 25 year prospective, *Pediatric Neurosurgery*, 34:114-120.
- Çakır, S. Ç., Dorum, B. A., Özkan, H., Taşakapılıoğlu, Ö., Köksal, N., Toker, R. T., Okan, M. S., (2018), Nöral tüp defektli yenidoğanların kısa dönem sonuçları, *Güncel Pediatri*, 16(2), 117-126.
- Çakmak, B., Özsoy, Z., Metin, F., Nacar, M., Gülücü, S., Sağ, İsmail.,(2015), İkinci trimester gebeliklerde maternal serum Alfa Feto Protein (AFP) yüksekliği ve ultrasonografi bulguları. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 5(1), 8-12.
- Dayı, T, Pekcan, G., (2019), Gebelerde folik asit desteği ve güncel yaklaşımlar. *Food and Health*, 5(2), 128-138.
- De-Regil, L.M., Peña-Rosas, J.P., Fernández-Gaxiola, A.C., Rayco-Solon, P.,(2015), Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 14,12. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007950.pub3>
- Ergün, A.S., İleri, P.,(2009). Hemşirelerin spina bifida hakkında bilgi düzeylerinin incelenmesi, *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*,10(1): 17 – 22.

- Geisel, J., (2003), Folic acid and neural tube defects in pregnancy. *Journal Perinatal Neonatal Nursing*, 17(4):268-279.
- Güler, B., Bilgiç, D., Okumuş, H., Yağcan, H., (2019), Gebelikte beslenme desteğine ilişkin güncel rehberlerin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(2), 143-151.
- Hoffmann, W.,(2001)., Fallout from the Chernobyl nuclear disaster and congenital malformation in Europe. *Arch Environ Health*, 56(6):479-84.
- Jentink, J., Loane, M. A., Dolk, H., Barisic, I., Garne, E., Morris, J. K., de Jong-van den Berg, L. T., (2010), Valproic acid monotherapy in pregnancy and major congenital malformations, *New England Journal of Medicine*, 362(23), 2185-2193.
- Öner, N., Vatansver, Ü., Karasalihoğlu, S., Ekuclu, G., Çeltik, C., Biner, B.,(2006), The prevalence of folic acid deficiency among adolescent girls living in Edirne, Turkey. *Journal of Adolescent Health* ,38(5):599-606.
- Scientific Opinion on Dietary Reference Values for folate EFSA Panel on Dietetic Products, Nutrition and Allergies (NDA). (2014). *EFSA Journal*, 12(11), 1-59.
- Sezgin, D., Kartal, Y. A.,(2021), Gebelik döneminde kanıta dayalı yaklaşımların güncel rehberler doğrultusunda incelenmesi, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(1), 92-107.
- Şimşek, H., Karaağaç, Y., Tunçer, E., Yardımcı, H.,(2021), Gebelikte folik asit, b12 vitamini, d vitamini ve iyot destekleri kullanmak gerekli midir?:olası riskler. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(3),439-447.
- Temizkan, S.E., Daşkan, Z.,(2021). Prekonsepsiyonel Sağlık Bakımı. *Hemşirelik Bilimi Dergisi*, 4(2), 83-94.
- Tunçbilek, E, Boduroğlu, K, Alikışıfoğlu, M.,(1999), Neural tube defects in Turkey: prevalence, distribution and risk factors. *Turk J Pediatr*,41(3):299-305
- Tunçbilek, E.,(2004). Türkiye'deki yüksek nöral tüp defekti sıklığı ve önlemek için yapılabilecekler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47(2):79-84.
- Türkiye Cumhuriyeti. Sağlık Bakanlığı. *Türkiye Beslenme (TÜBER)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları; 2016.
- Vermaes, I.P.R, Janssens, J.M.A.M., Bosman, A.M.T., Gerris, J.R.M.,(2005), Parent's psychological adjustment in families of children with spina bifida: a meta-analysis, *BMC Pediatrics*, 5(32):1-13.
- World Health Organization - WHO, United Nations International Children's Emergency Fund - UNICEF ve Micronutrient Initiative - MI, 2015
- Yan, J., Liu, Y., Cao, L., Zheng, Y., Li, W., Huang, G., (2017), Association between duration of folic acid supplementation during pregnancy and risk of postpartum depression. *Nutrients*, 9(11), 1-11.
- Yıldız, D., Akbayrak, N.,(2008). Nöral tüp defektleri ve önlemede hemşirelik yaklaşımları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 102-111.

YAZARLAR

Bilim Uzmanı Hemşire Gamze Gülsüm KILIÇLI

Sağlık Bakanlığı, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Hürriyet Aile Sağlığı Merkezi

gamzegulsum.93@gmail.com

ORCID: 0000-0002-1099-1579

Dr. Öğr. Üyesi AYŞEGÜL ÖZCAN

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi

aysegulozcan.77@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1626-3342>

Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Hemşirelik bölümünden 2015 yılında mezun olmuştur. Aynı yıl Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi'nde Halk Sağlığı Hemşireliği yüksek lisans programına başlamıştır, 2019 yılında mezun olmuştur. 2015 yılından itibaren aktif hemşirelik hayatına devam etmektedir. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Acil Servis (yetişkin ve çocuk), 112 Hizmetleri, Toplum Sağlığı Merkezi, Aile Sağlığı Merkezi birimlerinde görev almıştır. Halen Aile Sağlığı Merkezinde görev yapmaktadır. Dezavantajlı gruplar, kırsal alanda sağlık, yoksulluk, kadın sağlığı ilgi alanlarıdır. Aynı zamanda Halk Sağlığı Hemşireliği Derneği yönetim kurulu üyesidir.

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'ndan 1999 yılında mezun olmuştur. 2013'de Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalından bilim uzmanı unvanını, 2012 yılında Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'nden doktora derecesini almıştır. 2000-2005 yılları arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi ve Çapa Tıp Fakültesinde klinik hemşireliği, 2006-2009 yılları arasında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Yüksekokulunda öğretim görevlisi olarak görev yapmıştır. 2010 yılından itibaren Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak çalışmaktadır.



PREKONSEPSİYONEL BAKIM VE HEMŞİRENİN ROLÜ PRECONCEPTIONAL CARE AND THE NURSE'S ROLE

Pelin CALPBİNİCİ

Aynur KIZILIRMAK

Özet

Prekonsepsiyonel bakım, çiftlerin üreme fonksiyonunu ve üreme sağlığını olumsuz etkileyebilecek çevresel, biyomedikal, davranışsal, sosyal risk faktörlerini gebelik öncesinde saptayarak, uygun müdahalelerle azaltmak için yürütülen koruyucu sağlık hizmetidir. Bu hizmet gebelik oluşmadan en az üç ay önce anne-baba adaylarına rutin olarak sunulması gereken tarama, tanı, tedavi, sağlık eğitimi ve danışmanlık faaliyetlerini kapsamaktadır. Temel amacı, gebelik planlayan çiftlerin sağlık durumlarını, gebelik öncesinde optimum hale getirerek olumsuz gebelik sonuçlarını azaltmak ve gelecek nesillerin daha sağlıklı bireylerden oluşmasına katkı sağlamaktır. Prekonsepsiyonel bakım kapsamında çiftler beslenme, gebeliğin erken döneminde ilaç kullanımı, radyasyon maruziyeti, aile hikayesi ve genetik risk, teratojenlere maruz kalma durumu, sigara ve madde kullanımı, yüksek riskli davranışlar ve çevresel etmenler, aşılama ile ilgili parametreler doğrultusunda değerlendirilmeli ve konsepsiyon öncesinde gerekli önlemler alınmalıdır. Prekonsepsiyonel bakımın bireylere verilmesi konusunda en büyük rol ve sorumluluklar hemşirelere düşmektedir. Bu rol ve sorumluluklar dahilinde hemşirelerin prekonsepsiyonel bakım ile ilgili farkındalıklarının artırılması ve bilgilerini sürekli güncellemesi, bakım alan bireylere etkin danışmanlık hizmeti verilmesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Prekonsepsiyonel bakım, hemşirelik, gebelik

Abstract

Preconceptional care is a preventive health service carried out to determine the environmental, biomedical, behavioral and social risk factors, which may which may negatively affect couples' health and reproductive function, before pregnancy and reduce them by appropriate interventions. These services include screening, diagnosis, treatment, health education, and counseling activities that should be routinely provided to expectant parents at least three months before pregnancy. Main goal is to reduce negative pregnancy outcomes and contribute future generations to be formed with healthier individuals by optimizing health conditions of couples, planning pregnancy, before pregnancy. Within the scope of preconceptional care, couples should be evaluated in line with the parameters related to nutrition, drug use in early pregnancy, radiation exposure, family history and genetic risk, exposure to teratogens, smoking and substance use, high risk behaviors and environmental factors, and necessary precautions should be taken before conception. Nurses play the biggest role and are responsible to give preconception care. Within these roles and responsibilities, increasing the awareness of nurses about preconceptional care and updating their knowledge constantly is of great importance in terms of providing effective counseling services to individuals who receive care.

Keywords: Preconceptional care, nursing, pregnancy

Giriş

Gebelik her kadın için özel bir dönem olmasına karşın bazı psikolojik ve fiziksel rahatsızlıkları da beraberinde getirebilmektedir (Amanak ve Karaçam, 2019). Gebelik öncesi dönemde risklerin azaltılması; sağlıklı bir gebelik geçirmesi ve sağlıklı bir bebek dünyaya getirmesi açısından önemlidir. Nitekim dünyada her yıl yaklaşık 290,000'den fazla kadın gebelik ve doğum komplikasyonları nedeniyle yaşamını yitirmekte ve milyonlarca kadın ise bu nedenlerle hasta veya sakat kalabilmektedir (WHO, 2019). Dolayısıyla tüm bu olumsuz sonuçları önlemek anne ve çocuk sağlığını yükseltmek için prekonsepsiyonel bakım büyük önem taşımaktadır (Aksoy ve Vefikuluçay-Yılmaz, 2019).

1.1. Prekonsepsiyonel bakım kavramı ve amacı

Prekonsepsiyonel bakım, çiftlerin üreme fonksiyonunu ve üreme sağlığını olumsuz etkileyebilecek çevresel, biyomedikal, davranışsal, sosyal risk faktörlerini gebelik öncesinde saptayarak, uygun müdahalelerle azaltmak için yürütülen koruyucu sağlık hizmeti olarak tanımlanmaktadır (Gökdemir ve Eryılmaz, 2017).

Prekonsepsiyonel bakım, doğum öncesi bakımla bütünleşen önemli bir kavramdır. Amacı; kadın sağlığını optimum hale getirip, kadını gebelik öncesinde bilgilendirerek olumsuz sağlık koşullarının kadın, fetüs ve yenidoğan için oluşturacağı riskleri en aza indirmektir. Bu amaca ulaşmak için ise gebelikte maternal ve fetal risk azaltılmalı, doğumsal malfarmasyonlar önlenmeli, yüksek riskli kadınlar riski azaltacak seçenekler konusunda bilgilendirilmelidir. Bu girişimler için erken gebelik dönemi geç olabilmekte, dolayısıyla bu danışmanlığın gebelik öncesi dönemde yapılması gerekmektedir (Amanak ve Karaçam, 2019).

1.2. Prekonsepsiyonel danışmanlık hizmetlerinin bileşenleri

Prekonsepsiyonel danışmanlık hizmetleri üç temel bileşenden oluşmaktadır (Gökdemir ve Eryılmaz, 2017; Berghella ve ark., 2010). Bu bileşenler;

1.2.1. Risk değerlendirmesi

Prekonsepsiyonel danışmanlık psikososyal ve fizyolojik risk değerlendirmesi ile başlar. Gebeliği etkileyebilecek olumsuz durumların var olup olmadığını belirlemek için öncelikli olarak öykü alma ve fizik muayene ile risk değerlendirmesi yapılır (Doğaner ve Gölbaşı, 2011). Bu kapsamda tıbbi, cerrahi, genetik, obstetrik, jinekolojik, teratojenik ve sosyo-demografik riskler, kontraseptif kullanımı ile ilişkili riskler, kişisel ve aile öyküsü, fiziksel muayene ve laboratuvar bulguları (rubella ve suçiçeği titresi, HIV testi, Servikal Sitolojisi, Klamidya testi) ile ilgili riskler, psiko-sosyo-kültürel (eğitim, depresyon, uyku, stres vb.), ekonomik ve çevresel riskler, beslenme, enfeksiyon hastalıkları, madde kullanımı ve bağışıklama durumu ile ilişkili riskler ve baba adayına ait risklerin değerlendirilir (Gökdemir ve Eryılmaz, 2017; Berghella ve ark., 2010). Ayrıca önceki gebelik komplikasyonları da dahil olmak üzere önceki obstetrik ve jinekolojik öyküsü ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir (Berghella ve ark., 2010).

1.2.2. Sağlık geliştirilmesi: Akraba evliliklerinin önlenmesi, folik asit kullanılması, egzersiz, kilo kontrolü, sağlıklı beslenme, alkol, sigara vb. madde kullanımından kaçınılması, aşılınması, çevrenin daha sağlıklı hale getirilmesini içerir (Gökdemir ve Eryılmaz, 2017; Berghella ve ark., 2010). Bu kapsamda yer alan parametreler aşağıda yer almaktadır.

1.2.2.1. Akraba evliliği

Akraba evliliği, çiftler arasında kan bağı bulunması, aynı soydan gelme durumudur (Aksu ve Vefikuluçay-Yılmaz, 2019). Türkiye'de oldukça yaygın bir durumdur ve Türkiye geneli prevalansı %23,7'dir (TAYA, 2018) Akraba evliliği genetik hastalıkların epidemiyolojisini etkileyen önemli durumlardan biridir ve ailede var olan resesif-otozomal ve poligenik kalıtmalı hastalıkların varlığında, hasta birey doğurma riski artar. Bu nedenle akraba evliliği yapmış olan kadınlar genetik danışmanlık hakkında bilgilendirmeli ve akraba evliliğinin riskleri ve zararları konusunda aydınlatılmalıdırlar (Dayıoğlu ve ark., 2019).

1.2.2.2. Egzersiz

Fiziksel olarak yapılan planlı, yapılandırılmış ve tekrarlayan bedensel hareketlerden oluşan fiziksel aktivite olarak tanımlanan egzersiz, sağlıklı bir yaşam tarzının temel bir unsurudur (ACOG, 2019). Gebelik öncesi dönemde yapılan egzersiz gebelikte yapılan egzersizin güçlü bir göstergesi olup, gebelik öncesi dönemde başlanmalıdır (Harrison ve ark., 2016; Berghella ve ark., 2010). Öyle ki gebelikte yapılan egzersizlerin gebelikte gestasyonel diyabetes mellitus görülme oranlarında azalma (Baptiste-Roberts ve ark., 2011; ACOG, 2020), sezaryen doğum ve operatif vajinal doğum oranlarında azalma ile ilişkili bulunmuştur (ACOG, 2020). Bu doğrultuda ACOG gebelik planlayan kadınlara haftada 5 gün, günde en az 30 dakika orta düzeyde egzersiz önermektedir (ACOG, 2019).

1.2.2.3. Beslenme, kilo

Beslenme gebelik öncesi ve sonrası son derece önemli bir konudur. Kadınlarda beslenme yetersizliği maternal ölümlerin %20'sinde etkiliyken, ölü doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, preterm doğum için önemli bir risk faktörüdür (Christian ve ark., 2020; Dean ve ark., 2014). Anne beslenme yetersizliğinin önemli göstergelerinden bir olan boy kısalığı da zor doğum eylemine, maternal ölümlere, neonatal ölümlere yol açabilen doğum asfiksisine neden olabilmektedir (Dean ve ark., 2014).

Annede beslenme yetersizliği kadar gebelik öncesi beden kitle indeksinin (BKİ) yüksek olması da dikkat edilmesi gereken konudur. Beden kitle indeksinin kontrolü gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin risklerin azaltılması açısından önemlidir. Tıp enstitüsü (The Institute of Medicine-IOM) 2009 yılında yaptığı yeni bir düzenleme göre gebelikte alınması gereken kilo miktarının annenin gebelik öncesi BKİ'ne göre ayarlanmasını önermiştir (Rasmussen, 2009). Nitekim Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) verilerine göre dünyada obezite oranları 1980'den bu yana iki kat artmıştır (WHO, 2016). Obezitenin artması kaygı verici bir durumdur ama asıl kaygı veren olan ise doğurganlık çağındaki kadınlardaki obezite düzeyinin artıştır (Aksoy ve Vefikuluçay-Yılmaz, 2019). Dean ve ark. (2014) yaptığı sistemik derleme ve meta-analiz çalışmasına göre gebelik öncesi obezitenin gebelikte preklamsi ve gestasyonel diyabet riskini iki katından daha fazla artırdığını, sezaryen doğum oranını yükselttiğini, yenidoğan da ise nöral tüp defekti veya konjenital kalp defekti görülme riskini artırdığını bildirmiştir.

Gebelik öncesi anne adayları ideal kiloda olması anne ve bebek sağlığı için önemlidir. Bu nedenle gerekiyorsa ideal kiloda olmak için bir diyetisyenden yardım alınmalıdır. Sağlıklı bir gebelik için yalnızca kilonun istenen sınırlarda olması yeterli değildir. Ayrıca annenin yeterli ve dengeli beslenme alışkanlığı kazandırılması gerekmektedir. Bu alışkanlığın da gebelik öncesi dönemden başlaması önemlidir (Doğaner ve Gölbaşı, 2011).

1.2.2.4. Madde kullanımı

Prekonsepsiyonel danışmanlık kapsamında sigara, alkol ve diğer madde kullanımı olan anne ve baba adaylarının bu alışkanlıklarının azaltılması veya bırakılması için bilgilendirilmeli ve desteklenmelidir. Nitekim yapılan çalışmalarda gebelikte sigara içiminin majör etkileri arasında intrauterin gelişme geriliği (Koch ve ark., 2012), düşük doğum ağırlıklı bebek, prematür doğum (Khader ve ark., 2011), ölü doğum (Qu ve ark., 2020) plasenta previa (Shobeiri ve ark., 2017), ablasyo plasenta ve ektopik gebelik (ACOG, 2020) gösterilmektedir. Baba adayının sigara kullanımının ise, sperm kalitesini olumsuz etkilemektedir (Ramlau-Hansen ve ark., 2007).

Alkol bilindiği gibi teratojenik bir maddedir. Gebelik öncesi dönemde alkol tüketiminin germ hücreleri üzerine olumsuz etki yarattığı ve konjenital kalp defekt riskini üç kat artırdığı bildirilmiştir (Lassi ve ark., 2014). Gebelikte alınan alkolün ise fetüs gelişimine olumsuz etki gösterdiği saptanmıştır. Gebeliğin ilk trimesterinde embriyonik gelişimi olumsuz etkilediği ve spontan abortusa neden olduğu (Sundermann ve ark., 2021), ikinci ve üçüncü trimesterde ise erken doğum riskini artırdığı (Ikehara ve ark., 2019), ve santral sinir sistemi gelişimini etkileyerek zeka geriliğine neden olduğu belirtilmiştir (ACOG, 2020). Alkol, gebeliğin her aşamasında fetüsü etkileyerek, bilişsel kusurlara ve davranışsal

sorunlara neden olmaktadır (ACOG, 2020). Dolayısıyla alkol tüketimi olan anne adaylarına gebelik öncesi dönemde uygun danışmanlığın planlanması önemlidir.

1.2.2.5. Folik asit kullanımı

Prekonsepsiyonel dönemde sağlanan folik asit desteğinin, nöral tüp defeklerini ve konjenital anomalileri azalttığı yönündeki görüş tam anlamıyla kabul edilmiştir. Folik asidin etkin yarar sağlaması için gebelikten bir ay önce kullanılmaya başlanması, gebelikten sonra da 10-12 hafta süreyle günlük 0,4 mg tüketilmesi, nöral tüp defekti riski yüksek olan kadınlarda ise günlük 4 mg folik asit alması önerilmektedir (ACOG, 2020; Sağlık Bakanlığı, 2018). De-Regil ve ark. (2010) yaptıkları çalışmada; gebelik öncesi ve gebelikte 12 haftaya kadar 0.36 mg (360 µg) ile 4 mg (4000 µg) arası günlük folik asit kullanımının nöral tüp defeklerini için koruyucu bir etki gösterdiğini kanıtlamış ve kısa vadede herhangi bir yan etki olmadığını belirlemiştir.

1.2.2.6. Aşılama

Aşılamanın başlıca amaçları; kadını gebelik esnasında fetüste oluşabilecek konjenital malformasyon, büyüme geriliği ve ölü doğuma sebep olan varisella, rubella gibi enfeksiyonlardan korumak, preterm eylem ve prematüriteyi azaltmak, gebelikte daha şiddetli seyreden influenza gibi hastalıklardan korumaktır (Başgöl ve Oskay, 2012). Doğurganlık çağındaki kadınların Hepatit-B, influenza, suçiçeği, kızamık-kızamıkçık-kabakulak, Tdap (Tetanoz, Difteri, Boğmaca) karşı bağışıklama durumu değerlendirilmesi önerilmiştir (ACOG, 2020).

Tdap Aşısı: Amerika Obstetrisyenler ve Jinekologlar Derneği (The American College of Obstetricians and Gynecologists-ACOG (2018) gebelik öncesi dönemde Tdap aşısı hiç uygulanmamış veya Tdap aşısı durumu bilinmeyen yetişkin kadınlar için tek bir doz aşısı önermektedir. Ek olarak, gebelik öncesi bağışıklama öyküsünden bağımsız olarak tüm kadınlara 27-36 haftaları arasında, her gebelikte Tdap aşısı yapılması gerektiğini bildirmiştir.

Kızamıkçık (Rubella) ve Kızamık (Rubeola) aşısı: Aşısı zayıflatılmış canlı aşısıdır. Canlı virüs aşılarının fetüs üzerine olası riskleri nedeniyle aşından en az 28 gün (4 hafta) süreyle gebelikten kaçınılmalıdır. Kadınlara aşısı yapıldıktan sonraki bir ay içinde gebe kalınması durumunda anneye fetüsün karşılaşabileceği teorik riskler hakkında danışmanlık verilmelidir (Arslan ve Başgöl-Yiğiter, 2012). Gebelik öncesi aşılama ile konjenital rubella sendromu önlenir. Bu yüzden gebelik öncesi dönemde kadınlar kızamıkçığa karşı aşılanmalıdır (Coonrod ve ark., 2008).

Suçiçeği (varicella) aşısı: Gebelikte suçiçeği (varicella) enfeksiyonu geçirilmesi ciddi morbidite ve mortalite (gebede varicella pnömonisi, düşük ya da ölü doğum, fetusta konjenital varicella sendromu, merkezi sinir sistemi anomalileri) nedenidir. Dolayısıyla gebelik öncesi dönemde bağışıklığı olmayan (2 doz varisella aşısı yapılmamış, kan testleri ile immunitesi gösterilmemiş, su çiçeği ya da herpes zoster-zona geçirdiği tanımlanamayan) anne adaylarına su çiçeği aşısı (canlı aşısı) gebe kalmadan en az bir ay önce yapılması önerilmektedir (Coonrod ve ark., 2008).

Grip (influenza) aşısı: Gebeliğin ikinci ve üçüncü trimesterindeki kadınların influenza nedeniyle hastaneye yatma olasılığı yüksektir. Aşılamanın influenza mevsiminden önce yapılması önerilmektedir. Bu nedenle Ekim ayı öncesinde gebe olan (herhangi bir trimesterde) veya olması olası tüm kadınların aşılanması önerilmektedir (Arslan ve Başgöl-Yiğiter, 2012). Bangadeş'te yapılan bir çalışmada üçüncü trimesterde yapılan aşılamanın yenidoğan bebeklerde %29; annelerde %36 ateşli solunum sistemi hastalıklarını azalttığı belirlenmiştir (Zaman ve ark., 2008).

Hepatit B aşısı: Gebelikte yaşanması muhtemel invaziv işlemler göz önüne alındığında kadınlara gebelikten önce Hepatit B aşısının yapılması önerilmektedir (Arslan ve Başgöl-Yiğiter, 2012). Gebelik

öncesi bağışıklama sağlanmadı ise gebelikte bağışıklamanın sağlanması önerilir (Sağlık Bakanlığı, 2018).

1.2.2.7. Genetik danışmanlık

Gebelik öncesi yapılan genetik danışmanlık, morbidite ve mortalite oranlarının düşürülmesinde, sağlıklı ailelerin oluşmasında büyük önem taşır. Bu kapsamda üç parametre değerlendirilir (Başgöl ve Oskay, 2012). Bunlar;

- Çiftlerde mevcut olan genetik hastalıklar (hemofili, kistik fibrozis, sickle cell anemi vb.)
- Multifaktöriyel konjenital anomaliler (spina bifida, anensefali, yarık damak ve dudak vb.)
- Genetik kökenli ailesel hastalıklar (diyabet, hipertansiyon, epileptik hastalıklar vb.)

Sorgulanan bu parametreler, çiftlerin yaşı ve etnik yapıları ile beraber değerlendirilmeli, soyağacı çizilmeli, gerekli inceleme ve testler yapılmalı, sonuçlar ve bebeklerinde söz konusu olabilecek anomali olasılığı çiftler ile paylaşılmalı ve olası durumlarda preimplantasyon genetik testler gibi potansiyel müdahaleler için sevk teklif edilmelidir (Başgöl ve Oskay, 2012; Coşkun, 2012; ACOG, 2020).

1.2.2.8. Aile içi şiddete maruz kalma

Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması 2015 verilerine göre kadınların yaşamlarının herhangi bir döneminde eşi veya eski eşi tarafından fiziksel şiddete maruz kalma oranı %36 olarak bildirilmiştir (Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması, 2015). Yapılan bir çalışmada da gebelik öncesi şiddete maruz kalan kadınların %30.3’ü şimdiki gebeliğinde de şiddete maruz kaldığı bulunmuştur (Taşpınar ve ark., 2005). Dolayısı ile gebelik öncesi danışmanlık sırasında mutlaka şiddet maruziyeti değerlendirilmeli, gerekli durumlarda uygun danışmanlık ve girişim planlanmalıdır (ACOG, 2020).

1.2.3. Bireye özel sorunlar ve maruziyet: Akut, kronik, genetik, metabolik, otoimmün, lokal veya sistemik hastalıkların kontrol altına alınması, sürekli kullanılan ilaçların gebeliğe uygun olacak şekilde yeniden düzenlenmesi, teratojenler, psiko-sosyo-kültürel ve ekonomik riskler için önlem alınmalıdır (Gökdemir ve Eryılmaz 2017; Berghella ve ark., 2010).

1.2.3.1. Kronik ve metabolik hastalıkların yönetimi

Hipertansiyon, diabetes mellitus, epilepsi gibi ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalığı olan gebelerde, gebelik yönünden bir risk olmadığı belirlendikten sonra gebe kalması önerilir. Bu doğrultuda prekonsepsiyonel dönemde fetüs ve anneye zarar veren kronik hastalıkların ve bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların potansiyel riskleri değerlendirilmeli ve fetüs için teratojen olmayan ilaçlar arasından seçilmelidir (Doğaner ve Gölbaşı, 2011; Aksoy ve Vefikuluçay-Yılmaz, 2019).

Kronik hastalığı olan bir kadının hastalık ve kullanılan ilaçlar kontrol altına alındıktan sonra gebe kalması önerilir. Kontrol altında olmayan diyabet gebeliğin ilk haftalarında özellikle kardiyak ve nöral tüp defektleri olmak üzere konjenital anomali riskinde artış ile ilişkilidir. Hipertansiyon, birçok maternal (kötüleşen hipertansiyon, şiddetli preeklampsi, eklampsi, hemoliz, HELLP sendromu, sezaryen doğum) ve fetal (büyüme geriliği, oligohidramnios, erken doğum) durum ile ilişkilidir (Berghella ve ark., 2010).

Epilepsisi olan annenin geçirmiş olduğu nöbetlere bağlı olarak oluşan hipoksinin fetüs üzerine etkisi net olarak bilinmemektedir (Doğaner ve Gölbaşı, 2011). Dolayısı ile nöbetleri minimum ilaç dozu ile iyi kontrol edilene kadar gebe kalması ertelenmelidir (Berghella ve ark., 2010).

1.2.3.2. İlaçlar kullanımı

Prekonsepsiyonel dönemde anne adayının kullandığı ilaçlar hakkında öyküsünün alınması önemlidir. Nitekim bazı ilaçlar, teratojenik etki göstererek konjenital defektlere neden olabilmektedir. Gebelik

öncesi danışmanlık ile oluşabilecek risklerin önüne geçilmesi açısından önemli olacaktır (Aksoy ve Vefikuluçay-Yılmaz, 2019).

Anne adayına teratojenik ilaçlar kullanırken güvenilir doğum kontrol yöntemi kullanılması vurgulanmalıdır. Gebelik isteyen bir kadın için doğum kontrol yöntemi bırakmadan önce hekim tarafından gebelik için en güvenli ilaç, en düşük etkili dozda ayarlanmalıdır (ACOG, 2020). Baba adayları da testosteron gibi androjenlerin kullanımı açısından taranmalıdır. Androjen kullanımı, erkeklerde azospermi ve infertilite ile ilişkili bulunmuştur (ACOG, 2020).

1.2.3.3. Teratojenlere Maruz Kalma

Anne adayının veya baba adayının evde ya da iş yerinde toksik, zararlı maddelere, kimyasal ajanlara (cıva, kurşun, poliklorlu bifenil veya PCB, herbisitler ve endüstriyel solventler), viral enfeksiyonlara (kızamıkçık, sitomegalovirüs, suçiçeği, herpes simpleks, toksoplazma, sifiliz, vb). vb. teratojenlere maruz kalması, özellikle gebelik öncesi ve gebeliğin ilk 8 haftasında (organogenez aşaması) önemli embriyonal-fetal sorunlara neden olabilmektedir (District of Columbia Department of Health, 2010; Coşkun, 2012). Teratojenlere maruziyet; büyüme-gelişmeyi, santral sinir sistemini, üriner sistemi ve diğer sistemleri olumsuz etkileyebilmektedir (Bıçakçı-Ceylaner, 2009; Dağlar ve Bilgiç, 2018; Şimşek-Gürgen ve Önal, 2019). Bu nedenle prekonsepsiyonel dönemde anne ve baba adaylarının teratojenlere maruziyetleri değerlendirilmelidir. Gebelikte potansiyel olarak tehlikeli maruziyet riski taşıyan iş sektörlerinde (sağlık hizmetleri, tarım, imalat, kuru temizleme v.b.) çalışan anne ve baba adaylarının toksik ajanlara maruziyetten kaçınma konusunda eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmelidir (ACOG, 2020). Ayrıca gebelik öncesi veya gebelik sırasında geçirilen toksoplazma, sifiliz, varisella, rubella, sitomegalovirüs, herpes simpleks ve HIV vb. enfeksiyonlar teratojen etkiye sahiptir. Dolayısıyla çiftlerin bu konuda da bilinçlendirilmesi ve teratojenlerden uzak durması açısından önemlidir (Aksoy ve Vefikuluçay-Yılmaz, 2019).

1.3. Prekonsepsiyonel bakımda hemşirenin rol ve sorumlulukları

Prekonsepsiyonel bakım, multidisipliner yaklaşımı gerektiren bir yaklaşımdır. Bu nedenle kadın doğum uzmanları, hemşireler ve ebeler hastaya ekip işbirliği içerisinde bakım vermelidir. Ancak primer bakım veren kişiler olan hemşireler bireylerin sağlığını yükseltmek için prekonsepsiyonel bakımda çok büyük rol ve sorumlulukları vardır. Prekonsepsiyonel bakımda hemşirelerin üç büyük hedefi vardır. Bunlar; anne-baba ve fetus için olası riskleri belirlemek, anne-babaya eğitim vermek ve gerekli girişimlerde bulunmaktır (Aksoy ve Vefikuluçay-Yılmaz, 2019; Hurst ve ark, 2015). Bu doğrultuda hemşireler; gebelik öncesi optimum sağlığın yakalanması, var olan risk faktörlerinin belirlenmesi, bu riskler azaltılmadan gebe kalınması durumunda yaşanabilecek problemler konusunda çiftlerin bilgilendirilmesi, belirlenen riskler doğrultusunda bireylerin gerekli bakımı alabilmeleri için uygun merkezlere yönlendirilmesi, üreme yaşam planı geliştirme ve istenmeyen gebelikleri önleme gibi konularda önemli roller üstlenebilirler (Gökdemir ve Eryılmaz, 2017; Hurst ve ark, 2015).

Sonuç

Prekonsepsiyonel bakım ve danışmanlık hizmetleri, doğurganlık çağıdaki tüm kadınların ve erkeklerin gebelik öncesi dönemde alması gereken bakımdır. Bu bakım ile kadının hem sağlıklı bir gebelik geçirmesi sağlanmakta hem de sağlıklı bebeklerin dünyaya gelmesi hedeflenmektedir. Fakat ülkemizde kullanım oranı oldukça düşüktür. Üreme çağıdaki çiftlerde prekonsepsiyonel bakımın yaygınlaştırılması için sağlık politikalarına gereksinim duyulmaktadır. Burada unutulmaması gereken diğer bir nokta da sağlık profesyonellerine düşen rol ve sorumluluklardır. Bu rol ve sorumluluklar dahilinde sağlık profesyonelleri doğurgan çağıdaki tüm kadınların ve erkeklerin rutin olarak tarama testlerini yapmalı, risk faktörlerini belirlemeli ve uygun girişimleri planlamalıdır.

Kaynakça

- ACOG Committee Opinion. (2018). Maternal Immunization (No:741), 131(6),e214-e217.
- ACOG Committee Opinion. (2019). Prepregnancy Counseling (No. 762), 133(1), e78-e89.
- ACOG Committee Opinion. (2020). Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period (No. 804), 135(4), e178-e188.
- Aksoy, A., Yılmaz, D. V. (2019). Toplum Sağlığını Arttırmada Yeni Bir Hizmet Modeli: Prekonsepsiyonel Bakım ve Hemşirenin Rolü. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 16(1), 60-67.
- Amanak, K., Karaçam, Z. (2019). Kadınların Gebelik Öncesi Danışmanlık Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 9(1), 8-12.
- Arslan T, Başgül Yiğiter A. (2012). Gebelik Takibinde Güncel Yaklaşımlar. New Aspects of the Routine Prenatal Care. *Turkish Family Physician*, 3(2), 1–13.
- Baptiste-Roberts, K., Ghosh, P., Nicholson, W. K. (2011). Pregravid physical activity, dietary intake, and glucose intolerance during pregnancy. *Journal of Women's Health*, 20(12), 1847-1851.
- Başgöl, Ş., Oskay, Ü. (2012). Evidence-based practices in preconception period and pregnancy. *Journal of Human Sciences*, 9(2), 1524-1534.
- Berghella, V., Buchanan, E., Pereira, L., Baxter, J. K. (2010). Preconception care. *Obstetrical & gynecological survey*, 65(2), 119-131.
- Bıçakçı, B. C. (2009). Radyasyonun fetus üzerine etkileri. *Türk Onkoloji Dergisi*, 24(4), 185-190.
- Christian, P., Smith, E. R., Zaidi, A. (2020). Addressing inequities in the global burden of maternal undernutrition: the role of targeting. *BMJ global health*, 5(3), e002186.
- Coonrod, D. V., Jack B. W., Boggess K. A., Long, R., Conry J. A., et al. (2008). The clinical content of preconception care: immunizations as part of preconception care. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 199 (2),290-295.
- Coşkun, A. (2012) Prekonsepsiyonel Bakım ve Danışmanlık: Kadın Yaşamındaki Yeri ve Önemi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 8(3), 8-15.
- Dağlar, G., Bilgiç, D. (2018). Gebelikte Teratojen Enfeksiyonlara Güncel Yaklaşım. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 49(1), 100-108.
- Dayıoğlu, H., Yılmaz, A., Bulut, E. (2019). Kütahya ilinde akraba evliliği sıklığı ve sonuçları. *DPÜ Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 43,53-73.
- Dean, S. V., Lassi, Z. S., Imam, A. M., Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: nutritional risks and interventions. *Reproductive health*, 11(3), 1-15.
- De-Regil, L.M., Fernandez-Gaxiola, A.C., Dowswell, T., Pena-Rosas, J.P. (2010). Effects and safety of periconceptional folate supplementation for preventing birth defects. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6(10),1-132.
- District of Columbia Department of Health. (2010). Understanding genetics: A District of Columbia guide for patients and health professionals (Chapter 4, Newborn screening). Genetic Alliance, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK132148/> adresinden 23 Ağustos 2021 tarihinde edinilmiştir.
- Doğaner, G., Gölbaşı, Z. (2011). Prekonsepsiyonel Danışmanlık. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 20(5), 215-221.
- Genetic Alliance, District of Columbia Department of Health. (2010). Understanding genetics: a New England guide for patients and health professionals.
- Gökdemir, F., Eryılmaz, G. (2017). Üreme Çağındaki Bireylerde Prekonsepsiyonel Beslenme. *International Peer-Reviewed Journal of Nutrition Research*, (14), 9-105
- Harrison, C. L., Brown, W. J., Hayman, M., Moran, L. J., Redman, L. M. (2016). The role of physical activity in preconception, pregnancy and postpartum health. *Semin reprod Med*, 34 (2),e28-37.
- Hurst, H.M., Linton, D.M. (2015). Preconception care: Planning for the future. *The Journal for Nurse Practitioners*.11(3):335-40.

- Ikehara, S., Kimura, T., Kakigano, A., Sato, T., Iso, H., Japan Environment Children's Study Group, ... & Katoh, T. (2019). Association between maternal alcohol consumption during pregnancy and risk of preterm delivery: the Japan Environment and Children's Study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 126(12), 1448-1454.
- Khader, Y. S., Al-Akour, N., AlZubi, I. M., Lataifeh, I. (2011). The association between second hand smoke and low birth weight and preterm delivery. *Maternal and child health journal*, 15(4), 453-459.
- Koch, S., Vilser, C., Groß, W., Schleußner, E. (2012). Smoking during pregnancy: risk for intrauterine growth retardation and persisting microsomia. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie*, 216(2), 77-81.
- Lassi, Z. S., Imam, A. M., Dean, S. V., Bhutta, Z. A. (2014). Preconception care: caffeine, smoking, alcohol, drugs and other environmental chemical/radiation exposure. *Reproductive health*, 11(3), 1-12.
- Qu, Y., Chen, S., Pan, H., Zhu, H., Yan, C., Zhang, S., Jiang, Y. (2020). Exposure to tobacco smoke and stillbirth: a national prospective cohort study in rural China. *J Epidemiol Community Health*, 74(4), 315-320.
- Ramlau-Hansen, C. H., Thulstrup, A. M., Aggerholm, A. S., Jensen, M. S., Toft, G., Bonde, J. P. (2007). Is smoking a risk factor for decreased semen quality? A cross-sectional analysis. *Human Reproduction*, 22(1), 188-196.
- Rasmussen, K.M., Yaktine, A.L., eds. (2009). *Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines*. Washington, DC: National Academies Press.
- Shobeiri, F., Jenabi, E. (2017). Smoking and placenta previa: a meta-analysis. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine*, 30(24), 2985-2990.
- Sundermann, A. C., Edwards, D. R. V., Slaughter, J. C., Wu, P., Jones, S. H., Torstenson, E. S., & Hartmann, K. E. (2021). Week-by-week alcohol consumption in early pregnancy and spontaneous abortion risk: a prospective cohort study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 224(1), 97e1-97e16.
- Şimşek, H. G., Önal, A. E. (2019). The Effects of Lead of an Environmental Toxic Heavy Metal on Fetus Health. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 13(3), 363-370.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı. (2018). Doğum öncesi bakım yönetim rehberi, <https://kirklareliism.saglik.gov.tr/Eklenti/115527/0/dogum-oncesi-bakim-rehberi-2018pdf.pdf> adresinden 23 Ağustos 2021 tarihinde edinilmiştir.
- Taşpınar, A., Bolsoy, N., Şirin, A. (2005). Gebeler fiziksel şiddete uğruyorlar mı? Manisa örneği. *Adli Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 41-7.
- TAYA Aile, Çalışma Ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. (2018). Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü Türkiye Aile Yapısı İleri İstatistik Analizi, https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/35869/taya-18_turkce_kitap.pdf adresinden 24 Ağustos 2021 tarihinde edinilmiştir.
- Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. (2015). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. (ISBN: 978-605-4628-75-9). Ankara: Elma Teknik Basım Matbaacılık.
- WHO. (2016). Obesity and Overweight - Fact Sheet, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> adresinden 24 Ağustos 2021 tarihinde edinilmiştir.
- WHO. (2019). More women and children survive today than ever before – UN report, <https://www.who.int/news/item/19-09-2019-more-women-and-children-survive-today-than-ever-before-un-report> adresinden 24 Ağustos 2021 tarihinde edinilmiştir.
- Zaman, K., Roy, E., Arifeen, S.E., et al. (2008). Effectiveness of maternal influenza immunization in mothers and infants. *N Engl J Med*, 359, 1555–1564.

YAZARLAR

Dr. Öğr. Üyesi Aynur KIZILIRMAK

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD.

e-mail: aynur268@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-5032-7234>

1998 yılında Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulundan mezun olmuştur. Yüksek Lisans ve Doktorasını Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde tamamlamıştır. 2011 yılından itibaren Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesinde görev yapmaktadır.

Arş. Gör. Dr. Pelin CALPBİNİCİ

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği ABD.

e-mail: pelince@nevsehir.edu.tr

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8242-2773>

2011 yılında Balıkesir Üniversitesi Sağlık Yüksekokulundan mezun olmuştur. Yüksek Lisansını Selçuk Üniversitesi, Doktorasını Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde tamamlamıştır. 2013 yılından itibaren Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesinde görev yapmaktadır.



RUH SAĞLIĞI BAKIMINDA KÜLTÜREL YETERLİLİK CULTURAL COMPETENCE IN MENTAL HEALTH CARE

Betül ŞANLAN

Özet

Bu bölümde ruh sağlığı bakımında kültürel yeterliliğin önemi incelenecektir. Ruh sağlığında kültürel yeterlilik, bireyin inancını, değerlerini ve haysiyetini içeren kültürel kimliğinin algılarını nasıl etkilediğini anlamak ve ruhsal sorunları ve sağlık hizmeti sağlayıcılarıyla ilişkileri kavramak anlamına gelmektedir. Kültürel farklılıklardan kaynaklanan ihtiyaçlar ve kültürle ilgili sağlığı etkileyen hastalıkların veya koşulların farklı yorumlanması nedeniyle sağlık hizmetlerinde kültüre duyarlı hizmetlerin geliştirilmesine acil ihtiyaç vardır. Sağlık hizmetlerinde kültürel yeterlilik, bireyin veya bir grubun kendi kültürü dışındaki çeşitli kültürel bağlamlarda başarılı bir şekilde çalışmasını kolaylaştıran tutum, bilgi ve bir dizi saygılı davranışlarla birlikte, sağlık eşitsizliğini azaltmada önemli bir potansiyele sahiptir. Sağlık hizmetlerinde kapsayıcı kültürel yeterlilik kavramı, dilsel yeterlilik, işgücü çeşitliliği ve işgücü kültürel yeterliliği gibi üç önemli bileşeni kapsamaktadır. Kültürel duyarlılığı barındıran hemşirelik bakımı, sağlık bakım hizmetlerine erişimi arttırmaya ve bakım kalitesini ve hasta memnuniyetini iyileştirmeye yol açarak, kültürel açıdan farklı gruplar için daha iyi sağlık hizmeti sonuçlarını sağlar. Hemşirelikte kültürel yeterlilik, kişinin onuruna, benzersizliğine ve bireysel bakıma ilişkin kararlarına saygı duymayı içerdiğinden, sağlık hizmetlerindeki kültürel konular hemşireler ve hemşirelik öğrencileri için iyi anlaşılmalıdır. Buna ek olarak ruh sağlığı hizmetlerinde, bireyin kültürel ifadesi teşhis süreci, bakım ve tedavinin planlaması için çıkarımlar sağlar. Bundan dolayı, kültürel duyarlı yaklaşımlar bireyin ihtiyaçlarını ve sağlık sonuçlarını daha iyi anlayabilmeye yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Kültürel Yeterlilik, Kültürel Duyarlılık, Sağlık Hizmetleri, Hemşirelik.

Abstract

This chapter examines the importance of cultural competence in mental health care. Cultural competence in mental health setting means understanding how individuals' cultural identity in which includes person's belief, values, and dignity affect their perceptions and understanding of mental disorders and relationships with health care providers. There is an urgent need to develop culturally sensitive services in health care because of the needs arising from cultural differences and the different interpretations of diseases or conditions affecting health-related to culture. Cultural competence has significant potential in reducing health inequality, with attitudes, knowledge, and a range of respectful behaviours that promote the successful works of an individual or a group in a variety of cultural contexts other than their own. The concept of inclusive cultural competence in health care contains three important components; linguistic competence, workforce diversity, and workforce cultural competence. Cultural sensitivity nursing care leads to an increase in to access health care services and improves the quality of care and patient satisfaction, resulting in better healthcare outcomes for culturally diverse groups. Cultural issues in a healthcare setting should be well understood for nurses and nursing students because cultural competence in nursing involves respecting a person's dignity, uniqueness, and decisions on individual care. Furthermore, in mental health care, individuals' cultural expression provides implications for their diagnosis process, planning of care, and treatment. Therefore, culturally sensitive approaches might help to a better understanding of the individual's needs and health outcomes.

Keywords: Cultural Competence, Cultural Sensitivity, Healthcare Setting, Nursing,

1. Ruh Sağlığı Bakımında Kültürel Yeterlilik ve Önemi

Sağlık bakım hizmeti sağlayıcıları, farklı etnik, kültürel veya azınlık gruplara sahip olan bireylerin, kültürel açıdan yetkin bir şekilde sağlık bakım uygulamaları hizmetlerinden yararlanmaları için kültür kavramının ne anlama geldiğini iyi anlamaları gerekmektedir. Irk, etnik grup, azınlık ve sosyal sınıf gibi birçok ilgili terimler tanınmalı ve ayırt edilebilmelidir. Kültür, genel olarak bir grup insanın yasama biçimi olarak tanımlanabilmekte olup, onlar hakkında düşünmeden kabul ettikleri, iletişim ve taklit yoluyla bir nesilden diğerine aktarılan davranışlar, inançlar, değerler ve sembollerdir. Bundan dolayı, sağlık bakımında kültürel yeterliliğin sağlanabilmesi ve bunun geliştirilebilmesi için öncelikle bu kavramların iyi bir şekilde anlaşılması gerekmektedir.

Sağlık bakım hizmetlerinde kültürel yeterlilik; sağlık bakım hizmetleri alan ve/veya alacak olan bireylerin, sosyal, kültürel ve dile dayalı ihtiyaçlarını karşılamak için sunulan sağlık hizmetlerinin uyarlanması da dahil olmak üzere, farklı değer, inanç ve davranışlara sahip bireylere bakım sağlama yeteneği anlamına gelmektedir (Health Research ve Educational Trust, 2011). Kültürel olarak yetkin bir sağlık bakım sisteminin sağlanması, kültürler arası durumlarda etkili sağlık bakım hizmetlerini destekleyen davranışlar, tutumlar ve uygulamaları gerektirir. Böylece, ruh sağlığı bakım hizmetlerinde kültürel yeterlilik kavramı gün geçtikçe önemini arttırmaktadır ve bunun ile ilgili geliştirme ve uygulama çalışmalarına verilen önem de artmaktadır.

Kültürel yetkinlikten yoksun ya da kültürel duyarlılığı barındırmayan ruh sağlığı uygulamaları, bakım hizmetlerinden yararlanan bireylerin beklemedikleri bakım kalitesini ve etkileşimini almalarını engellemektedir. Sağlık bakım hizmetlerinin planlanması ve uygulanması kısmında etkin olarak yer alan hemşirelerin yüksek kaliteli bakım çeşitliliği sağlama sorumluluğu vardır. Mevcut engellerin giderilmesinde, öğrenci hemşirelerin eğitim planlarına kültürel yeterlilik eğitimi verilmesi, psikiyatrik seansların planlanmasında kültürel formülasyon görüşmelerinin dahil edilmesi ve azınlık grupların psikiyatri serviserlerine erişilebilirliğinin artırılması yer almalıdır.

Amerikan Psikoloji Derneği (APA) VE Çok Kültürlü Danışmanlık Derneği'nin kültürel yeterliliğin önemini kabul etmesine rağmen, kültürel açıdan yeterli kılavuzların nasıl geliştirileceğine dair kanıtlar eksiktir (Whaley and Davis, 2007).

Ruh sağlığı hastalıkları tüm bireyleri etkiliyor olsa da kanıtlar azınlık olan bireylerin sağlık bakım hizmetlerinden yeterli erişime sahip olma, yardım arama ve teşhis konulması olasılığının daha düşük olduğunu göstermektedir (Bhui et al., 2001). APA'nın kültürel sorunlar alt grubu, tanısal değerlendirmelerin geçerliliğini artırmak için kültürel davranışların bir bireyin zihinsel sağlığı hakkındaki görüşlerini nasıl etkilediğini değerlendirmek için Kültürel Formülasyon Görüşmesi (KFG) oluşturulması yoluyla kültürel yeterliliği yönetmeye çalışmıştır (Lewis-fernandez et al., 2014).

Hemşirelik bakımının sunumunda kültürel yeterliliğin uygulanmasını engelleyebilecek kültürel yeterlilik kavramının, kavramsal olarak netliğinde eksiklik vardır (Engelbreton et al., 2008; Cai, 2016). Kültürler arası yeterlilik, kültürel güvenlik, kültürlerarası hemşirelik ve kültürel yetkinlik sıklıkla birbirinin yerine kullanılır, ancak bu kavramlar arasındaki farklılıkların tanınması önemlidir (Cai, 2016). Ayrıca, "kültür" ve "yeterlilik" in anlamları üzerine fikir birliği eksikliği de devam etmektedir. Leininger'e (1991) göre kültür, belirli bir grubun düşünce, karar ve eylemlerini kalıplaşmış yollarla yönlendiren öğrenilen, paylaşılan ve aktarılan değerleri, inançları, normları ve yaşam tarzlarını ifade eder. Blanchet ve arkadaşları (2015b) özcü ve yapılandırmacı bir kültür perspektifi arasında ayrım yapar. Özcü bakış açısı kültürü statik ve değişmez olarak görür ve belirli bir kültürel grubun tanımlanmış değerlerine, inançlarına ve geleneklerine odaklanırken, yapılandırmacı bir bakış açısı kültürü dinamik bir süreç ve sosyal yapıların ürünü olarak görür (Blanchet et al., 2015b).

2. Kültürel Yeterliliğin Bileşenleri

Sağlık profesyonelleri için kültürel yeterlilik uluslararası anlamda dikkat edilmesi gereken bir ihtiyaçtır. Bireyin kendi kültürel özellikleri, bir sağlık hizmeti ortamında kültürler arası karşılaşmaları kolaylaştırmak ve hemşirelerin kültürel yeterliliğini geliştirmek için faydalı olabilir. Kültürel farklılıklar ve kültürel açıdan farklı hastaların nasıl tedavi edileceği konusundaki farkındalıklarını artırmak için sağlık sisteminin farklı seviyelerindeki profesyonellere kültürel yeterlilik eğitiminin verilmesi faydalı olacaktır. Sağlık profesyonellerinin kültürel yeterliliğini geliştirmek, sağlık eşitsizliklerini azaltmada ve kültürel ve dilsel olarak farklı gruplara sağlık hizmeti sunumunu iyileştirmede merkezi olarak tanımlanır (Betancourt et al., 2014; Truong et al., 2014; Jongen et al., 2018). Kültürel yeterliliğin bileşenleri arasında, kültürel farkındalık, kültürel bilgi, kültürel duyarlılık ve kültürel yetenek tanımlanabilir.

Kültürel farkındalık, Campinha-Bacote'nin (2002) kültürel farkındalık modelinin bir parçasıdır. Bu model, kültürel yeterliliği sağlık çalışanlarının kültürel olarak duyarlı sağlık hizmetleri sunma becerisini elde etmek için aktif ve sürekli bir caba içinde olmalarını gerektiren bir süreç olarak tanımlanır (Campinho-Bacote, 2002).

Kültürel bilgi, çeşitli kültürel ve etnik gruplar hakkında sağlam bir eğitim temeli, arama ve elde etme süreci olarak tanımlanabilir. Bu bilgi tabanını elde ederken, sağlık hizmeti sağlayıcıları üç önemli konunun entegrasyonuna odaklanmalıdır. Bunlar; sağlıkla ilgili inançlar ve kültürel değerler, hastalık insidansı ve prevalansı, ve tedavi etkinliği olarak sıralanabilir (Lavizzo-Mourey, 1996). Hastanın sağlıkla ilgili inançları ve değerleri hakkında kültürel bilgi edinmek, onların dünya görüşlerini anlamayı içerir. Kültürel bilgi yardımıyla, danışanın dünya görüşünü, hastalığı nasıl yorumladığını ve danışanın düşünme sürecine ve davranışlarına nasıl rehberlik ettiğini açıklayacaktır. Etnik gruplar arasındaki hastalık insidansı ve prevalansı sağlık hizmeti sağlayıcılarının kültürel bilgi edinirken ele alması gereken önemli bir konudur. Bu, bio-kültürel ekoloji alanına ilişkin bilgi edinmeyi gerektirir. Hastalık insidansı etnik gruplar arasında farklılık gösterir ve tedavi, sağlık eğitimi, tarama ve tedavi programları ile ilgili kararları yönlendirecek doğru epidemiyolojik verilere sahip olmayan sağlık hizmeti sağlayıcıları, sağlık hizmeti sonuçlarını olumlu yönde etkilemeyecektir.

Kültürel duyarlılık, kültürel olarak uygun bakımın bir oncusudur. Bu doğrultuda, hemşirelerin kendi kültürlerinden farklı bir kültürden bireylerle olan etkileşimlerinde yargılayıcı olmayan bir yaklaşım benimsemek için kendi kültürel kimliklerini, basmakalıp varsayımlar ve potansiyel etnik merkezilik hakkında bir anlayış geliştirmeleri gerekmektedir. Kültürel yetkinliği geliştirmek için önemli olan bazı kişisel özellikler tanımlanmıştır. Bunlar, insancıl bir bakış, empati, şefkat, saygı, açıklık ve esneklik gibi özelliklerin birçoğu, bakımı yapılan bireyin kültürel geçmişine bakılmaksızın hemşireler için önemlidir (Jirve et al., 2008).

Dil, sağlık hizmetleri eşitsizliklerinde önemli bir rol oynamaktadır. Ana dili ile bakım alamayan ya da ikinci bir dille hizmet almak durumunda olan bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmada karşılaşmış olduğu sorunların başında bu sağlık hizmetlerinden faydalanmada ve bunlara katılım sağlamada düşük oranlar görülmektedir (American Psychiatric Association. Cultural formulation, 2000; Bauer et al., 2010). Bununla birlikte, dilden kaynaklı engelleri deneyimleyen topluluklar arasında bakıma erişimi ve ruh sağlığı okur yazarlığını hedefleyen müdahalelerin, ruh sağlığı hizmetlerindeki eşitsizlikleri azaltmak fırsatlar sunabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Dilsel farklılıklardan kaynaklanabilecek iletişim sorunlarının giderilmesinde; tıbbi ziyaretler sırasında, sağlık alıntılarında ve aile üyeleri ile olan etkileşimlerindeki ifadeleri incelenerek kültürel bilgi edinmek faydalı olacaktır. Bu doğrultuda elde edilen kültürel yetkinlik sağlık bakım sürecinin planlanmasında ve uygulanmasında sağlık bakım kalitesini arttırmaya yardımcı olacaktır. Bu bilgiler ve yeterlilik aynı zamanda ruh sağlığı okur yazarlığındaki eşitsizliklere de isik tutabilir. Farklı etnik kültürel farklılıklara sahip bireylerin ruh sağlığına erişmek ve ruh sağlığı tedavisine katılmak için dilsel araçlara sahip olması önemli olmakla birlikte, sağlık bakım uygulayıcılarının hizmet ettikleri kültürel farklılıklara sahip

grupların ruh sağlığı sorunlarını kendi dillerinde nasıl kavramsallaştırdıklarının farkında olmaları önemlidir. Farklı kültürel geçmişe sahip grupların sağlığı nasıl kavramsallaştırdığını daha fazla anlayabilirsek, sağlık bakım uygulayıcılarının daha fazla kültürel ve dilsel olarak yetkin olmalarını sağlayabiliriz. Bu durum aynı zamanda sağlık profesyonelleri için daha fazla bireysel merkezli bakım sağlamaya yönelik bakım kalitesini arttırmaya da yardımcı olacaktır (Magana, 2019).

Sağlık hizmeti sağlayıcıları ile sağlık hizmeti kullanıcıları arasındaki kültürel ve dilsel farklılıklar; önemli iletişim sorunlarına (Cass et al., 2002), hizmet kullanıcılarının güvensizliğine (Shahid et al., 2009), memnuniyette azalmaya (Roe et al., 2012) neden olabilmektedir. Buna karşılık, uygulayıcıların artan kültürel yetkinliği ile, artan hasta memnuniyeti (Castro and Ruiz, 2009; Paez et al., 2009), tedaviye uyum sağlama (Ranconi et al., 2014) ve bilgi arama ve paylaşma (Paez et al., 2009) vurgulanmıştır.

3. Kültürel Bakım Modelleri

Yeterlilik kavramının bilgi, performans, beceriler, değerler ve diğer bileşenleri içerdiği konusunda fikir birliği olmasına rağmen, bu diğer bileşenlerin doğası hakkında ve bütünsel bir yeterlilik tanımının kavramsallaştırılması için hala bir anlaşmaya ihtiyaç vardır (Cowan et al., 2007; Fernandez et al., 2012; Caruso et al., 2016). Birçok araştırmacı kültürel yeterliliği tanımlamaya ve hemşirelikte kültürel yeterliliğe ilişkin teorik modeller geliştirmeye çalışmıştır. Bu modellerin baslıcaları: Leininger`in Kültür Bakimi Teorisi (Kültür Bakimi Çeşitliliği ve Evrenselliği Teorisi); Purnell`in Kültürel Yeterlilik Modeli; Giger ve Davidhizar Kültürlerarası Değerlendirme Modeli, Sağlık Hizmeti Sunumunda Kültürel Yeterliliğin Campinho-Bacote Modeli.

3.1. Leininger`in Kültür Bakımı Teorisi (Kültür Bakımı Çeşitliliği ve Evrenselliği Teorisi)

Leininger`in kültür bakimi teorisi, kültürel açıdan yetkin hemşireler hazırlamak için hemşirelik kursları ve müfredatı geliştirmek; geleceğin kültürel açıdan yetkin idari ve liderlik politikaları ve prosedürlerine rehberlik etmek; kültürel çeşitlilik ve yetersiz hizmet alan nüfuslarla ilgili kamu politikasını bilgilendirmek; farklı etnik geçmişlerden gelen ve/veya yetersiz hizmet alan hemşirelik öğrencilerinin kabulüne olanak sağlayacak gelecek çalışmaları teşvik eder (McFarland and Wehbe-Alamah, 2019). Teorinin evrimleşme sürecinde, Leininger`in (1978) çıkış açan tezinden, ilk kültürlerarası hemşirelik metni olan “Kültürlerarası Hemşirelik” kavramı, teoriler ve uygulamalar yayınlanmıştır (Leininger, 1978).

Kültür, Leininger tarafından hemşireliğin kalbi ve ruhu olarak kabul edildi ve yeni kültürler arası hemşirelik bilgi ve uygulamaları geliştirmek ve hemşireliği çok kültürlü ve küresel bir dünyaya taşımak için gerekiydi (Leininger, 2006, p.7). Kültür bakimi teorisinin amacı, araştırmacıların ve klinisyenlerin kültürler arasındaki farklılıkları ve benzerlikleri not ederken, bakım ve kültürel fenomenlerin karşılıklı bağımlılığını keşfetmelerine, belgelenmelerine ve açıklamalarına yardımcı olmaktır (McFarland, 2018b; McFarland and Wehbe-Alamah, 2015). Teori, bireylerin, ailelerin ve kültürel grupların sağlığını ve refahını etkileyen kültür bakımıyla ilgili yeni anlamları, kalıpları, ifadeleri ve uygulamaları keşfetmede araştırmacı hemşireye rehberlik etmek için tasarlanmıştır. Bu kesif sürecinde hem benzerlikler hem de farklılıklar, arzu edilen sağlık veya esenlik hedefiyle ilgili kültürel olarak uyumlu bakım sağlamak için kültüre özgü yöntemler olarak tanımlanabilir (McFarland, 2018b; McFarland and Wehbe-Alamah, 2015).

Leininger`in evrimsel kültürlerarası hemşirelik bilgisinin üç aşamasına ilişkin yenilenmiş bir eylem çağrısı, kültür bakımındaki benzerlikler ve farklılıklar; kültürlerarası teori ve araştırma temelli kültür bakimi ve kültürel yetkinlik bilgisi ve kültürel olarak uyumlu uygulamaların uygulanması konusunda sürekli farkındalığa odaklanmayı içerir (McFarland, 2018a), klinik ortamda kanıta dayalı kültürlerarası uygulamaların benimsenmesini teşvik eden etkili bakım uygulama stratejileri geliştirmek için kanıta dayalı kültürel olarak uyumlu uygulama ve araştırmaya odaklanan kültürlerarası hemşirelik için dördüncü bir gelişen asama önerdi. Bu dördüncü asama, tüm klinik, eğitimsel, idari ve araştırma

ortamlarını asan kültürel olarak uyumlu hemşirelik bakım uygulamalarını uygulayan kültürel yetkinliği olan hemşirelere odaklanır.

3.2. Purnell'in Kültürel Yeterlilik Modeli

Purnell Kültürel Yeterlilik Modeli, öğrenci hemşirelerin bir klinik değerlendirme aracı olarak kullanmaları için bir düzenleyici olarak ortaya çıkmıştır. Model, tüm sağlık hizmeti sağlayıcıları için, değerlendirme araçlarının, planlama stratejilerinin ve bireyselleştirilmiş müdahalelerin geliştirilmesine rehberlik edebilir. Modelin tüm sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından kullanılması amaçlandığından, hemşirelik süreci veya bakım organize etmeye yönelik diğer stratejiler açıkça tanımlanmamıştır. Bundan dolayı, her sağlık meslek grubu için, modelin nasıl kullanılabileceğini ve kavramları pratikte nasıl uygulayabileceğini daha açık bir şekilde açıklamaya ihtiyaç vardır (Purnell, 2002).

3.3. Giger ve Davidhizar Kültürlerarası Değerlendirme Modeli

Gigard ve Davidhizar Kültürlerarası Değerlendirme Modeli 1988 yılında hemşirelik öğrencilerinin kültürel farklılığa sahip hastaların ihtiyaçlarının sağlanması ve değerlendirmesi için geliştirilmiştir. Bu model altı kültürel fenomeni içermektedir. Bunlar; iletişim, zaman, mekân, sosyal organizasyon, çevresel kontrol ve biyolojik varyasyonlardır. Bunlar bakım alan bireyler için hangi kültürel duyarlı bakımın uyarlanması ve değerlendirilmesi için tasarlanmıştır. Kültürel olarak yetkin bakım; bir bireyin, sistemin veya sağlık hizmeti sunan kurumların kültürel miras, inançlar, tutumlar ve bakım verdikleri bireylerin davranışları hakkındaki bilgilerine dayalı olarak anlamlı ve faydalı bakım sağlama stratejileri bulunduğu dinamik, akıcı ve sürekli bir süreçtir (Davidhizar and Giger, 1999). Bu model, her bir bireyi kendi kültüründe benzeriz olarak görmenin önemini vurgulamaktadır (Giger and Davidhizar, 2008).

Giger ve Davidhizar'a göre bu modelde her kültürde ortak olan altı boyut vurgulanmıştır. İlk boyut, insan etkileşimi ve kullanımı ve korunması sürecini barındıran iletişimdir. İletişim kullanımı ve korunması sözlü, sözsüz ve yazılı olmak üzere çeşitli biçimlerde ifade edilir; dil ve lehçe, ses tonu ve hacmi, bağlam, duygusal ima, yüz ifadesi, jestler ve beden dili açısından farklılıklar gösterir. Dil, yanlış anlamalar ve amaçlandığı gibi iletişim kurulamaması nedeniyle kaliteli sağlık hizmetinin önünde engel haline gelebilir. İkinci boyut, etkileşim halindeki bireyler arasında korunan mesafedir. Kişisel alan bireylerin kültürel geçmişlerine göre farklılık gösterir. Üçüncü boyut is belirli kültürlerin kendilerini aile, inanç ve görevlere göre gruplandırma şekli olan sosyal organizasyondur. Dördüncü boyut etki açısından sosyal organizasyona benzeyen zamandır. Besinci boyut, kişinin toplu ve hastalığın nasıl oluştuğuna, nasıl yükseltilip sürdürüleceğine ilişkin inançlar ve anlayışlar gibi iç ve dış faktörlerini nasıl algıladığını ima eden çevresel kontroldür (Davidhizar et al., 2006; Lipson and Desantis, 2007).

3.4.) Sağlık Hizmeti Sunumunda Kültürel Yeterliliğin Campinha-Bacote Modeli

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kültürel yeterlilik olarak tanımlanan model ilk olarak 1998 de geliştirilmiştir. Model, kültürel yeterliliği belirli faktörlerin getirdiği bir sonuç olarak değil, bir süreç olarak ele almaktadır. Kültürel yeterlilik kavramı, hemşirenin bireyse, aile veya grup olsun, hastaya bakım verirken kültürel olarak farklı bir ortamda daha fazla verim ve çalışma yeteneğini elde etmeye çalıştığı bir süreç olarak tanımlanabilmektedir (Campinha-Bacote, 2002). Kültürel yeterliliğin elde edilebilmesi için hemşire, beş bilişenin kapsayan verimli ve yüksek kaliteli bakım sunma kapasitesini geliştirme sürecini üstlenmelidir. İlk bileşen, sağlık çalışanlarının kendi kültürel geçmişlerini bilinçli olarak kabul ettikleri ve diğer kültürlerle karşı önyargılardan kaçınmalarına yardımcı olan bir süreç olan kültürel farkındalığı içermektedir. İkinci bileşen, kültürel olarak uygun davranış ve fiziksel değerlendirme yoluyla hastalardan gerekli bilgileri elde etme yeteneği olarak tanımlanan kültürel beceridir. Üçüncü bileşen, sağlık profesyonellerinin, hastalık ve sağlığa yönelik hasta tutumlarıyla ilgili olarak kültürel ve etnik özelliklerdeki farklılıkları anlamak için zihinlerini açtığı bir süreç olan kültürel bilgidir. Dördüncü bileşen, sağlık profesyonelleri ve farklı kültürlerin üyeleri arasındaki etkileşim yoluyla kalıp yargılardan kaçınılan kültürel karşılaşmadır. Besinci ve son bileşen eğitilmiş, yetenekli, yetkin ve kültür bilincine sahip olmanın itici gücü olan kültürel arzudur (Ingram, 2012).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) VE DSM-5 Kùltùrler Arası Sorunlar Alt Grubu (DCCIS), kùltùrel psikiyatri pratiğinin oncusu bir araç üretmek ve yaymak için Kùltùrel Formulasyon Görüşmesi (KFG) oluşturuldu (APA, 2013). Bu kanıta dayalı araç, klinisyenlere tanı ve tedavi planlanmasını bilgilendirmek için kişi merkezli kùltùrel değerlendirmeler yapmaya yardımcı olan bir dizi anketten oluşmaktadırdır. Kùltùrel formulasyon görüşmesi, yalnızca klinisyenler ile sağlık bakımından faydalanan kùltùrel olarak farklı gruplardan bireylerin arasındaki kùltùrel farklılıkların olduğu durumların dışında tüm klinisyenler ile klinik karşılaşmalarda kullanılabilir. Bunun neden, bakımın belirli yönlerinde nasıl yaklaştığımız üzerinde genellikle görünmez etkiler de dahil olmak üzere, klinik karşılaşmaya kendi kùltùrlerimizi, değerlerimizi ve beklentilerimizi getirmemizdir.

4. Hemşirelikte Kùltùrlerarası Eğitim ve Uygulamaları

Günümüzde sağlık profesyonelleri dünya çapında artan sayılarda kùltùrel ve dilsel olarak çeşitli hastalara bakım sağlamaktadır. Kùltùrel yeterliliğin önemi sağlık hizmetlerinin kalitesi açasından belirgindir ve kùltùrel yeterliliği artırmayı amaçlayan farklı eğitim modelleri ve yaklaşımları hakkında daha fazla bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır. Kaihlanen, Hietapakka ve Heponiemi (2019) Güney Finlandiya da 2017 yılında birincil sağlık hizmetleri veren bir hastanede toplamda 10 hemşirenin katılımıyla kùltùrel yeterlilik eğitimini içeren küçük gruplar halinde nitel yaklaşımlı görüşmeleri kapsayan bir çalışma yürütmüştür. Örneklemede kullanılan bölgenin önemi, Finlandiya genelindeki göçmen sayısının 1\4 ünü oluşturmasıdır. Kùltùrel yeterlilik eğitimlerini içeren oturumlar düzenlenmiştir. Bu eğitimin verildiği toplantılarda, belirli kùltùrlere yönelik yaklaşımlardan ziyade genel olarak kùltùrel yaklaşımlarla, bireyin kendi kùltùrel özelliklerini irdeleyerek farklı kùltùrlere yönelik farkındalığını arttırmak amaçlanmıştır. Bu çalışmada katılımcılar, kùltùrel olarak farklı bir bakış açasına sahip olmanın faydalı olduğunu belirtmişler. Ayrıca, farklı göçmen gruplarındaki bireylerin eğitim toplantılarına davet edilerek görüşlerinin paylaşılmasının farklı bakış açıları ve fikirler getirerek kùltùrler arası bakımın gelişimini kolaylaştırabileceğini vurgulamışlardır.

Eğitim ortaklığı metoduyla, farklı etnik topluluk üyelerinin deneyimlerini paylaştığı ve sağlık profesyonellerinin kùltùrel farklılıkları anlamalarını arttırmak ve daha fazla tartışılmasına teşvik etmek için etkili bir yol sağladığı daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir (Long, 2012). Kùltùrler arası bakım ile ilgili güncel uygulamaları geliştirmek için farklı organizasyon düzeylerinde çalışan tüm sağlık profesyonellerine eğitim verilmesi gerektiği vurgulanmıştır (Kaihlanen et al., 2019). Bu çalışmadaki bulgular, kùltùrel açından yetkin sağlık hizmetleri sağlamak için kurumsal düzeyde kùltùrel yeterlilik girişimlerinin ve stratejilerin gerekli olduğunu belirten önceki bulgularla benzerlik göstermektedir (Beach et al., 2005; McCalman et al., 2017).

Kùltùrel bağlam, psikiyatrik hastalıkların deneyimini ve klinik ifadesini büyük ölçüde etkilerken, kùltùrel faktörler, özellikle de belirli hizmet türlerine ihtiyaç duyan göçmen aileler ya da farklı etnik kökene sahip gruplar için hem bakımı hem de bakımın etkinliğini ve kalitesini sınırlandırmaktadır. Kùltùrel farklılıklardan kaynaklanan hastalık ve sağlık kavramlarının yorumlanmasında oluşan farklılıklar ve dil farklılıklarından kaynaklanan bakım alan birey ile bakım veren sağlık profesyonellerinin yaşamış oldukları iletişim zorlukları sağlanacak olan bakım kalitesini olumsuz anlamda etkilemektedir. Carrera ve arkadaşları (2020) kùltùrel çeşitliliğe uyarlanmış psikiyatri hizmetleri hakkında bakım modellerini Fransız Kùltùrlerarası Psikoterapi modeliyle karşılaştırarak bir kapsam incelemesi yapmışlardır (Carrera et al., 2020). Elde edilen veriler doğrultusunda, Amerika Birleşik Devletleri, Birleşik Krallık, İtalya, İşpanya, Belçika, Hollanda, Almanya, İsveç, Norveç, Yeni Zelanda ve Avustralya gibi göçmen popùlasyonun yoğunlukta olduğu ÷lkeler çalışmanın demografik özelliklerini oluşturmaktadır. Bu ÷lkelerde ruh sağlığı profesyoneller tarafından toplumdaki kùltùrel gruplar için geliştirilen ruh sağlığı programlarındaki kùltùrel yeterliliğin bileşenlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Fransız kùltùrlerarası yaklaşımı, ailenin kùltürünü ve kùltùrel çeşitliliğini terapi sürecinin ayrılmaz bir parçası halinde savunurken; diğer çoğu girişim, hastaya odaklanmayan dolaylı bir yaklaşımla eğitim ve değerlendirmeye vurgu yapar ve hasta ile terapistin kùltùrel etkileşmesini sunar. Kùltùrlerarası terapi, bireyler, aileler ya da etnik gruplar için bireysel deneyimlere dayanan kişisel ve aile alıntılarının yaratıcı diyalogunu ve birlikte oluşumunu teşvik etmektedir. Kişisel deneyime dayalı

yapılan bu göndermeler, kültürel farklılıklar ve kültürel etkileşim hakkında bir diyaloga kapı acar. Kültürlerarası hizmetler, kültürel farkındalığın oluşmasında, kültürel yeteneklerin artırılmasında etkili olabileceği gibi aynı zamanda belirli bir nüfus ya da etnik gruptan ziyade her türlü kültürlerarası duruma yöneliktir (Noel, 2006; Han et al., 2012; Doyle and Hungerford, 2014; Signorelli et al., 2015).

Sağlık bakım ortamlarında kültürel ve dilsel çeşitlilikteki sürekli artış ve bu çeşitlilikle ilgili karşılaşılan zorluklar nedeniyle, hemşirelerin kültürel yeterliliğine acilen ihtiyaç duyulmaktadır. Hemşirelerin kültürel olarak uyumlu hemşirelik bakımı sunabilmelerini sağlamak için sürekli olarak mesleki gelişime ihtiyaç vardır. Oikarainen ve arkadaşları (2019) hemşirelerin kendilerini değerlendirdikleri kültürel yetkinliği geliştirmek için geliştirilmiş eğitim müdahalelerinin türleri ve bu müdahalelerin etkinliği hakkında mevcut en iyi kanıtları belirlemek amacıyla sistematik derleme yürütmüşlerdir. Yaygın olarak kullanılan öğretim yöntemleri arasında dersler, grup tartışmaları, vaka çalışmaları, yansıtıcı alıştırmalar ve geri dönüş göstergeleri ve bilgi alma donemi olan simülasyonlar yer almıştır. Bu çalışma, eğitim müdahalelerinin hemşirelerin kendi kendini değerlendirdikleri kültürel yeterlilikleri üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir. Hemşire eğitimcileri, öğrencilere kültürel yeterliliği öğretmede önemli bir role sahiptir. Bu çalışma, hemşirelerin kültürel yeterliliklerini geliştirmede kendilerini desteklenmemiş hissettiklerini göstermektedir (Oikarainen et al., 2019). Bu sonuçlar, her dört hemşireden yaklaşık ucunun is ortamında kültürel olmayan çeşitlilik eğitimi aldığını bildirdiği bir çalışmak ile tutarlıdır (Hart and Mareno, 2016).

Sonuç

Sağlık bakım hizmetlerinde kültürel yeterlilik, kültürel olarak yetkin bir bakım sağlanmasının oncusudur. Sağlık bakımında yeterlilik, kültürlerarası durumlarda etkili sağlık bakım hizmetlerini destekleyen davranışlar, tutumlar ve uygulamaları gerektirir. Kültürel yeterliliği barındırmayan ruh sağlığı bakım uygulamaları, bakım hizmeti alan bireylerin bekledikleri bakım kalitesini ve bakım alma istek ve etkileşimini engellemektedir. Hemşirelikte kültürel yeterlilik, kişinin onuruna, benzersizliğine ve bireysel bakıma ilişkin kararlarına saygı duymayı içerdiğinden, sağlık hizmetlerindeki kültürel konular hemşireler ve hemşirelik öğrencileri için iyi anlaşılmalıdır. Sağlık bakım hizmetlerinin planlanmasında etkin bir role sahip hemşirelerin, yüksek kaliteli bakım sağlayabilmeleri için eğitim süreçlerine kültürel yeterlilik eğitiminin planlanması ve uygulanması, sağlık bakım kalitesinin artırılması ve sürdürülebilirliği açısından önemli bir yer tutmaktadır.

Hemşirelik öğrencilerine verilen kültürlerarası hemşirelik eğitiminin etkinliği yapılan kanıta dayalı çalışmalarla kanıtlanmıştır. Kültürlerarası hemşirelik eğitim programlarının içeriği, eğitim yöntemleri ve eğitim sürelerinin standartlaştırılmamış olsa da bu eğitim programlarının tüm kültürlerden hemşirelik öğrencileri için belirli bir standart haline getirilmesi gerekmektedir. Ayrıca, bu programları değerlendirmek için daha kapsamlı, geçerli ve güvenilir ölçme araçlar geliştirilmelidir.

Kültürel açıdan yetkin kılavuzları geliştirmek için daha fazla araştırma yapılmasına acil bir ihtiyaç vardır. Gelecekte, kültürel farklılıklar ve kültürel açıdan farklı hastaların nasıl tedavi edileceği ve bakım verileceği konusundaki farkındalıklarını artırmak için sağlık sisteminin farklı seviyelerindeki profesyonellere kültürel yeterlilik eğitiminin verilmesi faydalı olacaktır.

Kaynakça

- American Psychiatric Association. Cultural formulation. (2013) In: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association; p.p. 749-759.
- Bauer, A. M. Chen, C.N., Alegria M., (2010). English language proficiency and mental health service use among Latino and Asian Americans with mental disorders, *Medical Care* 48(12), 1097–1104.
- Beach, M. C., Price, E. G., Gary, T. L., Robinson, K. A., Gozu, A., Palacio, A., Smarth, C., Jenckes, M. W., Feuerstein, C., Bass, E. B., Powe, N. R., & Cooper, L. A. (2005). Cultural Competence A Systematic Review of Health Care Provider Educational Interventions. *Medical Care*, 43(4), 356-373.

- Betancourt, J. R., Corbett, J., Bondaryk, M. R., 2014. Addressing disparities and achieving equity: cultural competence, ethics, and health-care transformation. *Chest* 145(1),143–148.
- Bhui, K., Warfa, N., Edonya P., Mckenzie, K., Bhugra, D. (2007). Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations. *BMC Health services research*, 7,15.
- Blanchet Garneau, A., Pepin, J. (2015). Cultural competence: a constructivist definition. *Journal of Transcultural Nursing Society*, 26(1),9–15.
- Cai, D.-Y., (2016) .A concept analysis of cultural competence. *International Journal of Nursing Sciences*. 3(3),268–273.
- Campinha-Bacote J. (2002) The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*,13(3):181–4.
- Carrera, C. L., Levesque-Daniel, S., Radjack, R., Moro, M. R., & Lachal, J. (2020). Clinical Approaches to Cultural Diversity in Mental Health Care and Specificities of French Transcultural Consultations: A scoping Review. *Frontiers in psycgiatry*, 11, 579147.
- Caruso, R., Fida, R., Sili, A., Arrigoni, C., (2016). Towards an integrated model of nursing competence: an overview of the literature reviews and concept analysis. *Professioni Infermieristiche*, 69(1),35–43.
- Cass, A., Lowell, A., Christie, M., Snelling, P. L., Flack, M., Marrnganyin, B., & Brown, I. (2002). Sharing the true stories: Improving communication between Aboriginal patients and healthcare workers. *Medical Journal of Australia*, 176(10), 466–470.
- Castro, A., & Ruiz, E. (2009). The effects of nurse practitioner cultural competence on Latina patient satisfaction. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(5), 278–286.
- Cowan, D. T., Norman, I., & Coopamah, V. P. (2005). Competence in nursing practice: a controversial concept--a focused review of literature. *Nurse education today*, 25(5), 355–362.
- Davidhizar, R., Giger, J. N., & Hannenpluf, L. W. (2006). Using the Giger-Davidhizar Transcultural Assessment Model (GDTAM) in providing patient care. *The Journal of practical nursing*, 56(1), 20–27.
- Doyle, K., & Hungerford, C. (2014). Adapting evidence-based interventions to accommodate cultural differences: where does this leave effectiveness? *Issues in mental health nursing*, 35(10), 739–744.
- Engbretson, J., Mahoney, J., Carlson, E. D., (2008). Cultural competence in the era of evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing*. 24(3),172–178.
- Fernandez, N., Dory, V., Ste-Marie, L.-G., Chaput, M., Charlin, B., Boucher, A., (2012). Varying conceptions of competence: an analysis of how Health sciences educators define competence. *Medical Education*. 46(4),357–365.
- Giger, J., & Davidhizar, R. (1999). *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (3rd ed.). St. Louis, MO: C. V. Mosby.
- Giger, J & Davidhizar, R. (2008) *Transcultural nursing: Assessment and intervention* (5th edn) Mosby, St. Louis, MO.
- Giger, J. N., & Davidhizar, R. (2002). The Giger and Davidhizar transcultural assessment model. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 185-188.
- Han M., Valencia M., Lee Y. S., Leon J. D. (2012) Development and implementation of the culturally competent program with cambodians: the pilot psycho-social-cultural treatment. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work*. 21:212–30.
- Hart, P. L., Mareno, N., (2016). Nurses' perceptions of their cultural competence in caring for diverse patient populations. *Online Journal of Cultural Competence in Nursing and Healthcare*. 6(1),121–137.
- Health Research & Educational Trust, Institute for Diversity in Health Management (2011). Building a Culturally Competent Organization: The Quest for Equity in Health Care. Chicago, IL: Health Research & Educational Trust.
- Ingram R. R. (2012). Using Campinha-Bacote's process of cultural competence model to examine the relationship between health literacy and cultural competence. *Journal of advanced nursing*, 68(3), 695–704.
- Jirwe, M., Gerrish, K., Keeney, S., & Emami, A. (2009). Identifying the core components of cultural competence: Findings from a Delphi study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(18), 2622–2634.

- Jongen, C., McCalman, J., & Bainbridge, R. (2018). Health workforce cultural competency interventions: a systematic scoping review. *BMC health services research*, 18(1), 232.
- Kaihlanen, A. M., Hietapakka, L., & Heponiemi, T. (2019). Increasing cultural awareness: Qualitative study of nurses' perceptions about cultural competence training. *BMC Nursing*, 18(1).
- Leininger, M. M. (1978). Leininger's conceptual and theory-generating model to study transcultural and ethnonursing ethnocaring constructs. In M. M. Leininger (Ed.), *Transcultural nursing: Concepts, theories, and practice* (p. 39). New York, NY: Wiley
- Leininger, M. M., (1991). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. NLN Press, New York
- Leininger, M. M. (2006). Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethnonursing method. In M. M. Leininger & M. R. McFarland (Eds.), *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (2nd ed., pp. 1-41). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Lewis-Fernández, R., Aggarwal, N. K., Bäärnhielm, S., Rohlof, H., Kirmayer, L. J., Weiss, M. G., Jadhav, S., Hinton, L., Alarcón, R. D., Bhugra, D., Groen, S., van Dijk, R., Qureshi, A., Collazos, F., Rousseau, C., Caballero, L., Ramos, M., & Lu, F. (2014). Culture and psychiatric evaluation: operationalizing cultural formulation for DSM-5. *Psychiatry*, 77(2), 130–154.
- Lipson, J. G., & Desantis, L. A. (2007). Current approaches to integrating elements of cultural competence in nursing education. In *Journal of Transcultural Nursing*, 18(1).
- Long T. B. (2012). Overview of teaching strategies for cultural competence in nursing students. *Journal of cultural diversity*, 19(3), 102–108.
- Magaña, D. (2019). Cultural competence and metaphor in mental healthcare interactions: A linguistic perspective. *Patient Education and Counseling*, 102(12), 2192–2198.
- McCalman, J., Jongen, C., & Bainbridge, R. (2017). Organisational systems' approaches to improving cultural competence in healthcare: a systematic scoping review of the literature. *International Journal for Equity in Health*, 16(1).
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2015). The theory of culture care diversity and universality. In M. R. McFarland & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (3rd ed., pp. 1-34). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- McFarland, M. R. (2018a). Culture care theory and translational science: A focus for doctor of nursing practice scholarship. In M. M. McFarland & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practice* (4th ed., pp. 313-319). New York, NY: McGraw-Hill
- McFarland, M. R. (2018b). The theory of culture care diversity and universality. In M. M. McFarland & H. B. Wehbe-Alamah (Eds.), *Leininger's transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practice* (4th ed., pp. 39-56). New York, NY: McGraw-Hill
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540–557.
- Noel, D. (2006). Mental health for the Aborigines: a transcultural response. *Sante mentale au Quebec*, 31, 153-164.
- Oikarainen, A., Mikkonen, K., Kenny, A., Tomietto, M., Tuomikoski, A. M., Meriläinen, M., Miettunen, J., & Kääriäinen, M. (2019). Educational interventions designed to develop nurses' cultural competence: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 98, 75–86.
- Paez, K. A., Allen, J. K., Beach, M. C., Carson, K. A., & Cooper, L. A. (2009). Physician cultural competence and patient ratings of the patient-physician relationship. *Journal of General Internal Medicine*, 24(4), 495–498.
- Roe, Y. L., Zeitz, C. J., & Fredericks, B. (2012). Study Protocol: Establishing good relationships between patients and health care providers while providing cardiac care. Exploring how patient-clinician engagement contributes to health disparities between indigenous and non-indigenous Australians in South Australia. *BMC Health Services Research*, 12(1).
- Roncoroni, J., Tucker, C. M., Wall, W., Nghiem, K., Wheatley, R. S., & Wu, W. (2014). Patient Perceived Cultural Sensitivity of Clinic Environment and Its Association With Patient Satisfaction With Care and Treatment Adherence. In *American Journal of Lifestyle Medicine*, 8(6), 421–429.

- Shahid S., Finn L., Thompson S. (2009). Barriers to participation of aboriginal people in cancer care: communication in the hospital setting, *Medical Journal of Australia*, 190(10):574.
- Signorelli, R. G., Coello, M., Momartin, S. (2015). Change and recovery: culturally appropriate early childhood programmes with refugee families and communities, *Children Australia*.40:195–204
- Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC health services research*, 14, 99.
- U.S. Department of Health and Human Services, 2nd ed., Healthy People 2010. *With Understanding and Improving Health and Objectives for Improving Health*, 2 vols, U.S. Government Printing Office, Washington, DC, 2000.
- Whaley, A. L., & Davis, K. E. (2007). Cultural competence and evidence-based practice in mental health services: a complementary perspective. *The American psychologist*, 62(6), 563–574.

YAZAR

BETÜL ŞANLAN

Surrey Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Psikiyatri Hemşireliği ABD, Doktora Öğrencisi

b.sanlan@surrey.ac.uk

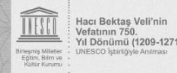
ORCID No: 0000-0003-2343-7881

2014 yılında Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik bölümünden mezun olmuştur. 2014- 2015 yılları arasında İstanbul’da özel hastanelerde hemşire olarak çalışmıştır. 2015 yılında Millî Eğitim Bakanlığının yürüttüğü YLSY programını burslu olarak hak kazanmıştır. Bu burs programı kapsamında Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi, Psikiyatri Hemşireliği ABD adına yüksek lisan ve doktora eğitimi alma hakkı kazanmıştır. 2016 yılında bir yıl süre ile Marmara Üniversitesinde İngilizce dil eğitimi almıştır. 2018 Ekim ayında Bangor Üniversitesinde yüksek lisans eğitimini “Demans Çalışmaları” üzerine tamamlamıştır. 2021 Ekim ayında Surrey Üniversitesinde Psikiyatri Hemşireliği alanında Doktora eğitimini yürütmektedir. Araştırma ilgi alanı, depresyonla ilgili önleme çalışmaları ve ruh sağlığı sorunları olan kişilerin iyilik hallerini ve yaşam kalitelerini iyileştirme üzerine odaklanmaktadır. Bununla birlikte sıra çocuklardaki sosyal destek üzerine çalışmalarını yürütmektedir.



HÜNKAR
HACI BEKTAŞ VELİ
ANMA ve ARMAĞAN KİTABI

750.YIL



ŞİDDETİN ETKİLERİ: KADIN, ÇOCUK AİLE VE TOPLUM VIOLENCE AGAINST WOMEN IN POSTGRADUATE STUDIES IN OUR COUNTRY

(Ülkemizde Lisansüstü Çalışmalarda Kadına Yönelik Şiddet)*

Fatma YILDIRMIŞ

Özlem BOZBUĞA

Zehra ÇALIŞKAN

Özet

Kadına yönelik şiddet; herhangi bir siyasi dini ya da kültürel gerekçe ile haklılığı olmayan, kadının ruhsal ve bedensel bütünlüğünü bozan davranışlar bütünü olarak tanımlanmaktadır. İnsan hakkı ihlali olan bu davranışlar, kadınların sağlığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemesinin yanı sıra toplumu da olumsuz etkilemektedir. Şiddete maruz kalan kadınların ilk başvurdukları yer sağlık kuruluşlarıdır. O nedenle sağlık profesyonellerinin, şiddet mağduru kadınlara tıbbi bakım ve ruhsal destek sağlarken onlara yaklaşımları, sorumluluk almaları ve sektörler arası iş birliği yapabilme yetenekleri oldukça önemlidir. Bu çalışma, ülkemizde kadına yönelik şiddetle ilgili sağlık bilimleri temel alanında yapılan lisansüstü çalışmaların incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı tipte yapılan bu çalışmada, Yüksek Öğrenim Kurumu (YÖK) Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanında, 'Kadına şiddet', 'Kadına yönelik şiddet', 'Kadın ve şiddet' 'Aile içi şiddet' anahtar sözcükleri ile sağlık bilimleri temel alanında yapılan ve tam metnine ulaşılan lisansüstü tezler (n:20) incelenmiştir.

Sağlık bilimleri temel alanında, belirtilen anahtar kelimelerle yapılan lisansüstü tezlerin %80.0'i (n=16) yüksek lisans tezi olup, geri kalanının (%20) doktora (n=1) ve uzmanlık tezi (n=3) olduğu belirlenmiştir. İncelenen tezlerin büyük bir kısmı (%80) hemşirelik alanında yürütülmüştür. Belirtilen anahtar kelimelerle, 1999 yılında yapılan ilk lisansüstü çalışmayı takiben, son beş yılda çalışmaların artış gösterdiği (%60), tezlerin ağırlıklı olarak Marmara (%50) ve İç Anadolu Bölgesinde (%25) yapıldığı tespit edilmiştir. Ulaşılan tezlerin çoğunun (%90) tanımlayıcı, sadece 2'sinin yarı deneysel nitelikte olduğu, örneklem grubunun çoğunluğunun sağlık profesyonelleri (%40) (hekim, hemşire, ebe), üniversite öğrencileri (%20) (hemşirelik/ebelik) ve evli kadın/erkekler (%40)'den oluştuğu belirlenmiştir. İncelenen çalışmalarda, ailede şiddete maruz/tanık olma durumunun yüksek olması ve çocuklarının da şiddet görmesi dikkat çekici bulgular arasında yer almaktadır.

Şiddetin öğrenilen bir davranış olduğu düşünüldüğünde, kadına yönelik şiddetin acil çözümlenmesi gereken bir halk sağlığı problemi olduğu bilinmektedir. Yapılan lisansüstü çalışmalar incelendiğinde girişimsel çalışmaların kısıtlı olduğu görülmekte, ülkemiz kadınlarını şiddetten koruyacak kanıt düzeyi yüksek çalışmaların yürütülmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kadın, Şiddet, Kadın ve Şiddet, Lisansüstü Çalışmalar.

Abstract

Violence against women is defined as a set of behaviors that are not justified by any political, religious or cultural reason and disrupt the mental and physical integrity of women. These human rights violations do not only affect women's health and quality of life negatively, but also affect the society negatively. The first place that is applied by the women who are exposed to violence is health institutions. For this reason, health professionals' approach, taking responsibility and ability to cooperate between other professionals are very important while providing medical care and mental support to women victims of violence. This study was conducted to examine the postgraduate studies conducted on violence against women in the health sciences in our country.

In this descriptive study, the postgraduate theses (n: 20) that were conducted in health sciences field and the full texts of which were available were examined by using the keywords as 'Violence to women', 'Violence against women', 'Women and violence', 'Domestic violence'.

It is determined that of the theses that were conducted in the health sciences by these determined key words; 80.0% (n = 16) were master theses, 20% were doctoral (n = 1) and specialty thesis (n = 3). Most of the examined theses (80%) were conducted in the field of nursing. It was determined that following the first graduate study that was conducted with the defined

* Bu çalışma, I. Ulusal Kadın Temalı Öğrenci Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur. Erzurum Teknik Üniversitesi, 13-14 Mart 2021, Erzurum

keywords in 1999, studies have increased (60%) in the last five years, and theses are

predominantly conducted in Marmara (40%) and Central Anatolia (25%) region. Most of these theses (90%) were descriptive, only 2 of them were semi-experimental, the majority of the sample group were health professionals (40%) (physician, nurse, midwife), university students (20%) (nursing / midwifery) and married women/men (40%). There are considerable findings as being exposure to/ witnessing

of violence in family were high and children were also subjected to violence in these studies.

Considering that violence is a learned behavior, it is known that violence against women is a public health problem that needs to be solved urgently. When the postgraduate studies are examined, it is seen that interventional studies are limited, and it is suggested that studies with high evidence level should be conducted to protect our women from violence.

Keywords: Women, Violence, Women and Violence, Postgraduate Studies.

Giriş

Kişinin bir başkasına kuvvet ya da fiziksel güç uygulayarak yaptığı, sonucunda da fiziksel ve psikolojik olarak zarara uğratabileceği, yaralanma ve ölümlerle sonuçlanabilecek her türlü girişim şiddet olarak tanımlanmaktadır (Arın,1996, Krug EG,2002). Kadına yönelik şiddet; herhangi bir siyasi, dini ya da kültürel gerekçe ile haklılığı olmayan kadının ruhsal ve bedensel bütünlüğünü bozan davranışlar bütünü olup (Yayla,2009) ekonomik, fiziksel, cinsel ve duygusal şiddet gibi farklı şiddet türleri ile karşımıza çıkmaktadır (WHO,2013). Uygulanan şiddet; kültüre, gelire, sınıfa göre çeşitlilik gösterse de kadınların toplumdaki sosyal, yasal ekonomik ve politik eşitliğini sağlamasını/sürdürmesini zedelemektedir. Aynı zamanda şiddet, kadınların ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden sorunlar yaşamasına ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilenmesine neden olmaktadır (Yüksel,2016). Şiddet gören kadınlarda görülen sorunlar arasında majör depresyon, stres, kaygı, tetikte olma ve güven problemleri, intihara eğilim, bağımlılık, uyku bozukluğu, yaşanan şiddete bağlı psikolojik problemler yer almaktadır (Krahé, 2018, Yüksel Kaptanoğlu vd., 2015, Aslı vd.,2007).

Kadınları bu şekilde olumsuz etkileyen şiddet, insan hakları ihlalidir (Krantz vd., 2005). Şiddete maruz kalınması ve yaşanan şiddete sessiz kalınması, etkileri sebebiyle kadınların güçlenip sosyal hayatın her alanında özerk olabilmelerini de engellemektedir.

Kadının şiddete maruz kalması sadece kadını değil; toplumu, aileyi ve geleceği de olumsuz etkilemektedir (Ghanbarlou, 2020). Şiddete tanık olan kız ve erkek çocuklarının, şiddet yaşanmayan ailelerde büyüyen çocuklara oranla fiziksel ve psikolojik sorunları daha çok yaşadığı belirlenmiştir (Yüksel Kaptanoğlu vd.,2015).

Yapılan bir çalışmada her üç kadından birinin cinsel ya da fiziksel şiddete maruz kaldığı bildirilmiştir (Pallitto, C. et al 2013). Yine Dünya Sağlık Örgütü'nün 2013 yılı "Kadına Yönelik Şiddet Raporu" verilerine göre; kadınların %13 ile %61'i yaşamlarında en az bir kez, partnerleri tarafından fiziksel şiddet gördüğünü, %6 ile %59'u, partnerleri tarafından hayatı boyunca en az bir defa cinsel ilişkiye zorlandığını/zorlamaya teşebbüs edildiğini, %1 ile %28'i ise gebelik dönemlerinde eşleri tarafından fiziksel istismara maruz kaldığını bildirmiştir (WHO, 2013,s.10). Dünya'da kadına yönelik şiddete ilişkin diğer verilere bakıldığında ise; Japonya'da kadınların %67'sinin fiziksel şiddete, Nikaragua'da yaşayan kadınların da %52'sinin şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Doğu Londra'da kadınların %61'inin aile içi şiddete, %87'sinin cinsel şiddete maruz kaldığı diğer yandan Kuzey Hindistan'daki kadınların %17'sinin fiziksel, %22'sinin cinsel şiddete maruz kaldığı saptanmıştır. Benzer şekilde, yapılan bir diğer araştırma sonucuna göre Washington'da kadınların %27'sinin birlikte oldukları kişiler veya eşlerinden fiziksel şiddet gördükleri tespit edilmiştir (Aslı vd., 2007, Martin vd.,1999, Coid vd., 2001, Ellsberg vd.,2000, Weingourt vd.,2001, Abbott vd.,1995). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde her yıl iki ila dört milyon kadın partnerleri tarafından şiddet görmektedir (Nurses I. C. N., 2001). Ülkemizde ise 2008 yılında yapılan Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması'nın verilerine göre, her on kadından dördünün cinsel ya da fiziksel şiddete maruz kaldığı tespit edilmiştir. Ülkemiz kadınlarının %39'u fiziksel, %15'i cinsel, %44'ü duygusal şiddete maruz kalmıştır (Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet, Ankara, 2009, T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü).

Ülkemizde kadınların eğitim durumu ve yaşadıkları yer onların şiddete yönelik tutumlarını etkilemektedir. Kentlerde yaşayan kadınların %7'si fiziksel şiddeti en az bir durumda haklı bulurken, bu oran kırsal bölgede yaşayan kadınlarda %16'ya yükselmektedir. Ülkemizdeki kadınların eğitim seviyesi arttıkça, hem şiddete maruz kalma oranları hem de kadına yönelik şiddetin kadınlarca haklı olarak görülme oranları azalmaktadır. Yani eğitim seviyesinin artmasıyla beraber şiddetin kadınlarca kabul edilebilirliği azalmaktadır. (TNSA 2018, sf 185).

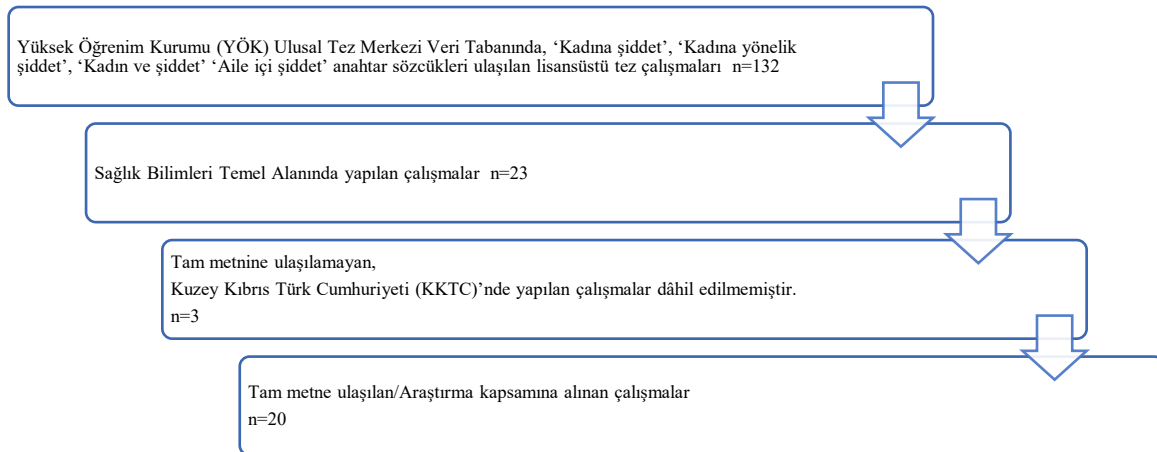
Şiddet öğrenilen bir davranıştır ve nesilden nesile aktarılır. Şiddet döngüsünün kırılmaması şiddetin kanıksanmasına, sıradanlaşmasına ve günlük yaşamın bir parçası haline gelmesine neden olarak yeni şiddet olaylarının artarak devam etmesine sebep olabilir. Çalışmalar şiddete maruz kalan kadınların şiddet uygulamaya yatkın olduklarını, çocukken şiddet gören ya da tanık olan kadınların yetişkin olduğunda da şiddete sessiz kaldıklarını ya da uyguladıklarını göstermektedir (Ghanbarlou, 2020, Özgentürk vd., 2012, Yüksel vd., 2015). Şiddetin önlenmesi ya da erken dönemde tespiti, günümüz kadınları ve çocukları için önemli ve elzem olduğu kadar geleceğe yatırım şeklinde kabul edileceğinden gelecek nesiller için de önemlidir.

Şiddete maruz kalan kadınların ilk başvuru yaptıkları yer sağlık kurumlarıdır. Türk Ceza Kanunu (TCK)'nda 'Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır' ibaresi yer almaktadır (TCK 280). Şiddet mağduru kadınlara, tıbbi bakım vermenin yanında ruhsal destek sağlama açısından, sağlık çalışanlarının şiddete yaklaşımları, sorumluluk almaları, sektörler arası iş birliği yapabilme yetenekleri önemlidir. Kadınları şiddetten korumak için; neden olan faktörlerin erken dönemde tespit edilerek ortadan kaldırılması, şiddete maruz kalan kadının gerekli bakım/tedavisinin yapılması, erken müdahale ile tekrarının önlenmesi, sonrasında ise kadının mental ve fiziksel iyi olma durumunun güçlendirilmesi/desteklenmesi gerekmektedir (Şahin,2018). Şiddet döngüsünün kırılmasında her kurum ve kuruluş üzerine düşeni yapmalı, sektörler arası iş birliği ve gerekli eğitimlerle farkındalıklar artırılmalı, toplumda bilinçli bir tutum ve davranış şekli geliştirilmelidir. Bu çalışma 'kadın ve şiddet' temasının lisansüstü çalışmalarda verilerini ortaya koymak, sağlık bilimleri temel alanında yapılan lisansüstü çalışmaları incelemek amacıyla yapılmıştır.

2. Materyal Method

2.1. Araştırmanın Şekli:

Tanımlayıcı tipte yapılan bu çalışmada, Yüksek Öğrenim Kurumu (YÖK) Ulusal Tez Merkezi Veri Tabanında, 'Kadına şiddet', 'Kadına yönelik şiddet', 'Kadın ve şiddet' 'Aile içi şiddet' anahtar sözcükleri ile sağlık bilimleri temel alanında yapılan, erişim izni olan ve tam metnine ulaşılan lisansüstü tezler (n:20) incelenmiştir. Doçentlik sınav alanları arasında yer alan sağlık bilimleri temel alanında; tıp, diş hekimliği, veteriner hekimlik, eczacılık, hemşirelik, ebelik, çok disiplinli sağlık bilimleri vb bilim alanları yer almaktadır. Tarama yapılırken yıl sınırlaması yapılmamıştır.



Şekil 1. Araştırmaya Dâhil Edilen Çalışmalar

3. Bulgular

Bu çalışmada, ülkemizde kadına yönelik şiddetle ilgili sağlık bilimleri temel alanında yapılan lisansüstü çalışmalar incelenmiştir. Çalışmalar disiplin/ana bilim dalları, tasarımları, yapıldığı yıl/bölge, örneklem grubuna göre analiz edilmiştir.

Yüksek Öğrenim Kurumu (YÖK) Ulusal Tez Merkezi veri tabanında belirlenen anahtar kelimelerle tam metnine ulaşılan tezler (n=20) çalışmaya dâhil edilmiştir (Şekil 1)

Tablo1. Sağlık Bilimleri Temel Alanında Kadına Yönelik Şiddet Üzerine Yapılan Tezlerin Özellikleri (n=20)

Tezin türü	n	%
Yüksek lisans	16	80.0
Uzmanlık tezi	3	15.0
Doktora	1	5.0
Anabilim Dalı		
Hemşirelik	16	80.0
Adli tıp	2	10.0
Tıp etiği	2	10.0
Yapıldığı yıl		
1999-2015	8	40.0
2016-2020	12	60.0
Yapıldığı bölge		
Marmara bölgesi	10	50.0
İç Anadolu	5	25.0
Ege bölgesi	3	15.0
Akdeniz bölgesi	1	5.0
Karadeniz bölgesi	1	5.0
Araştırma deseni		
Tanımlayıcı	18	90.0
Yarı deneysel	2	10.0
Örneklem grubu		
Sağlık personeli	12	60.0
Kadınlar ve erkekler	8	40.0
Toplam	20	100.0

Ülkemizde sağlık bilimleri temel alanında kadına yönelik şiddetle ilgili lisansüstü çalışmaların % 80'i (n=16) yüksek lisans tezidir, bu konuya dair doktora tezi sayısı sadece 1 iken uzmanlık tezi sayısı 3'dür. Çalışmaların büyük kısmı (n=16) Hemşirelik Anabilim dalı öğrencileri tarafından yapılmıştır. Sağlık bilimleri temel alanında yapılmış olan çalışmalar dikkate alındığında kadına şiddet konusuyla ilgili yapılan yüksek lisans çalışmalarının son 6 yılda artış gösterdiği, ilk çalışmanın 1999 yıllarında yapıldığı tespit edilmiştir. İncelenen çalışmalarda tezlerin Marmara Bölgesi'nde (%50) ağırlıklı olarak çalışıldığı, ikinci olarak İç Anadolu Bölgesi 'nde yapıldığı (%25) saptanmıştır. Çalışmaların %90'ı tanımlayıcı %10'u yarı deneysel desende yapılmıştır. Örneklem grubuna bakıldığında ise, çalışma yapılan grupların %60'ının sağlık personeli olduğu görülmüştür (Tablo1).

Tablo 2. Sağlık Bilimleri Temel Alanında Kadına Yönelik Şiddet Üzerine Yapılan Tezlerin Özellikleri (n=20)

Tezin Türü /yazar/yıl	Anabilim dalı	Örneklem grubu	Yapıldığı il/Bölge	Araştırma deseni	Öne çıkan bulgular
Yüksek lisans/Zainab Osman Taher / 2020	Hemşirelik	Hemşirelik öğrencileri	Samsun	Tanımlayıcı	Aile içi şiddete maruz kalan, özellikle baba tarafından sözel ya da duygusal şiddete maruz kalan hemşirelik öğrencilerinin duygusal özyeterliliklerinin düşük olduğu, şiddete uğrayan kadına karşı geleneksel tutum sergilediği vurgulanmıştır.
Yüksek lisans/ Aysun Üstüner /2020	Hemşirelik	Hemşirelik ve ebeler öğrencileri	İstanbul	Tanımlayıcı	Eğitimin önemi vurgulanmış medeni durum ve aile gelir düzeyinin şiddete maruz kalmada etkili faktörler olduğu belirtilmiştir.
Yüksek lisans / Dilek Demir /2019	Hemşirelik	Evli kadınlar ve erkekler	Çanakkale	Tanımlayıcı	Aile içi şiddete maruziyet, şiddetin kanıksanmasını etkilemektedir.
Yüksek lisans Hümeysra Hançer Tok /2019	Hemşirelik	Hemşireler	Düzce	Tanımlayıcı	Aile içi şiddete maruz kalan hemşirelerin kendi çocuklarına da şiddet uyguladığı gelir düzeyi, eğitim durumu, evlenme şeklinin önemi vurgulanmıştır.
Yüksek lisans/ Ezgi Demir /2019	Hemşirelik	Hemşirelik öğrencileri	Afyon	Yarı deneysel	Şiddetin yaşayarak öğrenilen bir davranış olduğu eğitim müdahalesinin şiddeti azaltma da etkili olduğu vurgulanmıştır
Yüksek lisans / Ayşe Kanlıca /2019	Hemşirelik	Doktor ve hemşireler	Konya	Tanımlayıcı	Sağlık çalışanlarının eğitim hayatı boyunca çoğunluğunun kadına yönelik şiddetle alakalı bir eğitim almadığı vurgulanmıştır.
Doktora / Arif Hüdayi Köken / 2019	Tıp etiği	Acil doktorları	Ankara	Tanımlayıcı	Hekimlere, lisans düzeyinde etik eğitiminin daha yoğun bir şekilde verilmesi ve klinik bilimlerde 'Etik Eğitimi'nin müfredatın bir parçası olması bu şekilde kadına yönelik şiddete müdahalede farkındalığın artırılması önerilmektedir.
Yüksek lisans / Ayşe Acar /20190	Hemşirelik	Erkekler	Bolu	Tanımlayıcı	Şiddet uygulayan erkeklerin ekonomik durumu ile eğitim durumunun onların şiddet uygulama durumlarını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.
Uzmanlık tezi / Kevser Uz /2019	Tıp etiği	Fabrika çalışanları	Antalya	Yarı deneysel	Aile içi şiddete maruz kalanların şiddeti kanıksadığı ve çocuklarına da şiddet uygulayabileceği vurgulanmıştır.
Yüksek lisans / Özlem Demir /2017	Hemşirelik	Hemşirelik öğrencileri	İstanbul	Tanımlayıcı	Öğrencilerin %5.9 unun aile içi şiddete maruz kaldığını kız öğrencilerin şiddete daha fazla karşı oldukları vurgulanmıştır.
Uzmanlık tezi / Hüseyin Mehmet Şengül /2016	Adli tıp	18 yaş üstü otopsi yapılan kadın olgular	İzmir	Tanımlayıcı	Cinayetlerin çoğunluğunda şüphelilerin çoğunlukla maktulün sevgilisi, eşi ya da eski eşi olduğu belirlenmiştir. Ülke genelinde havuz bir sistemin oluşturulması ve bölgesel farklılıkların ortaya konması gerektiği vurgulanmıştır.
Yüksek lisans / Pınar Fırat Mutlu /2016	Hemşirelik	15-49 yaş arası kadınlar	İzmir	Tanımlayıcı	Kadına yönelik şiddet konusunda bilgilendirme ve tutum değişikliği yapmada psiko-eğitimin önemli olduğu vurgulanmıştır.
Yüksek lisans / Aykut Bora / 2015	Adli tıp	18-65 yaş arası evliler	İstanbul	Tanımlayıcı	Çocukluk çağı şiddet yaşantıları evlilikte kadına yönelik şiddet algısını etkilemektedir.
Yüksek lisans / Narin Küçük /2013	Hemşirelik	Polis memurları	İstanbul	Tanımlayıcı	Polislerin, çocuk sahibi olma ile evliliklerinin iyi gittiğini düşünme durumunun kadına yönelik şiddet tutumlarını daha olumlu algılamasına neden olduğunu vurgulanmıştır.
Yüksek lisans / Betül Özdemir /2013	Hemşirelik	Hemşireler	Ankara	Tanımlayıcı	Sağlık çalışanlarına verilecek eğitimle şiddeti ele almada eğitimin etkili olduğu vurgulanmıştır.
Yüksek lisans / Meryem Sarıbyık /2012	Hemşirelik	Hekim, hemşire ve ebeler	Malatya	Tanımlayıcı	Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddet belirtilerini tanımlamada yetersiz kaldıkları belirtilmiştir.
Yüksek lisans / Ayşegül Beyazpınar /2010	Hemşirelik	Hemşireler, ebeler ve sağlık memurları	İstanbul	Tanımlayıcı	Sağlık çalışanlarının şiddeti tanılama, değerlendirme, rehabilite etmede yetersiz oldukları vurgulanmıştır.
Yüksek lisans / İnci Derya Yayla /2009	Hemşirelik	Hemşireler, ebeler ve hekimler	İstanbul	Tanımlayıcı	Sağlık çalışanlarına verilecek eğitimin önemi vurgulanmış, mağdur kadınla karşılaşıldığında rapor etmede ve yasal süreçlerde yetersiz kalındığı vurgulanmıştır.
Yüksek lisans / Sibel Kıyak / 2008	Hemşirelik	Hemşireler ve ebeler	Konya	Tanımlayıcı	Sağlık çalışanlarının geçmiş şiddet yaşantısının, ekonomik durumunun, eğitim alma durumunu şiddeti tanılamada etkili olduğu vurgulanmıştır.
Yüksek lisans/Betül Kılıç/1999	Hemşirelik	Kadınlar	İstanbul	Tanımlayıcı	Yaş, meslek, eğitim durumu, çocuk sayısı, evlenme usulü, aile tipi kadına yönelik şiddeti etkileyen faktörlerdendir.

İncelenen tezlerde bakıldığında aile içi şiddete maruziyet durumuna 8 adet çalışmada yer verilmiş, bu durumun şiddeti tanılama, kanıksama ve uygulayıcı olmakta etkili olduğu vurgulanmıştır.

Kadına yönelik şiddet ile ilgili eğitimin öneminden 9 adet çalışmada söz edilmiştir (Tablo2). Kadına yönelik şiddet konusunda bilgilendirme yapmanın, şiddeti ele alma tanılama değerlendirme, tutum değişikliği yaratma, rehabilite etme ve yasal süreçlerde etkili olduğu bildirilmiştir. Bu konuda sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmesi nedeniyle, kadına yönelik şiddeti tanılama ve değerlendirme açısından lisans düzeyinde verilen eğitimin kısıtlılığı/eksikliği nedeniyle sağlık çalışanlarının yetersiz kaldığı vurgulanmıştır. Kadına yönelik şiddet eğitiminin, tutum davranış değişikliğinde önemli olduğu belirtilmiştir (Tablo 2).

4. Tartışma

Şiddet dünya ve ülkemiz gündeminde önemli bir sorun olarak yer almakta, giderek artan toplumsal ve bireysel problemlere yol açmaktadır. Yapılan akademik araştırmalar şiddete ve şiddete yönelik çözüm önerilerine farkındalık yaratmakta aynı zamanda planlanacak araştırmalar için de öngörü oluşturmaktadır. Bu amaçla bu çalışmada, belirlenen anahtar kelimelerle ülkemizde sağlık bilimleri temel alanında yapılan lisansüstü çalışmalar incelenmiştir.

Çalışma kapsamına alınan tezlerde kadına yönelik şiddetin nedenlerine bakıldığında; yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, ekonomik durum, sosyokültürel durum, şiddete tanık olmanın etkili olduğu belirlenmiştir. (Sarıbiyık, 2012; Özdemir,2013; Bora,2015; Acar 2019; Kılıç 1999). Tablo1’de görüldüğü üzere, sağlık bilimleri temel alanında kadına yönelik şiddet üzerine daha çok yüksek lisans çalışması yapıldığı, girişimsel çalışmaların oldukça sınırlı sayıda olduğu belirlenmiştir. Belen’in (2019) lisansüstü tezleri incelediği çalışması da bulgularımızı destekler şekilde, en çok yüksek lisans tezi yapıldığını vurgulanmaktadır. Belen’in çalışmasında en çok kadınların eşleri ya da sevgilileri tarafından şiddete uğradığı vurgulanmış incelediğimiz tezlerden olan Şengül’ün (2016); 18 yaş üstü otopileri incelediği çalışmasında da bu bulguyu destekler şekilde cinayetlerin çoğunda şüphelinin maktülün eski eşi, eşi ya da sevgilisi olduğu vurgulanmıştır. Ülkemizde son yıllarda yapılan çalışmalarda kadına yönelik şiddetin daha çok ele alındığı görülmektedir. Yıldız (2017)’ın lisansüstü tezleri incelediği çalışmasında da ülkemizde son on yılda kadına yönelik şiddetin daha çok ele alındığı vurgulanmıştır (Yıldız,2017). Bunlar içerisinde en güncel ve en geniş kapsama sahip olan araştırma, 2008 ve 2014 senelerinde yapılan “Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması” olmuştur (Bülbül, 2018). Araştırma sonucuna göre; eşleri tarafından fiziksel şiddete uğrayan kadınların, aile içi şiddet öykülerine bakıldığında annelerinin de babaları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldıkları görülmüştür. Aynı zamanda eşlerine daha fazla fiziksel şiddet uygulayan erkeklerin, annelerinin de babaları tarafından fiziksel şiddete maruz kaldıkları ortaya konmuştur. Bu bulgulara ek olarak; annesinden, babasından veya annesinin partnerinden şiddet gören kadınların ve erkeklerin, çocuklarına da fiziksel şiddet uygulamaları dikkat çeken önemli bulgular arasındadır. Bu bağlamda çocukluk döneminde şiddete tanık olan veya maruz kalan kadınların ve erkeklerin ileri aile yaşantılarında da kendi çocuklarına şiddet uyguladıkları vurgulanmıştır (Enstitüsü, H. Ü. N. E., 2014). İncelenen tezlerde de aile içi şiddete maruz kalma durumuna 8 adet çalışmada yer verilmiş, aile içi şiddete maruz kalma durumunun, kadına yönelik şiddeti tanılama, kanıksama ve baş etmede etkili olduğu vurgulanmıştır (Demir, 2019; Demir, 2017; Kıyak, 2008, Kıyak 2010). Özellikle babası tarafından sözel ya da duygusal şiddete maruz kalan çocukların kadına yönelik şiddete karşı geleneksel bir tutum sergilediği vurgulanmıştır (Taher, 2020). Çocukluk döneminde şiddete maruz kalan ebeveynlerin, ilerleyen aile yaşantılarında kendi çocuklarına da şiddet uyguladıkları ve bunu normalleştirdikleri belirtilmiştir (Bora 2015; Şengül 2016; Tok, 2019; Uz, 2019). Şiddetin; bireylerin doğup büyüdüğü, yetiştiği, rol model olarak kimlik kazanmasında önemli yeri olan ailelerinden öğrenilen bir davranış biçimi olduğu belirtilmektedir (Şişman vd 2015). Bu nedenle çocukluk dönemlerinde aile içi şiddete maruz kalan bireylerin şiddete maruz kalma/şiddet uygulama açısından daha riskli kabul edilerek erken dönemde tespit edilmesi önemlidir. Ebeveynlere, yeni evli çiftlere çocuk yetiştirmede doğru disiplin yöntemlerinin öğretilmesi, pozitif ebeveynlik ve şiddetin olası

zararlı sonuçları hakkında eğitim ve danışmanlık verilmesi doğru davranışların pekiştirilmesi, yanlış davranışların da değiştirilmesiyle birlikte şiddet döngüsünün kırılmasına katkı sağlanabilir.

Aile içi şiddeti ele alan çalışmalarda, aile içerisinde şiddet gören çocukların kurtuluş olarak erken yaşta evlilik yaptıkları ve buna bağlı olarak şiddete maruz kaldıkları belirtilmiştir (Belen, 2019). Erken yaşta evliliklerin, kadını hem şiddete uğrama hem de şiddetle baş edebilme açısından daha dezavantajlı bir durumda bıraktığı bilinmektedir. O nedenle erken yaş evliliklerinin de şiddete maruz kalma açısından riskli kabul edilerek yapılacak ev ziyaretlerinin kadın/çocukların güvenliğinde etkili bir müdahale yöntemi olduğu söylenebilir. Karal'ın (2012) çalışmasında; aile içi şiddete maruz kalan çocuklarda, kız çocuklarının şiddete maruz kalma erkek çocuklarının da şiddet uygulamayı normalleştirebildikleri ortaya konmuştur. Bu nedenle şiddetle mücadelede, küçük yaşta aile içinde şiddete maruz kalmış ya da tanık olmuş çocukların da rehabilitasyonunun yer alması gerektiği vurgulanmaktadır (Karal, 2012).

Şiddete maruz kalan kadınların ilk başvuru yaptıkları yer sağlık kurumları olduğundan, sağlık profesyonellerinin şiddete yönelik tutumları, bilgi, tanılama ve farkındalık durumları çok önemlidir. Kıyak (2008)' in çalışmasında; kadına yönelik şiddetle ilgili hemşire ve ebelerin eğitim alma durumlarına bakıldığında; %82.6'sının öğrenimleri esnasında ve %94.2'sinin meslek hayatı boyunca kadına yönelik şiddet ile ilgili eğitim almadığı saptanmıştır (Kıyak, 2008, Kıyak, 2010). Benzer şekilde yapılan diğer çalışmalarda da, sağlık profesyonellerinin 'Kadına Yönelik Şiddet'le ilgili çoğunluğunun eğitim almadığı ve şiddeti tanılama ve rehabilite etmede yetersiz kalabildikleri belirlenmiştir (Kıyak, 2008, Beyazpınar, 2010, Sarıbyık, 2012, Kara vd, 2018, Şahin vd 2019). O nedenle sağlık profesyonellerinin, lisans dönemlerinden başlamak üzere müfredatlarında 'Kadına Yönelik Şiddet, Tanılama Değerlendirme ve Mücadele', 'Etik Eğitimi' gibi konulara yer verilmesi, meslek yaşamlarında da hizmet içi eğitimlerinde bu konudaki bilinç/farkındalıklarının artırılmasının, şiddetin raporlanıp bildirilmesinde etkili ve şiddetle mücadelede önemli bir gereklilik olduğu vurgulanmaktadır (Köken 2019, Kıyak 2008, Yayla 2009, Sarıbyık 2012).

Sonuç

Kadına yönelik şiddetin yaş, eğitim durumu, kültür, gelir, evlilik yaşı, çocukluğunda şiddete uğrama/tanık olma gibi pek çok risk faktörü bulunmaktadır. İnsan hakkı ihlali olan şiddet davranışları, kadınların sağlığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilemesinin yanı sıra toplumu da olumsuz etkilemektedir. Şiddetin öğrenilen ve nesillere aktarılan bir davranış olduğu düşünüldüğünde, kadına yönelik şiddetin acil çözümlenmesi gereken bir halk sağlığı problemi olduğu bilinmektedir.

Bu çalışmada, incelenen lisansüstü çalışmaların daha çok tanımlayıcı nitelikte olduğu, girişimsel çalışmaların ise kısıtlı olduğu görülmektedir. Doktora düzeyinde kanıt düzeyi yüksek deneysel çalışmaların yürütülmesi/sayısının artırılması gerektiği düşünülmektedir. Şiddetin önlenmesi disiplinler arası çalışmayı gerektirmektedir. O nedenle farklı alanlarda da çalışmaların sayısının artırılması önerilebilir.

Kadına yönelik şiddet üzerine geçmiş yıllarda yapılan çalışmaların daha az olduğu, son dönemde yapılan çalışmalarda daha çok ele alındığı görülmüş olup, sağlık bilimleri temel alanında kanıt temelli doktora çalışmalarında, kadına yönelik şiddete daha çok yer verilmesi önerilmektedir.

Ayrıca kadına yönelik şiddetle mücadele kapsamında, gerek topluma gerekse şiddeti bildirmekle yükümlü sağlık profesyonellerine 'Kadına Yönelik Şiddet, Tanılama Değerlendirme ve Mücadele' 'Şiddetin Etkileri: Birey, Çocuk Aile ve Toplum' konularında eğitim ve danışmanlık verilmesi, aile içi şiddete maruz kalan riskli grupların, erken dönemde tespit edilerek rehabilitasyon çalışmalarının yürütülmesi önerilmektedir.

Kaynakça

- Abbott J, Johnson J, Koziol-McLain SR et al. (1995). Domestic violence against women. Incidence and prevalence in an emergency department population. *Journal of American Medical Association* 273(22):1763-1767.
- Acar, A. (2019). Erkeklerde Kadına Yönelik Şiddet Davranışları ve Toplumsal Cinsiyet Tutumu; Bolu İli Kıbrısık Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Arın, C. (1996). Kadına Yönelik Şiddet. *Cogito, YKY Yayınları*, İstanbul,(6-7), 305-312.
- Aslı, K., & Beşer, A. (2007). Kadının Değiştirilebilir Yazgısı “Şiddet”. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 114-121.
- Belen, Ö. (2019). Türkiye’de Aile İçi Şiddet Konusunda Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi (Master's Thesis, Necmettin Erbakan Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü).
- Beyazpınar, A. (2010). Hemşire/Ebelerin Kadına Yönelik Şiddetin Tanılamasında Görüş ve Önerilerinin Belirlenmesi, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Bora, A. (2015). Evlilikte Kadına Yönelik Şiddet: Tutum, Yaşantı ve Yasal Farkındalık Açısından Cinsiyetler Arası Karşılaştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul.
- Bülbül, Ö. Ü. T. (2018). Türkiye’de Başlığında Kadın ve Şiddet Kavramlarını İçeren Lisansüstü Eğitim Tezlerinin İncelenmesi. Uluslararası Kadın Kongresi: Sosyo-Hukuki Perspektifte Kadının Yeri, 93.
- Coid J, Petruckevitch A, Feder G et al. (2001). Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women:a cross-sectional survey. *The Lancet* 358 (9280):450-454.
- Demir, D. (2019). Kadına Yönelik Şiddet Ve Toplumsal Cinsiyet: Evli Kadın Ve Erkeklerde Algı, Tutum Ve Yaşantıların İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale.
- Demir, Ö. (2017). Hemşirelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- WHO (Dünya Sağlık Örgütü) (2002). World Report on Violence and Health https://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf.
- Ellsberg M, Pena R, Herrera A et al. (2000). Candies in hell: women’s experiences of violence in Nicaragua. *Social Science & Medicine* 51(11): 1595-1609.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, H. Ü. N. E. (2014). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/siddet2014/rapor/kksa-tranaraporkitap26mart.pdf>.
- Ghanbarlou, R. M. (2020). Kadına Yönelik Şiddeti Etkileyen Toplumsal Faktörler Üzerine Sosyolojik Bir İnceleme. *Tarsus Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(1), 58-68.
- Kara, P, Akçayüzlü, Ö., Gür, A. Ö., & Nazik, E. (2018). Sağlık çalışanlarının kadına yönelik şiddeti tanımlarına ilişkin bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 8 (3), 115-122.
- Karal, D., & Aydemir, E. (2012). Türkiye’de Kadına Yönelik Şiddet. International Strategic Research Organization (Usak).
- Kılıç, B. (1999). Aile İçi Kadına Yönelik Şiddetin Belirlenmesi Ve Hemşirenin Rolü. Halk Sağlığı Hemşireliği Programı Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Kıyak, S., (2008). “Sağlık Ocağında Çalışan Hemşire ve Ebelerin Ailede Kadına Şiddet Konusunda Bilgi kıyakVe Tutumları”, Hemşirelik Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Konya.
- Kıyak, S., & Akın, B. (2010). Hemşire ve Ebelerin Kadına Yönelik Şiddet Konusunda Bilgi Ve Tutumları. *Türk Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 12 (2).
- Küçük, N. (2013). Polislerin Kadına Yönelik Şiddete ve Bu Tip Şiddette Mesleki Role İlişkin Tutumları, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Köken, A. H. (2019). Ankara İlinde Üniversite Hastanelerinde, Acil Tıp Alanında Çalışan Hekimlerin, Kadına Yönelik Şiddet Olgularının Yönetimine İlişkin Bilgi, Tutum Ve Uygulamalarının Tıp Etiği Açısından Değerlendirilmesi.
- Krahé, B. (2018). Violence against women. *Current opinion in psychology*, 19, 6-10.

- Krantz, G., & Garcia-Moreno, C. (2005). Violence against women. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(10), 818-821.
- Krug, EG, Mercy, JA, Dahlberg, LL, & Zwi, AB (2002). The world report on violence and health. *Lanset*, 360: 1083-1088.
- Martin S, Brian K, Amy OT et al. (1999). Sexual behaviors and reproductive health outcomes-associations with wife abuse in India. *Journal of American Medical Association* 282(20): 1967-1972.
- Mutlu, P. F. (2016). Kadına Yönelik Şiddet Farkındalığı Oluşturmada Psikoeğitimin Aile İşlevselliğine Etkisi. 9(2), 118-131.
- Nurses, I. C. N. (2001). Always there for you: United against violence. International Nurses Day.
- Özdemir, B., (2013). “Bir Üniversite Hastanesinde Çalışan Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Algılama Durumlarının Değerlendirilmesi”, Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Özgentürk, İ., Karğın, V., & Baltacı, H. (2012). Aile içi iletinin üremesinden nesile iletilmesi. *Polis Bilimleri Dergisi*, 14 (4), 55-77.
- Pallitto, C. C., Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A.F.M, Ellsberg, M., Heise, L. ve Watts, C. (2013). Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120(1), 3-9.
- Sarıbıyık, M. (2012). Malatya Merkez Sağlık Ocaklarında Çalışan Hekim, Hemşire Ve Ebelerin Şiddet Deneyimleri Ve Kadına Yönelik Şiddetle İlgili Tutum ve Davranış Düzeyleri, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Malatya.
- Şahin, E., Yeşilçınar, İ., & Geriş, R. (2019). Ebelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler. *Life Sciences*, 14(4), 84-93.
- Şahin, N. E., Aslan, F., & Emiroğlu, O. N. (2018). Aile içi şiddetin önlenmesi için bir model önerisi: Halk sağlığı hemşiresinin ev ziyareti ile aile izlemi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 5(3), 247-259.
- Şengül, H. M., & Ergöner, A. T. (2017). İzmir'de Yapılan Adli Otopsilerde Kadın Ölümünün Özelliklerinin İncelenmesi Ve Kadına Yönelik Şiddetin Araştırılması. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 31(2), 87-96.
- Şişman FN, Kolaç N, Gür K. (2015). Ailede İhmal ve İstismar. In: Kuğuoğlu S, Demirbağ BC (eds) *Aile Temelli Sağlık Yaklaşımı*. Akademisyen Tıp Kitabevi; 291-300.
- Taher, Z. O. (2020) Hemşirelik Öğrencilerinin Duygusal Öz Yeterlikleri İle Kadına Yönelik Şiddete ve Şiddette Mesleki Rollerine İlişkin Tutumları, Yüksek Lisans Tezi, On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun 2020.
- Tok, H. H., & Mayda, A. S. Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutumlarının Belirlenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 11(3), 290-297.
- Üstüner, A. (2020). Hemşirelik ve Ebelik Öğrencilerinin Kadına Yönelik Şiddeti Tanımaya Yönelik Bilgi Düzeyleri (Master's Thesis, İstinye Üniversitesi/Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Uz, K., & Şenol, Y. (2019). Bir Fabrikanın Çalışanlarında Kadına Yönelik Şiddet Algısının Saptanması Ve Eğitim Müdahalesinin Etkileri. In 3. International 21. National Public Health Congress.
- Yayla, İ. D. (2009). Hekim Ve Hemşirelerin Kadına Yönelik Şiddet İle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranış Düzeyleri, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yıldız, E., & Sağlam, M. (2017). Türkiye’de Yapılan Lisansüstü Çalışmalarda Şiddet Konusunun Ele Alınışı. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi*. 8(19), 72-84.
- Yüksel, A. B. (2016). Kadına yönelik şiddet ve töre cinayetleri (Yüksek lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Yüksel Kaptanoğlu, İ., Çavlin, A., & Akadlı Ergöçmen, B. (2015). Türkiye’de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması. Hacettepe Üniversitesi, Ankara, s:125
- Weingourt R, Maruyama T, Sawada I et al. (2001). Domestic violence and women's mental health in Japan. *International Nursing Review* 48 (2):102-108.

YAZARLAR

Fatma YILDIRMIŞ

Nevşehir Hacı Bektaş Veli
Üniversitesi, Fen Bilimleri
Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim
Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi
nursesatma@gmail.com
Orcid No:0000-0003-4832-9043

2013 yılında Erciyes University School of Foreign Languages programını tamamladıktan sonra 2018 yılında Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünden yüksek iletişim, organizasyon becerileri ve gerekli mesleki donanımları kazanarak mezun olmuştur. Lisans döneminde kurucusu ve yöneticisi olduğu ERUHEM (Erciyes Üniversitesi Hemşirelik) isimli öğrenci kulübünde sosyal sorumluluk projelerinde yer almış, fakülte bünyesinde Ölçme ve Değerlendirme Komisyonu ile Eğitim Komisyonu'nda aktif çalışmalar yürütmüştür. 2020 yılında Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans programına başlamış ve halen devam etmektedir. 2019 yılından bu yana Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışmakta halen Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire olarak görev yapmaktadır.

Özlem BOZBUĞA

Nevşehir Hacı Bektaş Veli
Üniversitesi, Fen Bilimleri
Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim
Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği
Yüksek Lisans Öğrencisi
ozlembozbuga5134@gmail.com
Orcid No: 0000-0002-2942-9105

2014 yılında Çukurova Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik bölümünden mezun olmuştur. 2018 yılında Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans programına başlamış, tez döneminde olup halen devam etmektedir. Aktif olarak 2016 yılından itibaren Niğde Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesinde hemşire olarak görev yapmaktadır.

Dr. Öğr. Üyesi Zehra ÇALIŞKAN

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi,
Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk
Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı
zcaliskan@nevsehir.edu.tr
Orcid No: 0000-0002-4726-5052

1997 yılında Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulundan mezun olmuştur. 2005 yılında Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Bilim Uzmanlığı unvanını aldıktan sonra Doktora eğitimini 2012 yılında aynı enstitünün Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği programında tamamlamıştır. 2013 yılından bu yana Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü'nde Doktor Öğretim Üyesi olarak görev yapmakta, lisans ve yüksek lisans düzeyinde dersleri yürütmektedir. Halen Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Kadın Çalışmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi (NÜKÇAM) Müdürlüğü ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Başkanlığını yürütmekte olup, kadın sorunları, çocuk sağlığı, hastaneye yatan çocuk, özel gereksinimi olan çocuklar ve aileleri, kronik hastalığı olan çocuklarla ilgili alanlarda akademik faaliyet ve çalışmalarını sürdürmektedir.



YUMUŞAK DOKU YARALANMALARINDA GÜNCEL TEDAVİ YAKLAŞIMLARI CURRENT TREATMENT APPROACHES FOR SOFT TISSUE INJURY

Muhammet ÖZALP

Özet

Yumuşak doku yaralanmaları toplumda sık rastlanan rahatsızlıklardır. Yumuşak doku yaralanmaları kas, tendon, ligaman, sinir ve bursaların egzersiz, aşırı aktivite veya uzun süreli tekrarlayan fiziksel faktörlere maruz kalma sonucu ortaya çıkan ağrılı durumlardır. Yumuşak dokularda bu durumlar neticesinde yırtılmalar, burkulmalar ve zorlanmalar meydana gelmektedir. Yumuşak doku yaralanması tedavisi yaygın ve iyi bilinen RICE (Rest-istirahat, Ice-buz, Compression-kompresyon, Elevation elevasyon), PRICE (Protect-koru, Rest-istirahat, Ice-buz, Compression-kompresyon, Elevation-elevasyon) ve POLICE (Protect-koru Rest-istirahat, Optimal loading-optimal yükleme, Ice-buz, Compression-kompresyon, Elevation-elevasyon) gibi protokolleri içerir. Bu protokoller, yumuşak doku yaralanmalarının akut tedavisine odaklanmaktadır ve yumuşak doku iyileşmesinin sub-akut ve kronik aşamaları hakkında bilgi sağlamazlar. Yakın zamanda Dubois ve Esculier (2019) yumuşak doku iyileşmesini optimize etmek için yeni bir kısaltma protokolü önerdi: PEACE & LOVE. PEACE & LOVE protokolü sadece akut faz tedaviye değil, tüm yumuşak doku yaralanma tedavi süreci ile ilgili bilgiler içerir. Bu protokol hasta eğitiminin ve iyileşmeye yardımcı olacak psikososyal faktörlerin ele alınmasının önemini vurgular. Ayrıca, iyileşme için anti-inflamatuar ilaç kullanmanın potansiyel zararlı etkilerini de vurgulamaktadır.

Anahtar kelimeler: Yumuşak doku yaralanmaları, Rehabilitasyon, Güncel yaklaşım.

Abstract

Soft tissue injuries are a common disease in society. Soft tissue injuries are painful conditions that result from exposure of muscles, tendons, ligaments, nerves, and bursae to exercise, excessive activity or long-term repetitive physical factors. Tears, sprains and strains occur in soft tissues. Soft tissue injury treatment is common and well-known RICE ((Rest, Ice, Compression, Elevation), PRICE (Protect, Rest-, Ice, Compression, Elevation.) and POLICE (Protect, Rest-, Optimal loading, Ice, Compression, Elevation). These protocols focus on the acute management of soft tissue injuries and do not provide any information about the sub-acute and chronic stages of soft tissue healing. Dubois and Esculier (2019) recently proposed two new shortening protocols to optimize soft tissue healing: PEACE & LOVE. The PEACE & LOVE protocol includes information not only on acute treatment, but also on the entire soft tissue injury treatment process. It emphasizes the importance of patient education and addressing psychosocial factors that will aid recovery. It also highlights the potential harmful effects of using anti-inflammatory medication for healing.

Keywords: Soft tissue injury, Rehabilitation, Current approach.

Giriş

Kas iskelet sistemi kompleks bir yapıya sahiptir. Kemikler ve kaslar başlıca kas iskelet sistemi dokuları olup ligaman, fibrokartilaj, periost, hyalin kıkırdak, eklem kapsülü, nöral dokular, sinovyum, tendonlar, damarlar, yağ dokusu ve ciltte bu sistemin elemanlarıdır. Yumuşak doku yaralanmaları tekrarlayan veya uzun süreli fiziksel stres, aşırı aktivite veya egzersiz sonucu ortaya çıkan topumda sık karşılaşılan ağırlı durumlardır(Sloan, 2008).

Üst ekstremitte ve alt ekstremitte yumuşak doku yaralanmaları toplumlarda sıkça görülmektedir. Rotator manşon lezyonları, biceps tendiniti, omuz kapsuliti, olekranon bursiti, radial tünel sendromu, kubital tünel sendromu, karpal tünel sendromu, ulnar tünel sendromu, lateral ve medial epikondilit, Dupuytren hastalığı, el- elbileğinin diğer tendinit ve tenosinovitleri, tetik parmak ve de Quervain hastalığı gibi hastalıklar üst ekstremitede sık karşılaşılan yumuşak doku problemleridir (Oral et al., 2013).

Femoroasetabuler sıkışma, trokanterik bursit, osteitis pubis, liopsoas bursiti, adduktor, prepatellar ve pes anserin bursitleri, shin splint, dizin çapraz ve lateral bağ yaralanmaları, patellar tendinopati, baldır kaslarında zorlanmalar/yaralanmalar, ayak bileği ligaman yaralanmaları, aşıl tendinopati, aşıl tendon rüptürü, retrokalkaneal bursit, plantar fasiit sık karşılaşılan alt ekstremitte yumuşak doku problemlerindedir (Oral et al., 2013).

1. Yumuşak Doku Yaralanmalarında İyileşme Süreçleri

Yumuşak doku iyileşmesi üç temel fazdan oluşur. Bu fazlar; inflamasyon fazı, proliferasyon veya fibroblastik faz, yeniden şekillenme fazı. Bu fazların her biri birbirinin içine geçmiş ard arda seyreden süreçlerdir. Fazların süresi, hasarın derecesine, hasarlanan dokunun kanlanma düzeyine ve doku tipi gibi pek çok faktöre göre değişkenlik gösterebilir (Yalman, 2017).

Yumuşak doku üzerindeki mekanik yük dokunun gerilebilme/esneyebilme veya basınca karşı koyabilme kapasitesini aşarsa dokuda zorlanma, burkulma veya yırtılmalar gibi durumlar meydana gelir ve dokuda hasarlanma ile birlikte hemoraji meydana gelir. Hemoraj oluşumu iyileşme sürecinin temelini oluşturan inflamasyon evresini başlatır. Nötrofil ve makrofaj gibi inflamatuvar mediyatörler nekroz dokusunu temizler ve rejenerasyonu için konnektif dokunun oluşumuna zemin hazırlar. Tamir/rejenerasyon evresinde yaralanmış dokunun yapısal dizilimi restore edilmesiyle yaralanmış bölgede fonksiyonel yüklenmelere hazırlanacağı yeniden şekillenme evresi başlar (Teller & White, 2009; Barlow& Willoughby,1992) . Yumuşak dokular için iyileşme kronolojisi Tablo 1' de özetlenmiştir.

Tablo 1. Yumuşak Doku İyileşme Kronolojisi

Faz	Zaman	Aktivite	Amaç/ Sonuç
İnflamasyon	1. gün	Nötrofil	Atıklarla mücadele, büyüme faktörlerinin ve biyolojik olarak reaktif maddelerin salınımı
İnflamasyon	1. gün	Fibrin köprü oluşumu	Doku kırmızı, sıcak, şiş ve dokunma karşı hassas
İnflamasyon	1-2. gün	Monosit migrasyonu	Bakterilerin fagositozu
İnflamasyon	1. gün	Anjiyogenez	Fibroblast aktivitesi
İnflamasyon	2-3. gün	Fibroblastların tip III kollojen sentezi	
Proliferasyon	3-4. gün	Fibroblast artışındaki hızla beraber epitel hücre mitozu, ekstraselüler kollojen ve proteoglikan sentezinde artış olması	
Proliferasyon	5. gün	Myofibroblast üretimi	Yara dokusunda kontraksiyon
Proliferasyon	5-7. gün	Bu süreçte kollajen sentezi aşırı aktif	
Yeniden Şekillenme	5-9. gün	Makrofaj ve fibroblast sayısında azalış Yara vaskülaritesinde azalış Tip I kollojen miktarına göre fibronektinde azalış	Doku daha az kızarıktır

Yeniden Şekillenme	10. gün	Yara kontraksiyonu	
Yeniden Şekillenme	12. gün	Tip III kollojenin Tip I kollojene dönüşümü	
Yeniden Şekillenme	6-18. hafta	Kapillerlerde azalış	Sıvı içeriğinde azalış Skar yoğunluğunda artış
Yeniden Şekillenme	6-18. ay	İyileşme sürecinin tamamlanması	

Kaynak: (Kafa, 2017:17)

2. Yumuşak Doku Yaralanmaları Tedavi Yönetiminin Tarihi

Kas iskelet sistemi yumuşak doku yaralanmaları sonrası birçok sağlık profesyonelinin kullandığı konseptler günden güne araştırmalar ve deneyimler sonucu değişim göstermektedir. 1978 yılından önceleri kökeni bilinmemekle birlikte ICE (buz, sıkıştırma ve yükselme) protokolü kullanılmaktaydı. 1978'de Dr. Gabe Mirkin "Sport Medicine" adlı kitabında akut yaralanmaları tedavi etmek için RICE (Dinlenme, Buz, Sıkıştırma ve Yükselme) terimini kullandı (Scialoia et al., 2020). RICE protokolü yaklaşık 20 yıl yumuşak dokuların akut tedavisinde uygulandı. Sonraları ise koruma, istirahat, buz ve kompresyondan oluşan PRICE (Protection, Rest, Ice, Compression, Elevation) protokolu yumuşak doku yaralanmalarını tedavisi etmede popüler oldu (Wang & Ni, 2021).

Tedavi paradigmaları kanıta dayalı araştırmayla süreç içinde güncellenmeye devam etmektedir. Yakın zamanda kas ve ligaman yaralanmaları ile akut yumuşak doku yaralanmalarında non-steroidal inflamatuvar ilaçların yaygın kullanımının değişmesine buna örnek olarak verilebilir.

Yaralanma sonrası dinlenme prensibi (rest) eklem hareketini önlemeyi içermektedir. Bu süreçte hastanın mobiliteden ve egzersizlerden kaçınılması önerilir. Ama bu dinlenme (rest) travmadan hemen sonra kısıtlı sürede kalmalıdır. Aşırı istirahatin doku biyomekaniği ve morfolojisinde olumsuz değişikliklere sebep olduğuna ve iyileşmeyi inhibe ettiğine dair kanıtlar bulunmaktadır. İyileşmekte olan dokulara ilerleyici mekanik yüklenmenin kollajen dokunun gücünü ve morfolojik özelliklerini geri kazandırma olasılığı daha yüksektir ve fonksiyonel tedavi yaklaşımı en etkin tedavi yöntemlerindedir. Bu nedenle PRICE kısaltmasındaki R (istirahat-rest) yerini yaklaşık 14 yıl sonra OL'e (optimal yüklenme- optimal loading) bırakarak POLICE olarak güncellenmiştir (Bleakley et al., 2012). POLICE korumayı, optimal yüklemeyi, buz, kompresyonu ve elevasyonu temsil eden bir kısaltmadır. Yumuşak doku tedavisinde dinlenme ve ilerleyici yüklenme arasındaki dengeyi iyi ayarlamak gerekir. Eğer dokular yaralanmadan sonra çok fazla yüklenme ile zorlanırsa, bu zorlanma mekanik hasar ile beraber tekrar kanamaya ya da daha ileri bir hasara neden olabilir. Bu nedenle kolay yaralanabilecek dokuların korunması önemlidir. Ancak fazla koruma dokuya zararlı olabilir ve iyileşmeyi inhibe edebilir. Bu süreçte temel prensip, en uygun yüklenmeye odaklanmaktır. Optimal yüklenme, mekanoterapi müdahalelerini kapsayan genel bir terimdir Optimal yüklenme, masaj gibi manuel teknikleri içerebilir. Koltuk değneği ve destekleyiciler rehabilitasyonun erken aşamalarında en uygun yüklemeyi ayarlamak için oldukça önemlidir (Bleakley et al., 2012).

2.1. Yumuşak Doku Yaralanmaları Tedavi Yaklaşımında Yeni Trend

Yumuşak doku yaralanmalarının tedavisi sadece kısa süreli hasar kontrolüne odaklanılmamalıdır. Klinisyenler uzun vadeli sonuçlara odaklanmalı ve sadece kişinin yaralanmasını tedavi etmeye değil, yaralanması olan kişiyi de tedavi etmeye odaklanmalıdır. Kas iskelet sistemi yumuşak doku yaralanmaları tedavi protokollerinin değişim sürecinin son ürünü ise PEACE&LOVE konseptidir. Yukarıda bahsedilen protokollerde sadece akut evreye odaklanılmış, subakut ve kronik dönem yumuşak doku iyileşmesi hakkında bilgi verilmemektedir. PEACE&LOVE protokolü ise tüm iyileşme evreleri için rehabilitasyon sürekliliğini içerir. Hasta eğitiminin önemini vurgular ve iyileşmeye yardımcı olacak psikososyal faktörleri ele alır. Ayrıca iyileşme için anti-inflamatuvar ilaç kullanmanın olası zararlı etkilerini de vurgulamaktadır (Dubois & Esculier, 2020).

Bu konseptte yumuşak doku yaralanmasının hemen ardından PEACE protokolü uygulaması yapılır:

P=Protection (Koruma): 1-3 gün arası kanamayı minimize etmek ve yaralanmış fibrillerin gerilmesini önlemek için tehlikeli hareketlerden kaçınacak şekilde ilgili bölgenin hareketini kısıtlama ve bölgeyi korumayı içerir. Ağrının durumu, koruma evresinin bitişi ve kademeli olarak yeniden yüklenme sürecine rehberlik eder (Bleakley et al., 2012; Bleakley & Davison, 2010).

E=Elevation (Yükseltme): Yaralanan bölgeyi kalp seviyesinden yukarıda olacak şekilde pozisyonlamayı içerir. Bu sayede dokulardan interstisyel sıvı akışı sağlanabilir. Elevasyon için zayıf kanıt olmasına rağmen, düşük bir risk-fayda oranı olduğu için hala tavsiye edilmektedir (Doherty et al., 2017).

A=Avoid Anti-Inflammatories (Anti-İnflamatuvarlardan Kaçınma): Enflamasyonun çeşitli aşamaları yumuşak doku iyileşmesine desteklemektedir. Özellikle yüksek dozda anti-inflamatuar ilaç kullanımı uzun dönemde doku iyileşmesini olumsuz etkileyebilir (Duchesne et al., 2017). Popülasyon arasında yaygın kullanıma rağmen, yumuşak doku yaralanmalarını tedavi etmek için kullanılan kriyoterapi ve buzun etkinliği konusunda çok az yüksek kaliteli bir kanıt mevcuttur (van den Bekerom et al., 2012). Buz kullanımı genellikle analjezik nedenlidir fakat buz potansiyel olarak enflamasyonu, anjiyogenezi, revaskülarizasyonu, nötrofil ve makrofaj infiltrasyonunu geciktirebilir. Olgunlaşmamış miyofiberleri artırır. Bu durum fazla kolajen sentezine ve doku onarımında bozulmaya neden olabilir (Singh et al., 2017).

C=Compression (Kompresyon): Eklem içi ödem ve doku kanaması, bantlama veya bandaj gibi dışardan uygulanan mekanik basınç ile sınırlanabilir. Bilek burkulması gibi durumlarda bandajlama yapılması ağrıyı ve şişliği azaltabilir (Vuurberg et al., 2018).

E=Education (Eğitim): Terapist hastayı toparlanma sürecindeki hastayı pasif bir yaklaşım yerine aktif bir iyileşme yaklaşımının faydası konusunda mutlaka bilgilendirmeli ve eğitmelidir. Elektroterapi, manuel terapi veya bir yaralanma sonrası akupunktur gibi erken pasif terapi yaklaşımları, aktif bir yaklaşımla karşılaştırıldığında ağrı ve fonksiyon üzerinde minimal bir etkiye sahiptir (Doherty et al., 2017). Özellikle yaralanmış kişiye geri dönüş süreci hakkında doğru bilgiler verilmeli ve iyileşme süresi hakkında gerçekçi beklentiler belirlenmelidir. Kondisyon ve yüklenme eğitimi hakkında daha iyi eğitim aşırı tedaviden kaçınmaya yardımcı olacaktır. Bu da gereksiz enjeksiyon ve cerrahi olasılığını azaltarak sağlık hizmetlerinin maliyetinde bir azalma sağlar (Graves et al., 2014).

İlk günler geçtikten sonra yumuşak doku yaralanmalarında “LOVE” protokolüne yönelmek gerekir.

L=Load (Yüklenme): İlerleyici mekanik yüklenmeye erken başlanılmalıdır. Semptomlar izin verir vermez normal aktivitelere devam edilmelidir. Hareket ve egzersiz içeren aktif bir yaklaşım, kas-iskelet sistemi rahatsızlıkları olan çoğu hastaya yarar sağlar. Ağrıyı şiddetlendirmeden optimum yükleme onarım, remodeling ve doku toleransını artırır. Optimum yüklenme aynı zamanda tendon, kas ve bağların kapasitesini mekanotransdüksiyon yoluyla güçlendirir (Khan & Scott, 2009).

O=Optimism (İyimserlik): Kötümser hasta beklentileri, bir yaralanmanın sonuçlarını ve prognozunu olumsuz etkiler (Bialosky et al., 2010). İyimser hasta beklentileri daha iyi sonuçlar ve prognoz ile ilişkilidir. Beyin rehabilitasyon müdahalelerinde önemli bir rol oynar (Lin et al., 2020). Felaket, depresyon ve korku gibi psikolojik faktörler iyileşme sürecini olumsuz yönde etkileyebilir. İnsanın süper gücü olarak tanımlanabilecek iyileşme yeteneğimizi asla göz ardı etmemeliyiz (Terrier et al., 2021).

V=Vascularisation (Dolaşımı Arttırma): Kardiyovasküler aktivite kas-iskelet sistemi yaralanmalarının tedavisinde mihenk taşıdır (Lin et al., 2020). Dozaj konusunda araştırmalara ihtiyaç duyulmasına rağmen, motivasyonu arttırmak ve yaralı yapılara kan akışını arttırmak için yaralanmadan birkaç gün

sonra ağrısız aerobik egzersize başlanmalıdır. Erken mobilizasyon ve aerobik egzersiz, fiziksel fonksiyonu iyileştirir, işe geri dönüşü hızlandırır ve kas-iskelet sistemi rahatsızlığı olan kişilerde ağrı kesici ilaç ihtiyacını azaltır (Bleakley at al., 2010).

E=Exercise (Egzersiz): Tekrarlayan yaralanmaların yaygınlığını azaltmak için egzersiz kullanımını destekleyen güçlü düzeyde kanıtlar vardır (Bleakley & Davison, 2010). Egzersizler yaralanma sonrası erken hareket kabiliyetinin, gücün ve propriyosepsiyonun geri kazandırılmasında yardımcı olur. İyileşmenin subakut evresinde ideal onarımın gerçekleşmesi için ağrıdan kaçınılmalıdır. Ağrıyı, egzersizleri kademeli olarak artan zorluk seviyelerine ilerlemek için bir kılavuz olarak kullanmalıyız.

Sonuç

Yumuşak doku yaralanmalarında geçmişten günümüze ICE, RICE, PRICE, POLICE son olarak da PEACE & LOVE protokolü geliştirilmiştir. Çalışmalar ilerledikçe, yaralanmadan tamamen kurtulmak için eğitim ve yüklemeyi teşvik etme ihtiyacı ortaya çıkmıştır. "Anti-inflamatuarlardan kaçınma" tavsiyesi çelişkili olmakla beraber, kanıtlar yaralanmanın akut aşamalarında anti-inflamatuarlardan uzak durulmasını destekler (Vuurberg et al.,2018).

PEACE & LOVE, klinisyenler ve hastalar için faydalıdır, çünkü sadece kısa süreli yaralanmalara odaklanmakla kalmaz, aynı zamanda rehabilitasyon ve egzersiz süreçlerini de teşvik eder.

Kaynakça

- Barlow, Y., & Willoughby, J. (1992). Pathophysiology of soft tissue repair. *British medical bulletin*, 48(3), 698–711.
- Bialosky, J. E., Bishop, M. D., & Cleland, J. A. (2010). Individual expectation: an overlooked, but pertinent, factor in the treatment of individuals experiencing musculoskeletal pain. *Physical therapy*, 90(9), 1345–1355.
- Bleakley, C. M., & Davison, G. (2010). Management of acute soft tissue injury using Protection Rest Ice Compression and Elevation: Recommendations from the Association of Chartered Physiotherapists in Sports and Exercise Medicine (ACPSM) [Executive Summary]. *Association of Chartered Physiotherapists in Sports and Exercise Medicine, Execut*, 1-24.
- Bleakley, C. M., O'Connor, S. R., Tully, M. A., Rocke, L. G., Macauley, D. C., Bradbury, I., Keegan, S., & McDonough, S. M. (2010). Effect of accelerated rehabilitation on function after ankle sprain: randomised controlled trial. *British medical journal*, 340, c1964.
- Bleakley, C. M., Glasgow, P., & MacAuley, D. C. (2012). PRICE needs updating, should we call the POLICE? *British Journal of Sports Medicine*, 46(4), 220–221.
- Doherty, C., Bleakley, C., Delahunt, E., & Holden, S. (2017). Treatment and prevention of acute and recurrent ankle sprain: an overview of systematic reviews with meta-analysis. *British journal of sports medicine*, 51(2), 113–125.
- Dubois, B., & Esculier, J.-F. (2020). Soft-tissue injuries simply need PEACE and LOVE. *British Journal of Sports Medicine*, 54(2), 72–73.
- Duchesne, E., Dufresne, S. S., & Dumont, N. A. (2017). Impact of Inflammation and Anti-inflammatory Modalities on Skeletal Muscle Healing: From Fundamental Research to the Clinic. *Physical therapy*, 97(8), 807–817.
- Graves, J. M., Fulton-Kehoe, D., Jarvik, J. G., & Franklin, G. M. (2014). Health care utilization and costs associated with adherence to clinical practice guidelines for early magnetic resonance imaging among workers with acute occupational low back pain. *Health services research*, 49(2), 645–665.
- Kafa, N., (2016). Yumuşak Doku İyileşmesinin fizyolojisi ve biyokimyası.. *Diz yaralanmalarında rehabilitasyon* (ss.76), Ankara: Hipokrat.
- Khan, K. M., & Scott, A. (2009). Mechanotherapy: how physical therapists' prescription of exercise promotes tissue repair. *British journal of sports medicine*, 43(4), 247–252.
- Lin, I., Wiles, L., Waller, R., Goucke, R., Nagree, Y., Gibberd, M., Straker, L., Maher, C. G., & O'Sullivan, P. (2020). What does best practice care for musculoskeletal pain look like? Eleven consistent recommendations from high-quality clinical practice guidelines: systematic review. *British journal of sports medicine*, 54(2), 79–86.

- Oral, A., Ilieva, E. M., Küçükdeveci, A. A., Varela, E., Valero, R., Berteanu, M., Christodoulou, N. (2013). Local soft tissue musculoskeletal disorders and injuries. The role of physical and rehabilitation medicine physicians. The European perspective based on the best evidence a paper by the UEMS-PRM Section Professional Practice Committee. In *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 49(5), 727–742.
- Scialoia, D., Swartzendruber, A. J., & Scialoia Saint Joseph, D. (2020). *The R.I.C.E Protocol is a MYTH: A Review and Recommendations* thesportjournal.org/article/the-r-i-c-e-protocol-is-a-myth-a-review-and-recommendations.
- Singh, D. P., Barani Lonbani, Z., Woodruff, M. A., Parker, T. J., Steck, R., & Peake, J. M. (2017). Effects of Topical Icing on Inflammation, Angiogenesis, Revascularization, and Myofiber Regeneration in Skeletal Muscle Following Contusion Injury. *Frontiers in physiology*, 8, 93.
- Sloan, J. (2008). Soft tissue injuries: introduction and basic principles. *Emergency Medicine Journal*, 25(1), 33–37.
- Teller, P., & White, T. K. (2009). The physiology of wound healing: injury through maturation. *The Surgical clinics of North America*, 89(3), 599–610.
- Terrier, P., Piotton, S., Punt, I. M., Ziltener, J. L., & Allet, L. (2021). Predictive Factors of Recovery after an Acute Lateral Ankle Sprain: A Longitudinal Study. *Sports (Basel, Switzerland)*, 9(3), 41.
- Wang, Z.-R., & Ni, G.-X. (2021). Is it time to put traditional cold therapy in rehabilitation of soft-tissue injuries out to pasture? *World Journal of Clinical Cases*, 9(17), 4116.
- Van den Bekerom, M. P., Struijs, P. A., Blankevoort, L., Welling, L., van Dijk, C. N., & Kerkhoffs, G. M. (2012). What is the evidence for rest, ice, compression, and elevation therapy in the treatment of ankle sprains in adults?. *Journal of athletic training*, 47(4), 435–443.
- Vuurberg, G., Hoorntje, A., Wink, L. M., van der Doelen, B., van den Bekerom, M. P., Dekker, R., van Dijk, C. N., Krips, R., Loogman, M., Ridderikhof, M. L., Smithuis, F. F., Stufkens, S., Verhagen, E., de Bie, R. A., & Kerkhoffs, G. (2018). Diagnosis, treatment and prevention of ankle sprains: update of an evidence-based clinical guideline. *British journal of sports medicine*, 52(15), 956.
- Yalman, A. (2017). Yumuşak Doku Yaralanmalarına Yaklaşım ve Tedavide Oral Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçların Yeri. *Klinik Tıp Aile Hekimliği*. *Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi*, 9(6), 0.

YAZARLAR

Öğr. Gör. Muhammet ÖZALP

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Kozaklı Meslek Yüksekokulu, Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Fizyoterapi Programı

muhammetozalp@nevsehir.edu.tr

ORCID: 0000-0002-2036-7745

2012’de İstanbul Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulundan mezun olmuştur. 2018’de İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalından bilim uzmanlığı unvanını almıştır. 2018’de Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalından Doktora Programına başlamıştır ve halen devam etmektedir. 2012-2015 tarihleri arasında Çaykur Rizespor A Takım fizyoterapisti olarak görev almıştır. 2015 yılından beri Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü Fizyoterapi Programında Öğretim Görevlisi olup Ön lisans dersleri vermekte ve akademik çalışmalarını sürdürmektedir.



ERGOTERAPİDE (İŞ VE UĞRAŞI TERAPİSİ) TEMEL KAVRAMLAR VE PRENSİPLER

BASIC CONCEPTS AND PRINCIPLES IN OCCUPATIONAL THERAPY

Gözde ÖNAL

Gülşah ZENGİN

Özet

Ergoterapi (iş ve uğraşı terapisi), günlük hayata katılımı destekleme amacıyla bireyler için anlamlı ve amaçlı aktiviteleri kullanarak bu bireylerin daha bağımsız ve üretken olarak yaşamalarına yardım eden kişi merkezli bir sağlık mesleğidir. Bireylerin yaşam kalitesini yükseltmek için yaşam becerilerinin geliştirilmesi odak noktadır. Ergoterapi profesyonelleri herhangi bir hastalık, kaza, doğum sırasında meydana gelen bir patoloji sebebiyle veya yaşlanma sonrası meydana gelen biyopsikososyal değişiklikler karşısında bireylerin engel seviyesini azaltmak, iyileştirmek, fonksiyonel kapasiteyi sürdürmek amaçlarıyla herhangi duysal, motor, bilişsel ve/veya psikososyal problemle karşı karşıya kalan bireylerle çalışabilmektedir.

Dünyada ve Türkiye’de meslek uygulayıcıları 4 yıllık lisans eğitim sonrasında iş ve uğraşı terapisti (ergoterapist); 2 yıllık ön lisans eğitimi sonrasında iş ve uğraşı terapisi teknikeri (ergoterapi teknikeri) unvanını alarak sahada iş birliği içinde çalışmalarını sürdürmektedir. Ergoterapistler ile iş ve uğraşı terapisi teknikerlerinin rollerinde bazı farklılıklar bulunmaktadır. Ergoterapist, değerlendirme sırasında kullanılan değerlendirmelerin seçiminden, sonuçların yorumlanmasından ve müdahale planının geliştirilmesinden sorumludur. Tekniker, ergoterapistin gözetimi altında değerlendirme verilerini toplayabilir ancak değerlendirme sonuçlarının yorumlanmasından sorumlu değildir; değerlendirme sürecinde edindiği bireyin bilgilerini paylaşarak sürece katkıda bulunabilmektedir.

Bu bölümde ergoterapinin uygulama alanları, değerlendirme, hedef belirleme ve müdahale süreçleri detaylı bir şekilde ele alınacaktır ve her bir süreçte ergoterapistler ile teknikerlerin rolleri açıklanacaktır.

Anahtar kelimeler: Ergoterapi, ergoterapist, iş ve uğraşı teknikeri.

Abstract

Occupational therapy is a person-centered health profession that helps individuals to live more independently and productively by using meaningful and purposeful activities for individuals to support participation in daily life. The focus is on the development of life skills to improve the quality of life of individuals. Occupational therapy professionals can work with individuals who are faced with any sensory, motor, cognitive and/or psychosocial problems in order to reduce the level of disability, improve and maintain functional capacity of individuals in the face of biopsychosocial changes that occur due to an illness, accident, pathology during childbirth or post-aging.

Practitioners of occupational therapy profession in the world and Turkey receive occupational therapists title after four years of undergraduate education; receive occupational therapy technicians title after 2 years of associate degree education and two professionals continue to work in cooperation in the field. There are some differences in the roles of occupational therapists and occupational therapy technicians. The occupational therapist is responsible for the selection of the evaluations used during the evaluation, the interpretation of the results and the development of the intervention plan. The technician may collect evaluation data under the supervision of the occupational therapist, but is not responsible for the interpretation of the evaluation results; can contribute to the process by sharing the knowledge of the individual acquired in the evaluation process.

In this section, the application areas of occupational therapy, evaluation, goal setting and intervention processes will be discussed in detail, and the roles of occupational therapists and technicians in each process will be explained.

Keywords: Occupational therapy, occupational therapist, occupational therapy assistant.

1. Ergoterapi (İş ve Uğraşı Terapisi) nedir?

Ergoterapi, herhangi bir sağlık problemi veya engeli olan bireyleri tedavi etmede aktiviteleri terapötik bir araç olarak kullanma gerekliliğini bir mesaj olarak dile getiren güçlü seslerle karakterize bir bilim dalıdır (Whiteford & Wilcock, 2001).

En temel tanımıyla, ergoterapistler ve iş ve uğraşı teknikerleri, insanların yaşamları boyunca günlük aktivitelerin (okupasyonların) terapötik kullanımı yoluyla yapmak istedikleri ve yapmaları gereken şeylere katılmalarına yardımcı olmaktadır (Kielhofner, 2009).

Ergoterapi hizmetleri genel olarak şunları içerir:

- Danışan/aile ve ergoterapistin kişinin hedeflerini belirlediği bireyselleştirilmiş bir değerlendirme süreci,
- Kişinin günlük aktivitelerini gerçekleştirme ve hedeflere ulaşma yeteneğini geliştirmek için özelleştirilmiş müdahale planı ve
- Hedeflere ulaşıldığından emin olmak ve/veya müdahale planında değişiklik yapmak için bir sonuç değerlendirmesi (Reed & Sanderson, 1999).

Ergoterapi hizmetleri, bireyin yaşadığı evin ve dahil olduğu diğer ortamların (örneğin iş yeri, okul) kapsamlı değerlendirmelerini, uyarlanabilir ekipman ve kullanımında eğitim önerilerini, aile üyeleri ve bakım verenler için rehberlik ve eğitimleri içerebilir (Kielhofner, 2009). Ergoterapi uygulayıcıları (terapist ve tekniker), çevreyi kişiye uyacak şekilde uyarlamaya odaklanan ve kişinin terapi ekibinin ayrılmaz bir parçası olduğu bütüncül bakış açısına sahiptir (Solomon & O'Brien, 2020). Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de ergoterapi uygulayıcıları ergoterapist ve iş ve uğraşı teknikeri olmak üzere iki farklı grup olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ergoterapi uygulayıcılarını ergoterapi çalışmalarının doğasına uygun hale getiren birkaç temel beceri ve nitelik vardır. Örneğin, bu profesyonellerin hastalarının çıkarlarını göz önünde bulundurarak çalışabilmeleri için güçlü bir şefkat ve empati duygusuna sahip olmaları önemlidir (O'Brien, 2017).

Birey odaklı bir bakışa sahip olmanın yanı sıra, uygulayıcıların sahada başarılı olması için sahip olması gereken birkaç beceri vardır. Bunlar:

İletişim becerileri: Uygulayıcılar, bireylerin ihtiyaçlarını doğru bir şekilde anlamak ve tedavi sürecini yönetmek için güçlü yazılı ve sözlü iletişim becerilerine sahip olmalıdır. Ek olarak, tedavi planlarını ve bireylerde görülen ilerlemeyi açıkça belgeleyebilmeli ve diğer sağlık profesyonelleriyle işbirliği yapabilmelidirler.

Problem Çözme: İki vaka asla aynı olmayacağından, uygulayıcılar her benzersiz durum için en iyi eylem planını belirlemek için mükemmel problem çözme becerileri göstermelidir.

Sabır ve Esneklik: Ergoterapi, çoğu zaman bireylerin bağımsızlığını geri kazanmanın uzun bir yoludur. Bu nedenle uygulayıcılar, bu süreç boyunca güçlü ve zayıf noktalarla mücadele ederken sabırlı ve esnek olmalıdır (Kielhofner, 2009; O'Brien, 2017).

2. Ergoterapi Hizmetlerinin Sunumu

Ergoterapi hizmetlerinin sunumu sırasında ergoterapistlerin ve iş ve uğraşı terapisi teknikerlerinin farklı görev ve sorumlulukları bulunmaktadır.

2.1. Ergoterapistler

Üniversitelerin Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi bölümlerinde dört yıllık eğitim alıp mezun olan bireylere ergoterapist unvanı verilmektedir. Ergoterapistler, herhangi bir sağlık problemi nedeniyle vücut yapısı ve işlevlerinde bozukluğu olan kişilerle çalışmaktadır ve bireylerin çeşitli görevlere, işlere, serbest zaman aktiviteleri ve sosyal aktivitelere, kendileri ve yaşadıkları ortam için bakım aktivitelerini

sürdüremelerine ve çok daha fazlasına -devam etmelerine veya katılımlarını sürdürmelerine yardımcı olan sağlık uzmanlarıdır (Hammond, 2004).

Ergoterapistler, yeni doğan bebeklerden yaşlılara kadar her yaştan bireyle birçok farklı şekilde çalışabilmektedir. Çalışma alanları ile ilgili birkaç örnek şu şekildedir:

- Çocukların el yazısı veya bilgisayar kullanımı gibi akademik becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmak veya davranışları yönetme stratejileri sağlamak için sınıfta çocuklarla ve öğretmenlerle çalışmak - öğrencilerin öğrenmesini ve başarılı olmasını kolaylaştıracak stratejiler sağlamak
- Bilişsel bozulmayı (düşünme, hatırlama veya iletişim kurma yeteneği ile ilgili sorunları) değerlendirmek ve tedavi etmek için inme veya beyin hasarı sonrasında hastaneye kabul edilen bireylere çalışmak, bireylerin bilişsel durumlarıyla ilgili sorunları iyileştirmelerine veya yönetmelerine yardımcı olmak
- Ruhsal problemi olan bireylerle çalışmak, şizofreni veya bipolar bozukluk yaşayan bireylerin, toplum içinde, evde bağımsız olarak yaşayabilmeleri için hastalıkla ilgili durumları yönetmelerine yardımcı olmak
- Multipl skleroz veya artrit gibi bir durum sonucunda fiziksel yetenekleri değişen bireylerin güvenli bir şekilde hareket etmelerini, bir yerden bir yere transferlerini sağlamak için tekerlekli sandalyeler veya banyo güvenlik cihazları gibi ekipmanları belirlemek ve bu ekipmanları edinme konusunda bireylere rehberlik etmek
- Fiziksel veya zihinsel yeteneklerinde değişiklik yaşayan bireylerle çalışmak, bireylerin işlerini nasıl yaptıklarını, ne tür bir iş yaptıklarını ve işyeri ortamını detaylı bir şekilde değerlendirip gerekli değişiklikleri yaparak bireylerin işe geri dönüşünü sağlamak (English et al., 1982; Ernest, 1972; Holmes, 1985).

Aldıkları eğitim ve öğretim programlarına dayalı olarak, ergoterapistler, ergoterapi hizmetlerini bağımsız olarak sunabilen uygulayıcılardır. Ergoterapistler, ergoterapi hizmet sunumunun tüm yönlerinden sorumludur ve ergoterapi hizmetlerinin ve hizmet sunum sürecinin güvenliği ve etkililiğinden sorumludur (Brayman et al., 2009).

Çeşitli sağlık sorunları bireylerin günlük aktivitelere katılımlarının önünde engeller oluşturabilmektedir ve ergoterapistler bireylere şu konularda yardımcı olmaktadır:

- Aktiviteleri gerçekleştirmenin yeni yollarını öğrenme
- Becerileri yeniden kazanma ve yeni beceriler geliştirme
- Yaşamı kolaylaştıran araç-gereç, ekipman kullanma
- Çevreyi aktivitelerin gerçekleştirebilmesini kolaylaştıracak şekilde düzenleme (Ernest, 1972; Hammond, 2004)

Bu çözümler, bireylerin evde, okulda, işte veya diğer ortamlarda güvenli ve etkili bir şekilde aktiviteleri gerçekleştirmelerine yardımcı olmaktadır.

2.2. İş ve Uğraşı Teknikleri

Üniversitelerin ön lisans bölümlerinden biri olan İş ve Uğraşı Teknikerliği bölümünde 2 yıllık eğitim alıp mezun olan bireyler iş ve uğraşı teknikeri unvanını almaktadır. Aldıkları eğitim ve öğretime dayalı olarak, iş ve uğraşı teknikerleri, ergoterapi hizmetleri sunmak için bir ergoterapistin gözetiminde olmalıdır. Teknikerler, ergoterapistlerin gözetiminde ve onlarla işbirliği içinde ergoterapi hizmetleri sunar. Ergoterapistler ve teknikerler, denetim için ortak bir plan geliştirmekten eşit derecede sorumludur (Therapists, 2018).

İş ve uğraşı teknikerinin görevleri şu şekilde sıralanabilmektedir:

- Ergoterapistin gözetimi altında bireylerin fonksiyonlarını korumak/geliştirmek/iyileştirmek için tasarlanmış terapötik aktiviteleri kullanarak bireyleri tedavi etmek
- Bir bireyin aktiviteleri doğru şekilde gerçekleştirdiğinden emin olmak

- Bireyler için koordineli ve kapsamlı bakım planları sağlamak için toplantılara ve vaka sunumlarına katkıda bulunmak
- Bireylerin haftalık ilerlemesini uygun kayıtlarla belgelemek
- Ergoterapi tedavi alanlarını, ekipmanları ve kişisel/mesleki gizlilik konularını gözetmek/korumak
- Ergoterapist gözetiminde bireyleri, ailelerini ve bakım verenleri tedavi programı hakkında bilgilendirmek (Clark et al., 2014; Therapists, 2018).

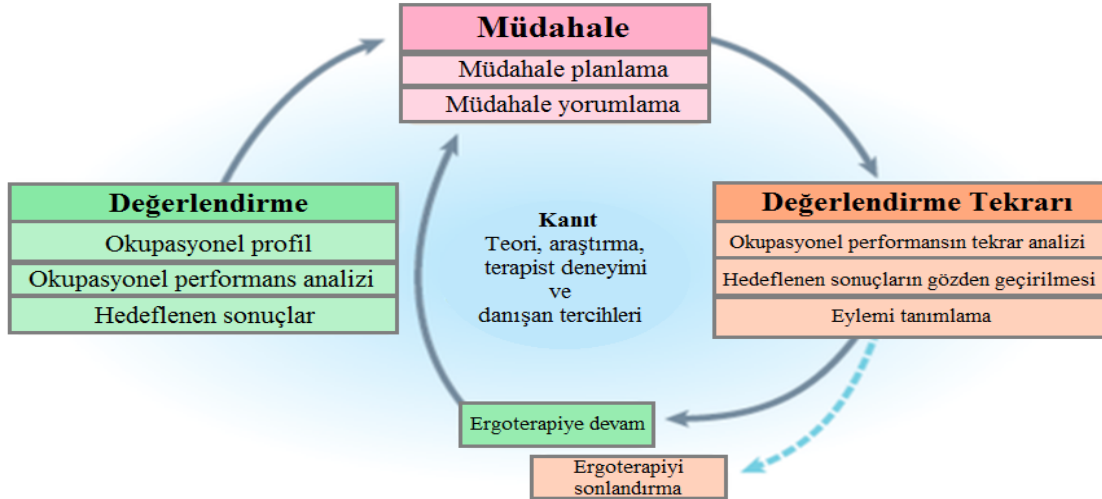
3. Ergoterapi Hizmetlerinin Sunumu Sırasında Ergoterapistlerin ve İş Uğraşı Teknikerlerinin Rol ve Sorumluluklarına Genel Bakış

Ergoterapinin odak noktası, bireye “okupasyonlara dahil olarak sağlık, iyilik hali ve hayata katılımı sağlama” konusunda yardımcı olmaktır (Clark et al., 2014). Ergoterapi, bireyin aktivite performans alanlarıyla ilgili ihtiyaç ve hedeflerini ele alır ve çeşitli alanlarda performansı etkileyebilecek performans becerilerini, performans paternlerini, bağlamı, ortamı ve kişisel faktörleri dikkate alır (Sachs & Labovitz, 1994).

Amerikan Ergoterapi Derneği'ne göre ergoterapist ve iş uğraşı teknikerlerinin görev ve sorumlulukları şu şekildedir (Clark et al., 2014):

1. Ergoterapist, ergoterapi hizmet sunumunun tüm yönlerinden sorumludur ve ergoterapi hizmet sunum sürecinin güvenliği ve etkililiğinden sorumludur.

Ergoterapi hizmet sunum süreci; değerlendirme, müdahale planlaması, müdahale uygulaması, müdahale incelemesi, sonuçların hedeflenmesi ve sonuçların değerlendirilmesini içerir (Şekil 1).



Şekil 1. Ergoterapi süreci

2. Ergoterapist, ilk değerlendirme sırasında ve müdahale, müdahalenin gözden geçirilmesi ve sonuçların değerlendirilmesi süresince düzenli olarak hizmetlerin sunulmasına doğrudan dahil edilmelidir.
3. İş ve uğraşı teknikeri, ergoterapistin gözetiminde ve onunla işbirliği içinde güvenli ve etkili ergoterapi hizmetleri sunar.
4. Sorumlulukların bir iş ve uğraşı teknikerine ne zaman devredileceğine karar vermek ergoterapistin sorumluluğundadır. Hizmet yeterliliğini göstermek ve ayrıca bir teknikerin kapsamın ötesine geçen devredilen sorumlulukları kabul etmemek, devredilen sorumlulukları yerine getiren teknikerin sorumluluğundadır.
5. Terapist ve tekniker, hizmet sunumu sürecinde klinik muhakeme için ve ayrıca kullanılan spesifik tekniklerin, değerlendirmelerin ve müdahale yöntemlerinin performansı için hizmet yeterliliğini gösterir ve belgeler.
6. Ergoterapi hizmetlerini devrederken, ergoterapist aşağıdaki faktörleri dikkate alır:
 - a. Bireyin durumunun ve ihtiyaçlarının karmaşıklığı,
 - b. Teknikerin bilgi, beceri ve yetkinliği,

- c. Müdahalenin niteliği ve karmaşıklığı,
- d. Uygulama ortamının ihtiyaçları ve gereksinimleri ve
- e. Kanunlar ve diğer gereklilikler uyarınca bir teknikere uygun uygulama kapsamı.

3.1. Görev ve Sorumluluklar

3.1.1. Değerlendirme

1. Ergoterapist değerlendirme sürecini yönetir.
2. Ergoterapist, ergoterapi değerlendirmesi sırasında ilk temasın tüm yönlerini yönetmekle sorumludur.
 - a. Hizmet ihtiyacının belirlenmesi,
 - b. Ergoterapi alanında ele alınacak sorunları tanımlamak,
 - c. Bireyin hedeflerini ve önceliklerini belirlemek,
 - d. Müdahale önceliklerinin belirlenmesi,
 - e. Spesifik ileri değerlendirme ihtiyaçlarının belirlenmesi ve
 - f. Teknikere devredilebilecek özel değerlendirme görevlerinin belirlenmesi.
3. Ergoterapist değerlendirmeyi başlatır ve yönetir, verileri yorumlar ve müdahale planını geliştirir.
4. İş ve uğraşı teknikeri, uygulama için kendisine verilmiş değerlendirmeleri uygulayarak ve ergoterapiste gözlemlerin, değerlendirmelerin ve danışan kapasitelerinin sözlü ve yazılı raporlarını sunarak değerlendirme sürecine katkıda bulunur.
5. Ergoterapist, iş ve uğraşı teknikeri tarafından sağlanan bilgileri yorumlar ve bu bilgileri değerlendirme ve karar verme sürecine entegre eder.

3.1.2. Müdahale Planlaması

1. Ergoterapist, ergoterapi müdahale planının geliştirilmesinden genel olarak sorumludur.
2. Terapist ve tekniker, planı geliştirmek için birey ile işbirliği yapar.
3. İş uğraşı teknikeri, değerlendirme sonuçları hakkında bilgi sahibi olmaktan ve danışanın ihtiyaçları ve önceliklerine dayalı olarak müdahale planına girdi sağlamaktan sorumludur.

3.1.3 Müdahale Uygulaması

1. Ergoterapist, müdahalenin uygulanmasından genel olarak sorumludur.
2. Ergoterapi müdahalesinin bazı yönlerini iş uğraşı teknikerine devrederken, ergoterapist uygun denetimi sağlamaktan sorumludur.
3. Tekniker, bireyin ergoterapi hedefleri hakkında bilgi sahibi olmaktan sorumludur.
4. İş ve uğraşı teknikeri, terapist ile işbirliği içinde ergoterapi müdahalelerini seçer, uygular ve bunlarla sınırlı olmamak üzere, aktiviteler ve faaliyetler, hazırlık yöntemleri ve görevleri, danışan eğitimi ve öğretimi ve aşağıdakilerle tutarlı grup müdahaleleri dahil olmak üzere değişiklikler yapar:
 - Kanıtlanmış yetkinlik seviyeleri,
 - Danışan hedefleri ve
 - Uygulama ortamının gereklilikleri.

3.1.4. Müdahalenin İncelemesi

1. Ergoterapist, ergoterapi hizmetlerinin devam ettirilmesi, değiştirilmesi veya kesilmesi ihtiyacının belirlenmesinden sorumludur.
2. İş uğraşı teknikeri, müdahale sırasında danışanın tepkileri ve iletişimleri hakkında ergoterapist ile bilgi alışverişinde bulunarak ve ona belgeler sağlayarak bu sürece katkıda bulunur.

3.1.5. Sonuçları Değerlendirme

1. Ergoterapist, danışanın okupasyonlara girme yeteneği ile ilgili sonuçları seçmek, ölçmek ve yorumlamaktan sorumludur.
2. İş ve uğraşı teknikeri, bireyin hedeflenen ergoterapi sonuçları hakkında bilgi sahibi olmaktan ve sonuç başarısı ile ilgili bilgi ve dokümantasyon sağlamaktan sorumludur.
3. İş ve uğraşı teknikeri, sonuç ölçümlerini uygulayabilir ve ihtiyaç duyulan hasta taburcu kaynaklarını sağlayabilir.

Kaynakça

- Brayman, S. J., Clark, G. F., DeLany, J. V., Garza, E. R., Radomski, M. V., Ramsey, R., Siebert, C., Voelkerding, K., LaVesser, P. D., & Aird, L. (2009). Guidelines for supervision, roles, and responsibilities during the delivery of occupational therapy services. *The American journal of occupational therapy: official publication of the American Occupational Therapy Association*, 63(6), 797-803.
- Clark, G. F., DEd, J. V. D., Radomski, M. V., Ruth Ramsey, M., Carol Siebert, M., Kristi Voelkerding, B., ASD, L. A., & Deborah Lieberman, M. (2014). Guidelines for Supervision, Roles, and Responsibilities During the Delivery of Occupational Therapy Services. *The American Journal of Occupational Therapy*, 68, S16.
- English, C., Kasch, M., Silverman, P., & Walker, S. (1982). On the role of the occupational therapist in physical disabilities. *American Journal of Occupational Therapy*, 36(3), 199-202.
- Ernest, M. L. (1972). *The changing role of the occupational therapist* [University of British Columbia].
- Hammond, A. (2004). What is the role of the occupational therapist? *Best practice & research Clinical rheumatology*, 18(4), 491-505.
- Holmes, D. (1985). The role of the occupational therapist–work evaluator. *American Journal of Occupational Therapy*, 39(5), 308-313.
- Kielhofner, G. (2009). *Conceptual foundations of occupational therapy practice*. FA Davis.
- O'Brien, J. C. (2017). *Introduction to Occupational Therapy-E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Reed, K. L., & Sanderson, S. N. (1999). *Concepts of occupational therapy*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Sachs, D., & Labovitz, D. R. (1994). The caring occupational therapist: Scope of professional roles and boundaries. *American Journal of Occupational Therapy*, 48(11), 997-1005.
- Solomon, J. W., & O'Brien, J. C. (2020). *Pediatric Skills for Occupational Therapy Assistants E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Whiteford, G. E., & Wilcock, A. A. (2001). Centralizing occupation in occupational therapy curricula: Imperative of the new millennium. *Occupational Therapy International*, 8(2), 81.

YAZARLAR

Öğr. Gör. Gözde ÖNAL

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Kozaklı Meslek
Yüksekokulu, Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İş ve
Uğraşı Terapisi Programı
gozdeonal@nevsehir.edu.tr
ORCID: 0000-0002-6656-965X

Öğr. Gör. Gülşah ZENGİN

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Kozaklı Meslek
Yüksekokulu, Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü, İş ve
Uğraşı Terapisi Programı
gulsahzengin@nevsehir.edu.tr
ORCID: 0000-0003-0603-0617

2017’de Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümünden mezun olmuştur. 2019’da Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Anabilim Dalından bilim uzmanlığı unvanını almıştır ve 2020’de aynı enstitünün Doktora Programına başlamıştır ve halen devam etmektedir. 2018-2020 tarihleri arasında Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümünde Araştırma Görevlisi olarak görev almıştır. 18 Ocak 2021 tarihinden beri Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü İş ve Uğraşı Terapisi Programında Öğretim Görevlisi olup Önlisans dersleri vermekte ve akademik çalışmalarını sürdürmektedir.

2018’de Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümünden mezun olmuştur. 2020’de Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ergoterapi Anabilim Dalından bilim uzmanlığı unvanını almıştır ve 2020’de aynı enstitünün Doktora Programına başlamıştır ve halen devam etmektedir. 2019-2021 tarihleri arasında Biruni Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ergoterapi Bölümünde Araştırma Görevlisi olarak görev almıştır. 1 Mart 2021 tarihinden beri Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü İş ve Uğraşı Terapisi Programında Öğretim Görevlisi olup Önlisans dersleri vermekte ve akademik çalışmalarını sürdürmektedir.



HÜNKAR
HACI BEKTAŞ VELİ
ANMA ve ARMAĞAN KİTABI

750.YIL



Hacı Bektaş Veli'nin
Vefatının 750.
Yılı Dönümü (1209-1271)
UNESCO İhtiyatı Anıtı



NÖROLOJİK FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYONDA TEKNOLOJİNİN KULLANIMI

USAGE OF TECHNOLOGY IN NEUROLOGICAL PHYSIOTHERAPY AND REHABILITATION

Büşra KAYABINAR

Erdi KAYABINAR

Özet

Nörolojik hastalıklarda rehabilitasyon uygulamalarının erken dönemdeki ilk hedefi hastanın kaybettiği fonksiyonlarını hızlı bir şekilde geri kazanabilmesine odaklanır. Bu nedenle yaralanmadan sonra, hasta stabil hale geldiği anda rehabilitasyon uygulamalarına başlamak gerekmektedir. Son yıllarda özellikle merkezi sinir sisteminin plastisite özelliğinin ortaya çıkarılabilmesi, motor öğrenmenin sağlanabilmesi ve hastaların hastalıkları ile ilişkili duyuşal, motor, kognitif ve emosyonel bütün problemlerinin ortak bir yaklaşım ile tedavi edilebilmesi için teknolojik gelişmeler rehabilitasyonda sıklıkla kullanılmaktadır. Gelişen dünyada teknolojiye yaşanan büyük ilerlemeler ile birlikte rehabilitasyon ekibinin hastaya erken ve hızlı müdahaleleri konusunda elleri çok güçlenmiştir. Elektrik stimülasyonu (NMES) ve fonksiyonel elektrik stimülasyonu ile hastanın kas aktivitelerinin reedükasyonu ve fonksiyonel iyileşmesinin sağlanması amaçlanır. Biyofeedback uygulamaları, EMG uygulamaları ve bunların NMES ile kombine uygulaması olan EMG-Biyofeedback yaklaşımları hastaların duyuşal uyarılarını kontrol edebilmesini ve bunlara uygun motor cevapları ortaya çıkarabilmesini sağlar. Üst ve alt ekstremitelerde robotik teknolojileri, yürüme fonksiyonu, el becerileri, uzanma aktiviteleri gibi nörolojik etkilenimi olan hastaları günlük yaşam aktivitelerinde en fazla etkileyen bozuklukların erken dönemde fonksiyonel olarak tedavi edilebilmesi ve hastanın cesaretinin artırılabilmesi için önemlidir. Bilgisayarlı dinamik postürografi cihazları ile hastanın günlük yaşam aktivitelerini daha güvenli bir çevrede ve daha becerili olarak sürdürebilmesi için gereken denge yeteneğinin kazandırılması ve artırılması amaçlanır. Sanal gerçeklik uygulamaları, rehabilitasyonun her döneminde hastanın gelişimini sağlayabilmek için fiziksel olarak oluşturulamayacak işitsel, görsel ve hastanın normal duyuşal integrasyon yeteneği üzerinde etki oluşturabilecek diğer uyarıların, bilgisayar donanım ve yazılımları ile oluşturulan

sanal ortamda uygulanmasını amaçlar. Bu sayede hasta gerçek dünyadaki nesnelere ve uyarılara benzer sanal bir ortamda tedaviye başlar ve daha sonra sanal dünyada elde ettiği becerilerini gerçek dünyaya aktarır. Hastaya günlük yaşam aktivitelerinde destek olmayı amaçlayan nöroprotezler, kayıp fonksiyonların restore edilmesinde dışarıdan verilen stimülasyon desteğinin kullanıldığı ekzoskeleton cihazlardır. Nöroprotezler hastanın sensorimotor sistemi ile entegre halde ve teknolojiye diğer gelişmeler ile birlikte beyin-bilgisayar arayüzü sistemleri olarak da kullanılabilir. Son zamanlarda kullanımı giderek yaygınlaşan tele-rehabilitasyon uygulamaları ise hastaların ortam ve zaman farketmeden rehabilitasyon

hizmetlerine hızlı, efektif ve kolay bir şekilde ulaşmasını ve rehabilitasyon hizmetlerinin her daim kesintisiz devam etmesini sağlar. Bütün bu teknolojiler, erken dönemde motor öğrenme prensiplerine dayalı rehabilitasyon yaklaşımlarının hızlı bir şekilde başlamasını, hastaların rehabilitasyona daha istekli katılmalarını ve rehabilitasyonun kalitesini artırmaktadır. Bu teknolojilerin hemen hemen hepsi bütün nörolojik etkilenimi olan hastalarda kullanılabilir ancak hastaların etkilenim düzeyi, etkilenen merkezi sinir sistemi bölgeleri, prognozu ve kognitif becerileri hangi hastanın hangi teknolojik destekten ne kadar yarar sağladığını etkileyebilmektedir. Bu bölümde amacımız nörolojik etkilenimi olan hastaların rehabilitasyonunda, hastaların fonksiyonel düzeylerine ve etkilenimlerine göre, kullanımı uygun olan rehabilitasyon teknolojilerinin tanımlanması ve tartışılmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Nörolojik rehabilitasyon. Rehabilitasyon teknolojileri. Fizyoterapi ve rehabilitasyon.

Abstract

The first aim of the rehabilitation approaches to the patients who had neurological disorders is focused on the rapid recovery of the lost functions of the patients. Therefore, after the injury, it is necessary to begin the rehabilitation approaches as soon as the patient becomes stable. Nowadays, technological developments have been used frequently in rehabilitation to reveal the plasticity of the central nervous system, to improve motor learning abilities and to treat all sensory, motor, cognitive and emotional problems associated with patients' diseases with a common approach. With the great improvements in technology in the developing world, the rehabilitation team has more opportunities in terms of approaching early and rapid interventions to the patient. With electrical stimulation (NMES) and functional electrical stimulation, it is aimed to ensure the reeducation and functional recovery of the patient's muscle activities. Biofeedback applications, EMG applications and EMG-Biofeedback approaches, which are combined with NMES, enable patients to control their sensory stimuli and reveal appropriate motor responses. Upper and lower extremity robotic technologies are important for early functional treatment of the disorders that most affect patients with neurological disorders in daily living activities such as gait function, hand skills, reaching out activities, and to increase the patient's courage. With computed dynamic posturography devices, it is aimed to gain and increase the balance ability required for the patients to continue their daily living activities in a safer environment and more skillfully. To ensure the development of the patients in every period of rehabilitation, virtual reality approaches aim to apply the auditory, visual and other stimuli which can affect the normal sensory integration ability of the patient that cannot be physically created, in a virtual environment created with computer hardware and software. Thus, the patient begins treatment in a virtual environment similar to real-world objects and stimuli, and then transfers these skills acquired in the virtual world to the real world. Neuroprostheses that aim to support the patient in daily living activities are exoskeleton devices that use external stimulation support to restore lost functions. With other developments in technology, neuroprostheses can also be used as brain-computer interface systems which are integrated with the patient's sensorimotor system. Tele-rehabilitation practices, which are becoming more common in recent years, enable patients to access rehabilitation services quickly, effectively and easily, regardless of the environment and time, and thus rehabilitation services can continue uninterruptedly. All these technologies increase the rapid initiation of rehabilitation approaches based on

the principles of motor learning in the early stage, the willingness of patients to participate in rehabilitation and the quality of rehabilitation. Almost all of these technologies can be used in patients with all neurological disorders, however the level of injury, affected central nervous system regions, prognosis and cognitive skills of the patients can affect which patient benefits from which technological support. In this chapter, we aim to define and discuss the rehabilitation technologies that are appropriate for the rehabilitation of patients with neurological disorders, according to their functional levels and injuries.

Keywords: Neurological rehabilitation. Rehabilitation technologies. Physical therapy and rehabilitation.

Giriş

Nörolojik etkilenimi olan hastalarda, motor, duyuşsal, kognitif ve emosyonel fonksiyonlar genellikle birarada etkilenir ve bu durum hastaların sağlıkla ilişekli yaşam kaliteleri ve aktivite limitasyonları ve katılımları üzerinde büyük bir etkiye yol açar (Joseph & Rhoda, 2013; Särkämö, 2018; Umphred & Lazaro, 2012). Bu nedenle hastalarda ilk hedef nörolojik iyileşme ve fonksiyonel iyileşmenin birlikte ve erken dönemde sağlanmasıdır (Karaduman, Yıldırım, & Yılmaz, 2016). Özellikle sinir hasarları ile seyreden nörolojik etkilenimlerde nöroplastisite mekanizmaları hastalarda spontan olarak nörolojik iyileşmenin ortaya çıkmasını sağlayacaktır (Cramer & Riley, 2008). Ancak bu spontan iyileşmenin sınırlarının geliştirilebilmesi, hızlandırılabilmesi ve nörolojik iyileşmenin fiziksel etkilenimin sınırları içerisinde hastaların günlük yaşam aktiviteleri ve katılımlarına aktarılabilmesini sağlayan fonksiyonel iyileşmeye dönüştürülebilmesi için iyi bir rehabilitasyon uygulaması şarttır (Karaduman et al., 2016).

Literatür incelendiğinde nörolojik hastalıkların rehabilitasyonunda en etkili yöntemlerin motor öğrenme temelli yaklaşımlar olduğu görülmektedir (Levin & Demers, 2020). Amaca yönelik istemli davranış ve görevler olarak tanımlanan motor becerilerin kazanılabilmesi ve harekette kalıcı değişiklikler haline dönüşmesi için çok tekrarlı, amaca yönelik deneyim ve alıştırmalara, yani motor öğrenme sürecine ihtiyaç vardır (R. Schmidt & Lee, 2019; R. A. Schmidt, 1991). Motor öğrenme sürecinin birey, çevre ve görev üzerine odaklanan yapısı ve çok sayıda tekrar, geri bildirim, çevre düzenlemesi, uzamış rehabilitasyon süreleri gibi birçok komponente ihtiyaç duyması nedeniyle, nörolojik hastalığa sahip kişilerin rehabilitasyonunda görev alan ekibin üzerinde oluşturacağı yük ise kaçınılmazdır (Kernan et al., 2014). Son yıllarda teknolojidaki büyük ilerlemeler ile birlikte rehabilitasyon ekibinin hastalara erken ve hızlı müdahale edebilmek ve motor öğrenmeye dayalı rehabilitasyon sürecini daha efektif olarak kullanabilmek konusunda elleri güçlenmiştir. Teknolojinin rehabilitasyonda kullanılması sadece ekibin yükünü azaltmamakta aynı zamanda objektif ölçme ve değerlendirmelerin yapılabilmesi, geri bildirim miktarının artırılabilmesi, hasta motivasyonunun artırılması, hastanın durumuna göre içerisinde bulunması tehlikeli olan dış ortamların sanal gerçeklik gibi teknolojiler ile güvenli rehabilitasyon ortamına getirilmesi gibi etkilere de sahip olmaktadır (Dixit & Tedla, 2019; Karaduman et al., 2016; Tarakcı & Tarakcı, 2019).

Bu bölümde, son yıllarda klinikte kullanımı giderek artan motor öğrenme ve teknoloji tabanlı rehabilitasyon yaklaşımlarının nörolojik etkilenimlere sahip hastalarda uygulama yöntemleri ve etkilerinin araştırılması amaçlanmaktadır. Bu kapsamda, literatürde kanıt düzeyi en yüksek olan ve klinikte sıkça karşılaşılan, FES-nöroprotez, robotik teknolojiler, sanal gerçeklik, EMG biyofeedback, beyin bilgisayar arayüzleri ve telerehabilitasyon yaklaşımları bu bölüm içerisinde tartışılacaktır.

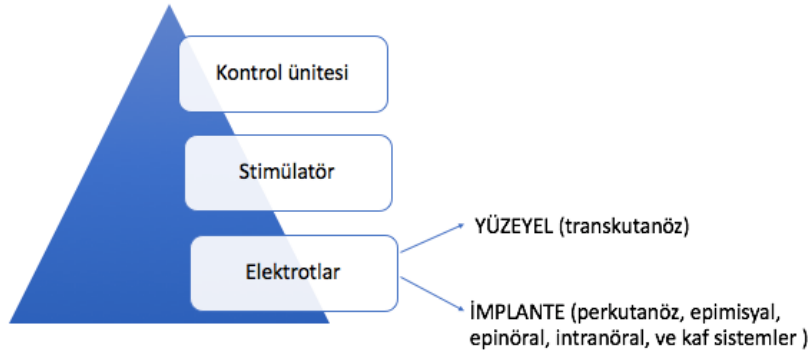
1. FES-Nöroprotezler

Fonksiyonel elektrik stimülasyonu (FES), merkezi sinir sistemi hasarı sonucunda paralize olan kasları elektrik stimülasyonu ile uyararak ayakta durma, ambulasyon veya günlük yaşam aktiviteleri gibi fonksiyonel görevleri başarmak amacıyla kullanılan bir tedavi yöntemidir. Bir aktivite sırasında kasın kasılması gereken zamanda kasılmaları stimüle ederek aktiviteye katkıda bulunur. Elektrik stimülasyonu deri, kas ve eklemlerin duyuşsal geri bildirimini artırarak ilgili motor aktivasyonu geliştirmeye yardımcı olmaktadır. FES'in diğer rehabilitasyon teknikleriyle kombine olarak kullanıldığında motor öğrenmeyi artırarak hastaların istemli ve fonksiyonel hareketleri gerçekleştirebilmelerine katkı sağlayacağına inanılmaktadır (Karaduman et al., 2016; Tarakcı & Tarakcı, 2019).

FES kasların motor nöronlarında aksiyon potansiyeli oluşmasını sağlar. Bu nedenle nöroprotezlerin kullanılmasında gerekli olan durum kası stimüle edecek olan motor nöronların sağlam olmasıdır (Dietz & Morariy). Bu nedenle FES inme, travmatik beyin hasarı, serebral palsi, multipl skleroz ve medulla spinalis yaralanması (MSY) gibi üst motor nöron lezyonu hasarlarına bağlı gelişen paralizi durumlarında kullanılmaktadır.

FES hem nöroprostatik hem de terapötik amaçlar ile uygulanabilir. Nöroprotez olarak kullanımına ayakta durma ve adım alma için FES uygulamaları örnek verilebilir. Burada bir teknolojik cihaz olmadan yapılamayacak bir fonksiyonun yapılması amaçlanır. Ancak, bu tür sistemlerin klinik olarak kabul edilebilirliği, elektrotların uygulanmasının karmaşıklığı, belirli kasların aktivasyonunu kontrol etme ve kaslardaki hızlı yorgunluk oranı nedeniyle sınırlıdır, bu da bu tür sistemlerle yürüyen hastaların genellikle 100 metreden daha az yürümesine neden olur. Ek olarak, bu tür sistemler, tipik olarak manuel olarak kontrol edilen anahtarlara dayandıklarından ve beyin ile spinal motor havuzları arasındaki ayrılmış yolların nöroplastisitesini kullanamadıklarından, supraspinal kontrolden yoksundur. Amaç istemli işlevi geri kazanmak ve FES, nöromüsküler sistemin bozulmuş bir işlevine yerine getirilmesini yeniden öğrenmesine yardımcı olmak için geçici olarak uygulanacaksa, FES terapötik bir amaca hizmet etmektedir (Wirz & van Hedel, 2018).

FES'in üç ana parçası vardır. (Şekil 1)



Şekil 1. FES Parçaları

Kontrol Ünitesi: FES kontrol sistemi kullanıcının niyeti ile fonksiyonel performansın ilişkilendirilmesine yönelik önemli bir olanak sağlar. Fizyoterapist kontrollü FES sistemlerinin tuş ve anahtarları vardır. Hasta kontrollü FES sistemlerinin (ör. Nöroprotezler) ise anahtarlar, düğmeler, joystickler, eklem pozisyon sensörleri, EMG elektrotları, ses aktivasyonlu kontroller, çekme ve üfleme cihazları gibi çeşitli kontrol mekanizmaları vardır (Karaduman & Yılmaz, 2017).

Stimülâtör: Stimülâtörler eksternal (radyo sinyalleri), kısmen veya tamamen implante şeklinde olabilir. Pille çalışan mikrostimülâtörler geliştirilme aşamasındadır (Karaduman & Yılmaz, 2017).

Elektrotlar: Elektrik stimülasyonu; spinal kord nöronları, periferik sinirler veya kası çevreleyen deri gibi çeşitli yerlere uygulanabilir (Luo, Xu, Zuo, Liu, & All, 2020). Perkütan sistemler, deri bariyerine nüfuz eden ve yönlendirilmiş aktivasyon için kaslara implante edilen kas içi elektrotları kullanır. İmlante sistemler uzun dönem kullanım için tasarlanmış olup ve cerrahi olarak yerleştirilirler. En kolay uygulanabilen elektrot, cilde konulan ve periferik sinir ya da motor nokta üzerinden direkt uyarı veren yüzeyel (transkutanöz) elektrottur (Lombardo et al., 2018).

MSY'de tipik FES seansları, bisiklet veya kürek çekme gibi belirli bir görev gerçekleştirilirken paralizili sinir veya kasa uygulanan elektriksel uyarıları içerir. FES ve diğer nöromüsküler elektrik stimülasyonlarının kan dolaşımını, hareket açıklığını, kas gücünü ve kas spastisitesini iyileştirebileceği gösterilmiştir. FES, kasları belirli bir eylemi başlatmak için uyarabilir veya hasarlı sinaptik bağlantıların yeniden kurulmasını ve yenilenmesini destekleyebilir. MSY'den sonra rehabilitasyon sürecinde, özellikle üst ve alt ekstremitte işlevlerini iyileştirmek ve eski haline getirmek, kardiyopulmoner sağlığı korumak ve mesane kullanımını kontrol etmek için önemli bir rol oynar. FES'in kemik kütleliğini korumaya, spastisiteyi hafifletmeye, basınç ülserlerini azaltmaya ve denge ve duruşu kontrol etmeye yardımcı olabileceği de gösterilmiştir (Luo et al., 2020).

FES'in inmeli hastalarda; aktif normal eklem hareket açıklığını, kaslar arasında koordinasyonu yürüme hızını ve yürüme ahengini artırdığı, hem alt hem de üst ekstremiteye faydalı olduğu bilinmektedir (Howlett, Lannin, Ada, & McKinstry, 2015; Pilkar, Ramanujam, & Nolan, 2017). Aynı zamanda birçok çalışmada FES'in akut dönemde omuz subluksasyonunu önlemekte etkili olduğu bulunmuştur (Arya, Pandian, Vikas, & Puri, 2018).

Şekil 2'de üst ve Şekil 3'te alt ekstremit için kullanılan nöroprotezlere örnekler gösterilmiştir.



(https://www.bioness.com/Documents/H200HCP/Product_Brochure_Professional_NESS_H200.pdf sitesinden alınmıştır.)

Şekil 2. Üst Ekstremit Nöroprotezi



(https://www.bioness.com/United_Kingdom/L300_for_Foot_Drop/What_is_It.php sitesinden alınmıştır.)

Şekil 3. Alt Ekstremit Nöroprotezi

2. Robotik Teknolojiler

Rehabilitasyonda kullanılan robotlar üst ve alt ekstremit robotları olarak yer almakta ve sağladıkları görev odaklı tekrarlı hareketler ile nörolojik bozukluğu olan hastalarda kas koordinasyon ve kuvvetinin geliştirilmesinde kullanılmaktadır.

2.1. Üst Ekstremit Robotları

Üst ekstremit yemek yeme, giyinme, yazı yazma ve objelerin manipülasyonu gibi birçok günlük yaşam aktivitesinde önemli role sahip olan bir uzuvdur. Bu nedenle üst ekstremit bozukluklarında ortaya çıkan en önemli problem günlük aktivitelerdeki bağımsızlığın ve yaşam kalitesinin azalmasıdır. Rehabilitasyon alanında kullanılan üst ekstremit robotlarının amaçları, hastanın amaca yönelik hareketi tamamlamasına yardımcı olmak ve hareketi tekrarlı bir şekilde pratik ettirmektir (Dixit & Tedla, 2019). Özellikle inme olmak üzere, multipl skleroz, travmatik beyin hasarı ve medulla spinalis yaralanması gibi birçok nörolojik hastalıkta rehabilitasyona destek sağlamak amacıyla üst ekstremit robotları kullanılmaktadır (Dixit & Tedla, 2019; Duret, Grosmaire, & Krebs, 2019).

Üst ekstremitte robotları ekzoskeleton ve end-effektör sistemler olarak kullanılabilir. Ekzoskeleton robotlar üst ekstremitte kinematiğine daha fazla uyum sağlarken, end-effektör robotlar ile distal bölgede daha büyük kuvvet ve hareketlerin ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır (Duret et al., 2019). Yine üst ekstremitte robotları sadece pasif hareketler yaptırabilen, aktif harekete yardım eden ve sadece aktif hareket yaptırabilen cihazlar olarak rehabilitasyonda kullanılanlar, günlük yaşam aktivitelerine yardım edenler ve her iki amaç için de kullanılabilen cihazlar olarak sınıflandırılabilir (Dixit & Tedla, 2019; Islam, Spiewak, Rahman, & Fareh, 2017). Unilateral ya da bilateral kullanıma uygun olan bu üst ekstremitte robotlarının büyük bir kısmı sanal gerçeklik ve oyun teknolojileri ile birarada geliştirilmiştir (Islam et al., 2017). Üst ekstremitte robotlarının rehabilitasyonunda kullanılmasında bir önemli kavram da serbestlik dereceleridir. Serbestlik derecesi robotun hareketi sağladığı düzlem ve eksenleri ifade etmektedir (Tarakcı & Tarakcı, 2019).

Üst ekstremitte robotik rehabilitasyonunda en büyük avantaj hastaların kendi başlarına ve bağımsız olarak robot yardımcı rehabilitasyona katılmaları sayesinde terapistlerin üzerindeki iş yükünde azalmaların sağlanması ve hastaların motivasyonlarının artmasıdır (Dixit & Tedla, 2019).

Üst ekstremitte robotlarının gelişim süreci 1960'lı yılların başlarına dayansa da modern anlamda geliştirilmeleri ve rehabilitasyonda ilk kullanımları 1990'lı yılların sonlarına dayanmaktadır. Bu teknolojinin ilk denendiği hasta grubu ise inmeli hastalardır (Duret et al., 2019; Islam et al., 2017). İlk kullanılan cihaz dirsek ve omuz hareketlerine yoğunlaşan ve 2 dereceli serbestliğe imkan tanıyan MIT-Manus robot ismi verilen cihazdır (Aisen, Krebs, Hogan, McDowell, & Volpe, 1997). MIME ismi verilen bir diğer cihaz 6 derece serbestliğe sahiptir ve bilateral uygulamalar için kullanılabilir (Burgar, Lum, Shor, & Van der Loos, 2000). Bi-Manu-Track isimli robot ise 1 derece serbestlik ile ön kolda pronasyon/supinasyon ve elbileğinde fleksiyon/ekstansiyon hareketlerine yoğunlaşmaktadır (Hesse, Schulte-Tigges, Konrad, Bardeleben, & Werner, 2003). Bu cihazlar üst ekstremitte robotik teknolojilerinde en eski cihazlar olsa da kullanımları ve geliştirilmeleri devam etmektedir. Daha sonraki süreçte ekzoskeleton ve end-effektör tipte Armeo Spring, Armeo Power, Myomo, InMotion, Burt, Kinarm, Haptic Master, ARM Guide ve REAplan gibi robotlar da geliştirilmiştir (Duret et al., 2019).

Üst ekstremitte robotik teknolojilerinin nörolojik hastalıklarda etkilerini değerlendiren derleme çalışmaları incelendiğinde; en çok çalışmanın inmeli hastalarda yapıldığı ve çelişkili sonuçların elde edildiği görülmektedir (Dixit & Tedla, 2019). Birçok çalışma en büyük gelişmenin akut ve subakut dönemdeki etkilim düzeyi daha fazla olan hastalarda ortaya çıktığını göstermektedir (Dixit & Tedla, 2019; Duret, Hutin, Lehenaff, & Gracies, 2015). Serebral palsili popülasyonda yapılan çalışmalarda üst ekstremitte robotik teknolojilerinin etkinliği daha fazla gösterilirken, MS'te ek bir etki ortaya çıkarmadığı ve medulla spinalis yaralanması ve parkinson hastalarında da etkili olmadığı gösterilmektedir (Dixit & Tedla, 2019; Duret et al., 2019). Üst ekstremitte robotik teknolojileri ile ilgili yapılan çalışmalardan elde edilen bu çelişki sonuçların nedeninin; robotların, karmaşık ve zor bir fonksiyonelliğe sahip olan elin kavrama hareketlerinin robotlar tarafından uygun kinematik içerisinde yapılamaması ve bu nedenle üst ekstremitte fonksiyonelliğini inceleyen testlerde gelişmelerin görülebilmesi olacağı düşünülmektedir (Karaduman et al., 2016).

2.2. Alt Ekstremitte Robotları

Nörolojik rehabilitasyonda yürüme becerisinin yeniden kazandırılması, geliştirilmesi ya da korunması oldukça önemli bir yer tutmaktadır ve günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmek için rehabilitasyonun temel amaçlarındandır. Bu nedenle klasik tedavilere ek olarak uygulanan robot yardımcı yürüme eğitimleri yürüme becerisini geliştirmek için rehabilitasyon alanında ki kliniklerde sıklıkla kullanılmaktadır.

Alt ekstremitte robotlarının geliştirilmesi vücut ağırlığı destekli yürüme bandı sistemlerine dayanmaktadır. Bu sistemde hastaların gövdelerine ağırlıklarını alacak bir harnes sistemi bağlanır ve

hasta yukarı doğru asılır. Böylece hasta düşme riski olmadan yürüyüş bandı üzerinde adım alabilir ve alt ekstremitelerine ağırlık aktarabilir. Ancak bu sistemde bir veya daha fazla fizyoterapistin el ile hastanın adımlarını pozisyonlaması, yürüyüş ritmini ayarlaması gerekmektedir. Yorucu ve maliyetli bu yöntem yerine robotik destekler ile hastanın ekstremitelerini pozisyonlayan ve destekleyen yürüyüş ritmini ayarlayan robot yardımlı yürüyüş sistemleri geliştirilmiştir (Stein et al., 2012). Yürüme robotları temel olarak ekzoskeleton ve end-effektör cihazlar olarak iki başlık altında incelenmektedir.

Ekzoskeleton robotlar kalça, diz ve ayak bileği eklemlerini hareket ettirir ve yürüyüş döngüsü sırasında kontrol uygular. Hastanın anatomik eksenleri ile hizalanmış eksenlere sahiptir ve doğrudan eklemlerin kontrolünü sağlar. End-effektör robotlar ise sadece ayakları hareket ettirir ve genellikle duruşu ve dönüş evrelerini simüle eden bir destek (ayak plakası) üzerine yerleştirilir. Kalça ve diz eklemleri serbesttir ve aktif katılım gerektirir. Ekzoskeleton tip cihazlara ülkemizde Ortadoğu Teknik Üniversitesi Teknokent'te geliştirilen RoboGait, Lokomat, OP LOPES; end-effektör cihazlara G-EO, Lokohelp, Haptic Walker ve Gait Trainer örnek olarak gösterilebilir (Cho et al., 2018; Demir, 2015).

Şekil 4 ve Şekil 5'te farklı yürüyüş robotlarına örnek gösterilmiştir.



(<https://www.hocoma.com/solutions/lokomat/> sitesinden alınmıştır.)

Şekil 4. Lokomat



(<http://www.bamateknoloji.com/urunlerimiz/robotik-rehabilasyon/robogait/> sitesinden alınmıştır.)

Şekil 5. RoboGait

Robot yardımlı yürüme eğitimlerinin ortak bir avantajı, kısmen veya tamamen vücut ağırlığını taşımayı desteklemesi ve terapistin tek başına başarması zor olan, ambulatuvar olmayan hastalar için yüksek yoğunluklu, karmaşık yürüyüş döngüsü eğitimine izin vermesidir. Robotik bir cihazla vücut ağırlığı desteği, ambulatuvar olmayan hastalarda yürüme iyileşmesini kolaylaştırır. Ek olarak, robot yardımlı

yürüme eğitimi terapistin yükünü hafifletir, eğitim sırasında düşmeyi önleyerek hasta güvenliğini sağlar ve sürekli ve tekrarlanabilir bir eğitim sunar (Cho et al., 2018).

İnmeli hastalarla yapılan birçok çalışma robot yardımcı yürüme eğitiminin hastaların yürüme, mobilite, denge, günlük yaşam aktiviteleri ve yaşam kalitesi üzerinde etkili olduğunu göstermektedir (Cao, Xie, Das, & Zhu, 2014; Kayabınar, Özalp, Koçyiğit, As, & Elbasan, 2019).

Multipl sklerozlu hastalarla yapılan bir çalışmada robot yardımcı yürüme eğitiminin sanal gerçeklikle birlikte uygulandığında hastaların denge ve problem çözme becerilerini daha fazla geliştirdiğini ve tedavinin etkinliğini güçlendirdiğini göstermektedir (Calabrò et al., 2017).

Medulla spinalis yaralanmalı hastalarda da robot yardımcı yürüme eğitiminin yürüme mesafesi, bacak kuvveti, fonksiyonel seviye ve bağımsızlık düzeylerini artırdığı gösterilmiştir (Nam et al., 2017).

3. Sanal Gerçeklik

Sanal gerçekliği (Larsen et al., 2009), gerçek zamanlı, interaktif ve çoklu duyuşal girdilerden oluşan bilgisayar tabanlı stimülasyon ortamının kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Kullanıcılar SG uygulamaları ile bilgisayar tarafından yaratılmış yapay dünyaya girebilme, orada çeşitli deneyimler yaşayabilme ve orayı yönlendirebilme olanağı bulmaktadır (Laver et al., 2017; Weiss, Kizony, Feintuch, & Katz, 2006).

SG ilk kez İngiliz yazar Ray Bradbury tarafından 1950 yılında ‘The Veldt’ adlı kısa hikayede bahsedilmiştir. Hikayede; varlıklı bir aile Afrika bozkırlarını görüntü, ses, koku gibi birçok duyuya hitap eden özellikleriyle 3 boyutlu olarak temsil edebilen bir sistem alır ve çocuklarının odasına kurar, zamanla çocukların bu sanal Afrika dünyasına duydukları tutkunun artmasından endişe duyan aileninö sanal dünyayı kaldırmaları anlatılmaktadır (Kurbanoglu, 1996).

SG teknolojileri ilk kez 1980’li yıllarda kullanılmaya başlanmış daha sonra 90’lı yıllarda programlama ve bilgisayar teknolojilerinde ilerlemeyle kullanımı yaygınlaşmıştır. Askeri alanlarda, otomobil-uçak ve petrol-gaz endüstrilerinde, pilotlar için uçuş simülasyonu eğitiminde, cerrahlar için prosedür eğitiminde, fobi, travma sonrası stres bozukluğu ve vücut imaj bozuklukları tedavisinde kullanılmıştır (Jiandani, Nair, & Shukla, 2014; Larsen et al., 2009; Lintern, Roscoe, Koonce, & Segal, 1990; Raghav et al., 2016). Rehabilitasyon konusundaki araştırmalar teknoloji daha erişilebilir ve uygun fiyatlı hale geldikçe daha yaygın hale gelse de sanal gerçekliğin kullanımı henüz klinik rehabilitasyon ortamlarında rutin olarak kullanılamamaktadır. Bu nedenle daha ucuz ve kolay ulaşılabilir olan oyun konsolları rehabilitasyon amaçlı kullanıma alternatif olarak kullanılmaktadır (Laver et al., 2017).

SG sistemleri; kullanıcıları sanal ortama bağlayan görsel, işitsel ve dokunsal araçlar, kullanıcının hareketlerini ve konumunu algılayan eldiven ve joystick gibi araçlar, sanal ortamı oluşturacak bir grafik görüntü oluşturma sistemi ve sanal dünyadaki nesnelere oluşturacak bir yazılım ve veritabanından oluşmaktadır (Tarakcı & Tarakcı, 2019).

SG ile ilgili iki önemli kavram “daldırma” ve “varlık”tır. Daldırma, kullanıcının gerçek dünyadan ziyade sanal ortamda olduğunu ve yazılım ve donanımın tasarımıyla ne ölçüde ilişkili olduğunu ifade eder. Daldırmanın dereceleri değişebilir. Konkav bir yüzeye yansıtılan, kafaya monte edilen ekran ya da kullanıcının sanal ortamda temsil edildiği video çekimi içeren sistemler sürükleyici olarak tanımlanır. Tek ekranlı bir yansıtma veya masaüstü ekran düşük daldırma olarak kabul edilir. 3 boyutlu sistemler sürükleyici daldırmaya, masa başı sistemler ise düşük daldırmaya örnek olarak verilebilir. Varlık kavramı ise kullanıcıların özel deneyimi olarak tanımlanır ve sanal gerçeklik sisteminin özelliklerine (iki veya üç boyutlu sistemler), sanal göreve (görevin anlamlılığı, ne kadar gerçekçi olduğu) ve bireylerin yaş, cinsiyet gibi özelliklerine bağlıdır (Weiss et al., 2006). Bazı kullanıcılarda SG

uygulanması sonucu siber hastalık adı verilen mide bulantısı, baş ağrısı gibi bulgular ortaya çıkmaktadır (Karaduman & Yılmaz, 2017).

Sanal gerçeklikle karıştırılmaması gereken bir başka kavram da artırılmış gerçekliktir. Artırılmış gerçeklik sanal ve gerçek nesnelere gerçek bir ortamda birleştiren, etkileşimli ve gerçek zamanlı çalışan bir sistemdir. Artırılmış gerçeklik uygulamalarının da sağlık alanında kullanımı giderek yaygınlaşmaktadır (Tarakcı & Tarakcı, 2019).

Nörolojik rehabilitasyonun önemli komponentleri olan nöroplastisiteyi destekleyen amaca yönelik, çok tekrarlı eğitimlerin SG uygulamaları ile verilebilmesi önemli bir avantajdır. İnmeli hastalarda SG eğitiminin hareket kalitesini ve fonksiyonel kapasiteyi artırdığı bilinmektedir. Aynı zamanda SG uygulamaları klasik tedavilere destek olan eğlenceli bir tedavi yaklaşımı olarak görülmekte ve hastaların motivasyonunu artırmaktadır (Kayabınar, Alemdaroğlu-Gürbüz, & Yılmaz, 2021). Parkinson hastalarında yapılan çalışmalar SG uygulamalarının yürüyüş, denge ve yaşam kalitesi üzerinde iyileşme sağlayabileceğini bildirmektedir. Benzer şekilde SG'nin multipl skleroz hastalarında da motor ve bilişsel bozukluklarda etkili bir tedavi yöntemi olabileceği düşünülmektedir (Tarakcı & Tarakcı, 2019).

4. EMG-Biofeedback

Biofeedback bir kaynağın oluşturduğu bilginin kaynak tarafından anlaşılabilmesi ve kontrol edilebilmesi için, tekrar kaynağa geri döndürülmesi anlamına gelmektedir (Uzunca, 2007). Nörolojik rehabilitasyonda öğrenme, hareketlerin doğru ve kontrollü yapılabilmesi, performansın geliştirilebilmesi için bu geribildirimlerin olması oldukça önemlidir. Biofeedback rehabilitasyon hastalarında; spastisite yönetimi, denge ve yürümenin geliştirilmesi, kas kuvvetinin artırılması, mesane ve bağırsak fonksiyonlarının tedavisi gibi birçok alanda kullanılmaktadır (Karaduman & Yılmaz, 2017; Uzunca, 2007).

EMG-biofeedback uygulamasında hastanın bir aktivite içerisinde istemli kas kasılmalarından elde edilen EMG sinyalleri önceden belirlenen eşik geçtiğinde aktivitenin tamamlanması için kasa elektrik stimülasyonu uygulanmaktadır. Burada ki eşik hastanın önceki denemelerine göre belirlenmektedir (Karaduman & Yılmaz, 2017).

İnmeli hastalarda EMG-biofeedback ile ilgili çalışmalar çoğunlukla yürüyüş üzerine odaklanmaktadır. Bu amaçla tibialis anterior kası ve diğer ayak bileği dorsi fleksör kaslarının aktivitesine yardımcı olmaya ve plantar fleksör kaslarda ki spastisite yönetimine yönelik uygulamalar yapılmaktadır (Karaduman et al., 2016). Alt ekstremitelerde EMG-biofeedback uygulamalarının yürüyüş hızını artırdığı, üst ekstremitelerde ise el bileği ekstansiyonu, kavrama ve uzanma fonksiyonlarında gelişmeler sağladığı gösterilmiştir (Karaduman & Yılmaz, 2017).

5. Beyin Bilgisayar Arayüzleri

Amiyotrofik lateral skleroz, multipl skleroz, beyin ve medulla spinalis yaralanması, kas yetersizliği gibi nörolojik hastalıklara sahip bireylerde zaman içerisinde kaslarını kullanma yeteneğinde kayıp meydana gelir ve bu durum bireylerin çevre ile iletişimlerinde de kayıplara neden olur. Beyin bilgisayar arayüzleri bu durumlarda bireylerin kaslarını kullanmadan bir elektronik sistemi, elektromekanik sistemi veya yazılım sistemlerini kullanmalarına imkân tanıyan sistemlere verilen isimdir. Beyin bilgisayar arayüzleri, beyin sinyallerini kaydeder ve bunları kontrol ve iletişim komutlarına dönüştürebilir (Kayıkçıoğlu, Maleki, & Ketenci, 2018; Olgun & Türkoğlu, 2017; Yağanoğlu, Bozkurt, & Günay, 2014).

Beyin bilgisayar arayüzleri invaziv olmayan ve invaziv olmak üzere iki başlıkta incelenebilmektedir. İnvaziv-olmayan yöntemlere elektroensefalografi (EEG), magnetoensefalografi (Kassebaum et al.), pozitron emisyon tomografi (Burgar et al.), fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) ve

yakın kızılötesi (NIR) spektroskopi teknikleri örnek gösterilebilir. Bu yöntemlerde elektrotlar kafa derisi üzerine yerleştirilmektedir ve invaziv yöntemlere göre maliyet daha düşüktür. İnvaziv yöntemlerde ise beynin hedeflenen bölgesi üzerindeki kafatası çıkartılmakta, algılayıcılar beynin açıkta kalan bölgesi üzerine direkt olarak yerleştirilmektedir (Kayıkçıoğlu et al., 2018).

BBA sistemleri ile; bilgisayar ekranına metin yazdırılması ve yazdırılan metinlerin seslendirilmesi, SMS benzeri iletişim teknikleri ile yardım talebinde bulunulması, tekerlekli sandalye kontrolü, elektrikli cihazların açılıp kapatılması, robot kollarının kontrolü benzeri işlemler yapılabilmektedir (Olgun & Türkoğlu, 2017). Teknolojideki gelişmeler sayesinde yetersiz çalışan ekstremitelere yerleştirilen bir nöroprotezin beyinde oluşan sinyaller aracılığıyla kontrolü sağlanabilmektedir (Karaduman et al., 2016).

6. Telerehabilitasyon

Tele kelimesi latince uzak/uzaktan anlamlarına gelmektedir. Telerehabilitasyon ise rehabilitasyon hizmetlerinin kominikasyon yöntemleri kullanılarak hastalara klinik ortamına gelmeden ulaştırılması anlamına gelmektedir (Laver et al., 2020). Bu yöntemlerin içerisinde videokonferanslar, telefon görüşmeleri, mail ve mesajlaşma programları, web ve mobil cihaz tabanlı uygulamalar, video, ses, poster ve diğer veri ve dökümanların paylaşılmasını sağlayan yöntemler, sanal gerçeklik uygulamaları gibi ileri teknoloji gerektiren ya da gerektirmeyen, senkron ve asenkron uygulamalar gösterilebilir (Brennan, Curran, Barlow, & Jayaraman, 2021; Laver et al., 2020). Nörolojik hastalarda telerehabilitasyon tabanlı yöntemler tanı, değerlendirme, tedavi ve uzun süreli takip gibi rehabilitasyon basamaklarında kullanılabilir. Rehabilitasyonda telerehabilitasyon tabanlı uygulamalar hastaların içinde buldukları duruma göre tedavinin bir bütünü olarak kullanılabilir gibi klinikte yüz yüze uygulamalara destek olarak da kullanılabilir (Brennan et al., 2021).

Literatürde bilinen en eski telerehabilitasyon temelli nörolojik rehabilitasyon 1976 yılında araştırmacıların afazi tedavisinde telefon görüşmelerini kullanmasıdır. Ancak bu yayında kullanılan yöntem telerehabilitasyon olarak isimlendirilmemiştir (Vaughn, 1976). Daha sonraki süreçte özellikle 1990'lı yıllardan sonra telerehabilitasyon uygulamaları literatürde yaygınlaşmaya başlasa da 2000'li yıllar sonrasında teknolojinin hızla gelişmesi telerehabilitasyona da altın çağını yaşatmaktadır (Seron et al., 2021). Özellikle 2019 yılının sonlarında ortaya çıkan Covid-19 pandemisi ve pandemiye bağlı alınan önlemler nedeniyle telerehabilitasyon yöntemlerinin klinikte kullanımı konusunda büyük bir yaygınlaşma oluşmuştur (Chang & Boudier-Revéret, 2020).

Nörolojik hastalarda telerehabilitasyon tabanlı uygulamalar iyi bir değerlendirme ile başlamalıdır. Hastanın ev ortamında bulunduğu değerlendirmeler sırasında nörolojik hastalıklara spesifik olarak geliştirilen anketler senkron ya da asenkron yöntemler ile uygulanabilir. Daha sonra videokonferans yöntemleri ile hastaların klinisyen ile birebir temas kurması ve klinisyenin yönlendirmeleri ile bazı spesifik fonksiyonel testleri uygulaması sağlanabilir (Hill et al., 2006; Park, Peng, & Zhang, 2008; Sharma, Ward, Burns, Theodoros, & Russell, 2011). Palpasyon uygulamaları telerehabilitasyon yöntemleri ile yapılamayacak olsa da hastadan bu konuda kendi kendini muayene etmesi istenebilir. Yine hastadan ağırlıkları kullanması istenerek kas kuvveti, uzanma, oturma, kalkma, merdiven çıkma ve denge aktivitelerini yapması istenerek de fonksiyonelliği değerlendirilebilir (Cabrera-Martos et al., 2019; Rau et al., 2013; Venkataraman et al., 2020). Bütün bu değerlendirmeler sırasında maksimum güvenliğin alınması ve mümkün olduğunca evde hastaya yardımcı olacak bir kişinin bulunması gerekir. Değerlendirmelerde spesifik olarak geliştirilmiş haptik eller, sanal gerçeklik uygulamaları, giyilebilir teknolojiler ve robotlar gibi üst düzey teknolojilerden de yararlanılabilir (Park, Wu, Ren, & Zhang, 2007). Rehabilitasyonda yine üst düzey teknolojilerin ev ortamında uygulanması sağlanabileceği gibi videokonferans yöntemleri ile senkron egzersiz uygulamaları ve broşür, poster gibi yöntemler ile asenkron egzersiz uygulamaları tercih edilebilir (Bakas et al., 2015; Johansson & Wild, 2011; Seron et al., 2021). Yine telerehabilitasyonun en büyük avantajlarından biri de uzun dönemde hasta takibi için geliştirilen mobil uygulamaların kullanılması ile birlikte yüz yüze rehabilitasyondan taburcu olan ya da rehabilitasyonun en başından beri telerehabilitasyon uygulamalarını kullanan hastalarda tedavinin

ilerleyişi, egzersiz programlarının şekillendirilmesi, hastanın gelişiminin takip edilmesi, hastanın egzersiz programına uyumunun değerlendirilmesi gibi uzun süreli takipler de yapılabilecektir.

Nörolojik hastalarda telerehabilitasyon başlangıçta zamandan, mekandan, yol masraflarından tasarruf için ve özellikle şehir dışı uzak bölgelerde yaşayan kişilerin rehabilitasyon servislerine ulaşımını kolaylaştırmak için kullanılsa da günümüzde özellikle sağlık profesyonellerin sayısının hasta popülasyon nüfusuna yetişememesi gibi nedenler ile kalifiye personellerin farklı hastaneler ve bölgelere hizmet vermeleri için de sıklıkla tercih edilmektedir. Literatürdeki birçok çalışma fizyoterapinin birçok alanında telerehabilitasyon uygulamalarının yüzyüze uygulamalardan daha düşük etkilere sahip olmadığını göstermektedir (Dias, Limongi, Hsing, & Barbosa, 2016; Kahraman, Savci, Ozdogar, Gedik, & Idiman, 2020; Seron et al., 2021). Dahası telerehabilitasyon uygulamalarında hasta memnuniyetinin yüz yüze uygulamalardan çok daha fazla olduğu da literatürde sıklıkla belirtilmektedir (Brennan et al., 2021; Maresca et al., 2020; Suso-Martí et al., 2021).

Sonuç

Teknolojik cihazlar insan hayatının her alanında konvansiyonel yöntemlerin yerini almaktadır. Bu alanlardan biri de rehabilitasyon uygulamaları olmaktadır. Her alanda olduğu gibi rehabilitasyon alanında da teknolojik cihazların kullanımının avantaj ve dezavantajları birbirleriyle yarışmaktadır. Özellikle teknolojilerin çok yeni olması ve sürekli gelişen ve geliştirilen bir yapıya sahip olması literatürdeki çalışmalarda çelişkili sonuçların ortaya çıkması üzerinde etkilidir. Yapılan uygulamaların birçoğu üzerinde sınırlı sayıda yayın olduğu için etkileri tam olarak belirlenememiştir. Yine nörolojik hastalar üzerindeki etkileri incelendiğinde de farklı hasta grupları üzerinde farklı sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir. Kanıt düzeyi her geçen yılda yükselmeye devam eden motor öğrenme temelli bu teknolojik uygulamaların ilerleyen yıllarda rehabilitasyon hizmetlerinin çok büyük bir kısmını oluşturması kaçınılmazdır. Bu nedenle teknolojideki gelişmelerin ilerleyen yıllarda günümüzdeki seviyelerde kalmayacağı gözönünde tutularak hastaların, araştırmacıların ve klinisyenlerin bu teknolojilere uyum sağlaması ve sürekli olarak teknolojideki gelişmeleri takip etmesi gerekmektedir. Bu bölümde tartışılan bütün teknolojiler, erken dönemde motor öğrenme prensiplerine dayalı rehabilitasyon yaklaşımlarının hızlı bir şekilde başlamasını, hastaların rehabilitasyona daha istekli katılmalarını ve rehabilitasyonun kalitesini artırmaktadır. Bu teknolojilerin hemen hemen hepsi bütün nörolojik etkilenimi olan hastalarda kullanılabilir ancak hastaların etkilenim düzeyi, etkilenen merkezi sinir sistemi bölgeleri, prognozu ve kognitif becerileri hangi hastanın hangi teknolojik destekten ne kadar yarar sağladığını etkileyebilmektedir. Rehabilitasyon teknolojilerinin hangi hastalıklarda hangi protokoller ile uygulanması gerektiği avantaj ve dezavantajları, hastalar için uygunlukları göz önünde bulundurularak ve hastaların iyi bir şekilde değerlendirilmesi sonrasında klinisyenler tarafından kararlaştırılmalıdır. Her hastada aynı tedavi yöntemlerinin uygulanamayacağı ve bir hasta bir tedavi yönteminden maksimum verimi alırken bir başka hastada aynı yöntemin aynı etkiyi göstermeyebileceği kesinlikle unutulmamalıdır.

Kaynakça

- Aisen, M. L., Krebs, H. I., Hogan, N., McDowell, F., & Volpe, B. T. (1997). The effect of robot-assisted therapy and rehabilitative training on motor recovery following stroke. *Archives of neurology*, 54(4), 443-446.
- Arya, K. N., Pandian, S., Vikas, & Puri, V. (2018). Rehabilitation methods for reducing shoulder subluxation in post-stroke hemiparesis: a systematic review. *Topics in stroke rehabilitation*, 25(1), 68-81.
- Bakas, T., Austin, J. K., Habermann, B., Jessup, N. M., McLennon, S. M., Mitchell, P. H., . . . Weaver, M. T. (2015). Telephone assessment and skill-building kit for stroke caregivers: a randomized controlled clinical trial. *Stroke*, 46(12), 3478-3487.
- Brennan, K., Curran, J., Barlow, A., & Jayaraman, A. (2021). Telerehabilitation in Neurorehabilitation: Has it Passed the COVID Test? In: Taylor & Francis.

- Burgar, C. G., Lum, P. S., Shor, P. C., & Van der Loos, H. M. (2000). Development of robots for rehabilitation therapy: The Palo Alto VA/Stanford experience. *Journal of rehabilitation research and development*, 37(6), 663-674.
- Cabrera-Martos, I., Ortiz-Rubio, A., Torres-Sánchez, I., López-López, L., Rodríguez-Torres, J., & Carmen Valenza, M. (2019). Agreement Between Face-to-Face and Tele-assessment of Upper Limb Functioning in Patients with Parkinson Disease. *PM&R*, 11(6), 590-596.
- Calabrò, R. S., Russo, M., Naro, A., De Luca, R., Leo, A., Tomasello, P., . . . Bramanti, P. (2017). Robotic gait training in multiple sclerosis rehabilitation: Can virtual reality make the difference? Findings from a randomized controlled trial. *Journal of the neurological sciences*, 377, 25-30.
- Cao, J., Xie, S. Q., Das, R., & Zhu, G. L. (2014). Control strategies for effective robot assisted gait rehabilitation: the state of art and future prospects. *Medical engineering & physics*, 36(12), 1555-1566.
- Chang, M. C., & Boudier-Revéret, M. (2020). Usefulness of telerehabilitation for stroke patients during the COVID-19 pandemic. *American journal of physical medicine & rehabilitation*.
- Cho, J.-E., Yoo, J. S., Kim, K. E., Cho, S. T., Jang, W. S., Cho, K. H., & Lee, W.-H. (2018). Systematic review of appropriate robotic intervention for gait function in subacute stroke patients. *BioMed research international*, 2018.
- Cramer, S. C., & Riley, J. D. (2008). Neuroplasticity and brain repair after stroke. *Current opinion in neurology*, 21(1), 76-82.
- Demir, S. Ö. (2015). Omurilik Yaralanmalı Hastalarda Robot Yardımlı Yürüme Eğitimi. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Turkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 61.
- Dias, A. E., Limongi, J. C. P., Hsing, W. T., & Barbosa, E. R. (2016). Telerehabilitation in Parkinson's disease: Influence of cognitive status. *Dementia & neuropsychologia*, 10, 327-332.
- Dietz, V., & Morariy, M. ETHZ-ParaCare Grasping and Walking Neuroprostheses.
- Dixit, S., & Tedla, J. S. (2019). Effectiveness of robotics in improving upper extremity functions among people with neurological dysfunction: a systematic review. *International Journal of Neuroscience*, 129(4), 369-383.
- Duret, C., Grosmaire, A.-G., & Krebs, H. I. (2019). Robot-assisted therapy in upper extremity hemiparesis: overview of an evidence-based approach. *Frontiers in neurology*, 10, 412.
- Duret, C., Hutin, E., Lehenaff, L., & Gracies, J.-M. (2015). Do all sub acute stroke patients benefit from robot-assisted therapy? A retrospective study. *Restorative neurology and neuroscience*, 33(1), 57-65.
- Hesse, S., Schulte-Tigges, G., Konrad, M., Bardeleben, A., & Werner, C. (2003). Robot-assisted arm trainer for the passive and active practice of bilateral forearm and wrist movements in hemiparetic subjects. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 84(6), 915-920.
- Hill, A. J., Theodoros, D. G., Russell, T. G., Cahill, L. M., Ward, E. C., & Clark, K. M. (2006). An Internet-based telerehabilitation system for the assessment of motor speech disorders: A pilot study.
- Howlett, O. A., Lannin, N. A., Ada, L., & McKinstry, C. (2015). Functional electrical stimulation improves activity after stroke: a systematic review with meta-analysis. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, 96(5), 934-943.
- Islam, M. R., Spiewak, C., Rahman, M. H., & Fareh, R. (2017). A brief review on robotic exoskeletons for upper extremity rehabilitation to find the gap between research prototype and commercial type. *Adv Robot Autom*, 6(3), 2.
- Jiandani, N., Nair, S., & Shukla, H. (2014). Efficacy of virtual reality exposure therapy in the management of symptoms associated with post traumatic stress disorder. *Value in Health*, 17(7), A572.
- Johansson, T., & Wild, C. (2011). Telerehabilitation in stroke care—a systematic review. *Journal of telemedicine and telecare*, 17(1), 1-6.
- Joseph, C., & Rhoda, A. (2013). Activity limitations and factors influencing functional outcome of patients with stroke following rehabilitation at a specialised facility in the Western Cape. *African Health Sciences*, 13(3), 646-654.

- Kahraman, T., Savci, S., Ozdogar, A. T., Gedik, Z., & Idiman, E. (2020). Physical, cognitive and psychosocial effects of telerehabilitation-based motor imagery training in people with multiple sclerosis: A randomized controlled pilot trial. *Journal of telemedicine and telecare*, 26(5), 251-260.
- Karaduman, A., Yıldırım, S. A., & Yılmaz, Ö. T. (2016). *İnme Sonrası Fizyoterapi ve Rehabilitasyon*. Ankara: Hipokrat Kitabevi.
- Karaduman, A., & Yılmaz, Ö. T. (2017). *Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Cilt 3*. Ankara: Hipokrat Kitabevi.
- Kassebaum, N. J., Arora, M., Barber, R. M., Bhutta, Z. A., Brown, J., Carter, A., . . . Coggeshall, M. (2016). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 315 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE), 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 388(10053), 1603-1658.
- Kayabınar, B., Alemdaroğlu-Gürbüz, İ., & Yılmaz, Ö. (2021). The effects of virtual reality augmented robot-assisted gait training on dual-task performance and functional measures in chronic stroke: a randomized controlled single-blind trial. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 4.
- Kayabınar, E., Özalp, M., Koçyiğit, M. F., As, İ., & Elbasan, B. (2019). The effects of robotic and conventional gait training in addition to neurodevelopmental treatment on balance, mobility, and health-related quality of life in patients with stroke. *Neurological sciences and neurophysiology (Online)*, 36(2), 112-119.
- Kayıkçıoğlu, T., Maleki, M., & Ketenci, S. (2018). Beyin-Bilgisayar Arayüzü. In: TMMOB Elektrik Mühendisleri Odası, Biyomedikal Mühendisliği ve Uygulamaları.
- Kernan, W., Ovbiagele, B., Black, H., Bravata, D., Chimowitz, M., Ezekowitz, M., . . . Heck, D. (2014). American Heart Association Stroke Council, Council on Cardiovascular and Stroke Nursing, Council on Clinical Cardiology, and Council on Peripheral Vascular Disease. Guidelines for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 45(7), 2160-2236.
- Kurbanoğlu, S. (1996). Sanal gerçeklik: Gerçek mi, değil mi?
- Larsen, C. R., Soerensen, J. L., Grantcharov, T. P., Dalsgaard, T., Schouenborg, L., Ottosen, C., . . . Ottesen, B. S. (2009). Effect of virtual reality training on laparoscopic surgery: randomised controlled trial. *Bmj*, 338.
- Laver, K. E., Adey-Wakeling, Z., Crotty, M., Lannin, N. A., George, S., & Sherrington, C. (2020). Telerehabilitation services for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1).
- Laver, K. E., Lange, B., George, S., Deutsch, J. E., Saposnik, G., & Crotty, M. (2017). Virtual reality for stroke rehabilitation. *Cochrane database of systematic reviews*(11).
- Levin, M. F., & Demers, M. (2020). Motor learning in neurological rehabilitation. *Disability and rehabilitation*, 1-9.
- Lintern, G., Roscoe, S. N., Koonce, J. M., & Segal, L. D. (1990). Transfer of landing skills in beginning flight training. *Human Factors*, 32(3), 319-327.
- Lombardo, L. M., Kobetic, R., Pinault, G., Foglyano, K. M., Bailey, S. N., Selkirk, S., & Triolo, R. J. (2018). Impact of an implanted neuroprosthesis on community ambulation in incomplete SCI. *The journal of spinal cord medicine*, 41(2), 165-173.
- Luo, S., Xu, H., Zuo, Y., Liu, X., & All, A. H. (2020). A review of functional electrical stimulation treatment in spinal cord injury. *Neuromolecular medicine*, 1-17.
- Maresca, G., Maggio, M. G., De Luca, R., Manuli, A., Tonin, P., Pignolo, L., & Calabrò, R. S. (2020). Tele-neuro-rehabilitation in Italy: state of the art and future perspectives. *Frontiers in neurology*, 11.
- Nam, K. Y., Kim, H. J., Kwon, B. S., Park, J.-W., Lee, H. J., & Yoo, A. (2017). Robot-assisted gait training (Lokomat) improves walking function and activity in people with spinal cord injury: a systematic review. *Journal of neuroengineering and rehabilitation*, 14(1), 1-13.
- Olgun, N., & Türkoğlu, İ. (2017). *Brain-Computer Interface Systems*. Paper presented at the 8th International Advanced Technologies Symposium, Elazığ, Turkey.

- Park, H.-S., Peng, Q., & Zhang, L.-Q. (2008). A portable telerehabilitation system for remote evaluations of impaired elbows in neurological disorders. *IEEE Transactions on Neural Systems and Rehabilitation Engineering*, 16(3), 245-254.
- Park, H.-S., Wu, Y.-N., Ren, Y., & Zhang, L.-Q. (2007). *A tele-assessment system for evaluating elbow spasticity in patients with neurological impairments*. Paper presented at the 2007 IEEE 10th International Conference on Rehabilitation Robotics.
- Pilkar, R., Ramanujam, A., & Nolan, K. J. (2017). Alterations in spectral attributes of surface electromyograms after utilization of a foot drop stimulator during post-stroke gait. *Frontiers in neurology*, 8, 449.
- Raghav, K., Van Wijk, A., Abdullah, F., Islam, M. N., Bernatchez, M., & De Jongh, A. (2016). Efficacy of virtual reality exposure therapy for treatment of dental phobia: a randomized control trial. *BMC oral health*, 16(1), 1-11.
- Rau, C.-L., Chen, Y.-P., Lai, J.-S., Chen, S.-C., Kuo, T.-S., Jaw, F.-S., & Luh, J.-J. (2013). Low-cost tele-assessment system for home-based evaluation of reaching ability following stroke. *Telemedicine and e-Health*, 19(12), 973-978.
- Särkämö, T. (2018). Cognitive, emotional, and neural benefits of musical leisure activities in aging and neurological rehabilitation: A critical review. *Annals of physical and rehabilitation medicine*, 61(6), 414-418.
- Schmidt, R., & Lee, T. (2019). *Motor learning and performance 6th edition with web study guide-loose-leaf edition: From principles to application*: Human Kinetics Publishers.
- Schmidt, R. A. (1991). *Motor learning principles for physical therapy*. Paper presented at the Contemporary management of motor control problems: Proceedings of the II STEP conference.
- Seron, P., Oliveros, M.-J., Gutierrez-Arias, R., Fuentes-Aspe, R., Torres-Castro, R. C., Merino-Osorio, C., . . . Solano, R. (2021). Effectiveness of telerehabilitation in physical therapy: A rapid overview. *Physical Therapy*, 101(6), pzab053.
- Sharma, S., Ward, E. C., Burns, C., Theodoros, D., & Russell, T. (2011). Assessing swallowing disorders online: a pilot telerehabilitation study. *Telemedicine and e-Health*, 17(9), 688-695.
- Stein, J., Harvey, R. L., Macko, R. F., Winstein, R. F., Zorowitz, R. D., Arasil, T., & Öztürk, E. A. (2012). *İnme iyileşmesi ve rehabilitasyonu*: Pelikan Yayıncılık.
- Suso-Martí, L., La Touche, R., Herranz-Gómez, A., Angulo-Díaz-Parreño, S., Paris-Alemany, A., & Cuenca-Martínez, F. (2021). Effectiveness of Telerehabilitation in Physical Therapist Practice: An Umbrella and Mapping Review with Meta–Meta-Analysis. *Physical Therapy*, 101(5), pzab075.
- Tarakcı, E., & Tarakcı, D. (2019). *Rehabilitasyonda Teknoloji*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- Umphred, D. A., & Lazaro, R. T. (2012). *Neurological rehabilitation*: Elsevier Health Sciences.
- Uzunca, K. (2007). İnmeli Hastalarda EMG Biofeedback Kullanımı. *Turkish Journal of Physical Medicine & Rehabilitation/Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Dergisi*, 53.
- Vaughn, G. (1976). Tel-communicology: Health-care delivery system for persons with communicative disorders. *Asha*, 18(1), 13-17.
- Venkataraman, K., Amis, K., Landerman, L. R., Caves, K., Koh, G. C., & Hoenig, H. (2020). Teleassessment of gait and gait aids: Validity and interrater reliability. *Physical Therapy*, 100(4), 708-717.
- Weiss, P. L., Kizony, R., Feintuch, U., & Katz, N. (2006). Virtual reality in neurorehabilitation. *Textbook of neural repair and rehabilitation*, 51(8), 182-197.
- Wirz, M., & van Hedel, H. J. (2018). Balance, gait, and falls in spinal cord injury. *Handbook of clinical neurology*, 159, 367-384.
- Yağanoğlu, M., Bozkurt, F., & Günay, F. B. (2014). EEG tabanlı beyin-bilgisayar arayüzü sistemlerinde öznitelik çıkarma yöntemleri. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*, 2(3), 313-

YAZARLAR

Öğr. Gör. Büşra KAYABINAR

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Kozaklı Meslek Yüksekokulu, Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü, Fizyoterapi Programı

busrakayabinar@nevsehir.edu.tr

ORCID: 0000-0001-7937-3683

2012’de Abant İzzet Baysal Üniversitesi Kemal Demir Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünden mezun olmuştur. 2019’da Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Nöroloji Fizyoterapistliği Programından bilim uzmanlığı unvanını almıştır ve 2020’de aynı enstitünün Doktora Programına başlamıştır ve halen devam etmektedir. 11 Ocak 2017 tarihinden beri Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü Fizyoterapi Programında Öğretim Görevlisi olup Önlisans dersleri vermekte ve akademik çalışmalarını sürdürmektedir.

Dr. Öğr. Üyesi Erdi KAYABINAR

Fenerbahçe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

erdi.kayabinar@fbu.edu.tr

ORCID No: 0000-0002-5720-9425

2012’de Abant İzzet Baysal Üniversitesi Kemal Demir Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünden mezun olmuştur. 2016’da Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalından bilim uzmanlığı unvanını almıştır. 2020’de Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Nöroloji Fizyoterapistliği Doktora programından mezun olmuştur. 2013-2014 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde Araştırma Görevlisi olarak, 2015-2021 tarihleri arasında Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Terapi ve Rehabilitasyon Bölümü Fizyoterapi Programında Öğretim Görevlisi olarak görev almıştır. Nisan 2021 tarihinden beri Fenerbahçe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümünde Dr. Öğr. Üyesi olarak ders vermekte ve akademik çalışmalarını sürdürmektedir.



İNANÇ TURİZMİ KAPSAMINDA ANADOLU ALEVİ-BEKTAŞİLİK İNANCININ DEĞERLENDİRİLMESİ: HACI BEKTAŞ VELİ ÖRNEĞİ

THE EVALUATION OF THE ANATOLIAN ALAVI-BEKTAŞLIK BELIEF WITHIN THE SCOPE OF FAITH TOURISM: THE EXAMPLE OF HACI BEKTAŞ VELİ

Gülhan SÖZBİLEN

Emre YAŞAR

Özet

Hacı Bektaş-i Veli ve Bektaşilik gibi iki değere sahip olan Hacıbektaş, inanç turizmi kapsamında önemli bir konumda bulunmaktadır. Hacıbektaş ilçesi, bu konumun oluşmasına katkı sağlayan Hacı Bektaş Veli Külliyesi, Bektaş Efendi Türbesi, Beştaşlar, Hırka Dağı, Han ve Dede Bağı, Çilehane ve Deliklitaş, Minder ve Kulunç Kaya, At Kaya, Hamur Kaya, Kadıncık Ana Evi gibi çeşitli kutsal ve kültürel mekanlara ev sahipliği yapmaktadır. Bu çalışma, Hacıbektaş'ın inanç turizmi açısından potansiyelini değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu kapsamda Hacıbektaş'ın inanç turizmi açısından sahip olduğu yapılar hakkında bilgiler sunulmuştur. Hacıbektaş'ın inanç turizminde bulunduğu konum istatistikî verilerle ortaya konulmaya çalışılmış ve söz konusu konumun geliştirilmesi için birtakım öneriler verilmiştir.

Anahtar kelimeler: Hacı Bektaş-i Veli, Bektaşilik, Hacıbektaş, İnanç Turizmi.

Abstract

Hacıbektaş, which has two values such as Hacı Bektaş-i Veli and Bektashism, has an important position within the scope of religious tourism. Hacıbektaş is home to various sacred and cultural sites such as Hacı Bektaş Veli Külliyesi, Bektaş Efendi Türbesi, Beştaşlar, Hırka Dağı, Han ve Dede Bağı, Çilehane ve Deliklitaş, Minder ve Kulunç Kaya, At Kaya, Hamur Kaya, Kadıncık Ana Evi which contribute to the formation of this location. This study aims to evaluate the potential of Hacıbektaş in terms of religious tourism. In this context, information about the structures owned by Hacıbektaş in terms of religious tourism is presented. The position of Hacıbektaş in religious tourism has been tried to be revealed with statistical data and some suggestions have been given to improve this position.

Keywords: Hacı Bektaş-i Veli, Bektashism, Hacıbektaş, Religious Tourism

“Bilimden gidilmeyen yolun sonu karanlıktır.”

Hacı Bektaş Veli

Giriş

Anadolu’da tarih öncesi dönemlerden beri insan izine rastlandığı tarihi ve arkeolojik çalışmalarda görülmektedir. Anadolu, Yontma Taş Devri’nden bu yana insanoğluna ev sahipliği yapmaktadır. Bu binlerce yıllık bir uygarlık tarihi anlamına gelmektedir. İnanç sistemlerinin insan topluluklarının yaşamının ve kültürel birikiminin oluşumunda yerleşik hayata geçişten çok daha önce yer aldığı Göbekli Tepe ile bilimsel olarak kanıtlanmıştır. Anadolu’nun pek çok kadim uygarlığa ev sahipliği yapmasından dolayı oldukça fazla sayıda eski kutsal alana sahiptir. Bu kadim uygarlıklara daha sonra Roma, Bizans, Selçuklu ve Osmanlı medeniyetlerinin de eklenmesiyle, Anadolu’da iz bırakan antik çağ inanç sistemlerine Hristiyanlık ve Müslümanlık da eklenmiştir. Anadolu hem Hristiyanlık hem de İslamiyet açısından sayısız kutsal alana ev sahipliği yapmaktadır. Bu kutsal alanlar arasında, eski Orta Asya Ata Kültüne bağlı olarak şekillenen türbeler de geniş yer tutmaktadır. Bütün bu kutsal alanlar, insanlar tarafından manevi bir ibadeti yerine getirmek adına oldukça sık ziyaret edilmektedir. Bu ziyaretler önemli bir turizm türü olan inanç turizmi içerisinde değerlendirilmektedir. Ziyaret edilen bu kutsal mekânlar içerisinde Alevi-Bektaşî inancına bağlı türbeler de bulunmaktadır. Bunlar arasında en çok ziyaret edilen Hacı Bektaş İlçesi’nde yer alan Hacı Bektaş Veli Külliyesi ve diğer ziyaretgâhlardır. Hacı Bektaş ve Külliyesi Türkiye Dünya Mirası Geçici Listesinde yer alırken, Alevi-Bektaşî Semahı da UNESCO İnsanlığın Somut Olmayan Kültürel Mirası Temsili Listesi’nde kayıtlıdır. Bu nedenle Hacı Bektaş İlçesi Anadolu kültürel mozaïği içerisinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Bu çalışmada Anadolu’nun en önemli inanç merkezlerinden biri olan Hacı Bektaş İlçesi ve burayı ziyaret edenlere ait olan Alevi-Bektaşî inanç ve kültürü, inanç turizmi bakış açısıyla tanıtmaya çalışılacaktır.

1. İnanç Turizmi

Turizm faaliyetleri, farklı motivasyonlarla seyahat gerçekleştirilmesi üzerine başlayıp zaman içerisinde hem gelişime hem de değişime uğrayarak varlık alanını genişleten bir durumu oluşturmaktadır. Bu süreçte farklı faktörler, seyahat içeriklerini ve amaçlarını etkilemiştir. Bu faktörlerden bir tanesi de din olarak ön plana çıkmaktadır. İnsanların yaşamlarında onları belirli hareketlerde bulunmalarına yönlendiren bir unsur olarak beliren din, aynı zamanda turizm alanında da insanların belirli kutsal mekânları, çeşitli dini yapıları görmek ve ziyaret etmek, dini etkinliklere katılmak, toplumsal veya dini anlamda belirli bir önemi bulunan kişilerin yaşamlarını öğrenmek, öğretilerini tanıma gibi çeşitli amaçlar kapsamında seyahatler gerçekleştirilmesine olanak sağlamıştır. Bu ilişki ise inanç turizminin oluşmasına ve yaygınlık kazanmasına sebep olmuştur.

Kavramsal olarak inanç “Bir düşünceye gönülden bağlı olma”, ‘İnanılan şey, görüş, öğreti’ olarak tanımlanmasının yanı sıra (TDK, 2021) “bir dine ait olma ve onu benimseme şekli” olarak da ifade edilebilmektedir (Karacoşkun, 2004). İnsan topluluklarının oluşum kazandığı günden içinde bulunduğumuz ana kadar olan dönemlerde inanç kavramı ve uygulamaları her zaman var olmuştur. Söz konusu var oluş ile ilişkili olan din ise gerek emirleri gerekse öğretileri ile insanların hareketlerini yönlendirmiş ve bu doğrultuda özellikle kutsal mekânların ve yapıların ziyaret edilmesi noktasında da teşvik edici bir katkısı olmuştur. Bu ziyaretlerin insanlar tarafından gerçekleştirme sıklığının artması ile birlikte inanç ve turizm arasındaki ilişki de daha fazla ilgi çekmeye başlamıştır (Ansari, Mahdavejad ve Abedi, 2012). Genel anlamda insanların seyahat motivasyonlarını etkileyip onları harekete geçirmesi inancın turizm ile olan ilişkinin oluşmasındaki temel dayanak noktalarından biri olarak söylenebilmektedir.

Uygulama açısından inanç turizmi, insanların benimsedikleri ve hayatlarına uyarladıkları inanç sisteminin gerekliliklerini yerine getirmek amacıyla kutsal mekânlara gerçekleştirilen ziyaretler ile başlamıştır (Albayrak, 2013) ve süreç içerisinde farklı şekillerde nitelendirilmiştir. Bu farklı ifadelenmelerine rağmen milyonlarca ifade edilen katılımcı sayısı ile gerçekleştirilme ve etki alanını genişletmeye devam etmiştir (Jackowski, 2000). Ayrıca, inanç turizmine katılım sayısının önümüzdeki dönemler için de artış göstereceği öngörülmüştür (Demir vd., 2017). İnanç turizminin gerçekleştirilmesi

temelinde kutsal mekânların ziyaret edilmesi ve kitle olarak kalabalık grupların belirli bir yerden farklı bir yere seyahat etme unsurları dikkat çekmektedir.

İnanç odaklı yapılan bu seyahatlerin farklı boyutlar açısından dikkat çekmesi sonucunda yapılan incelenmeler ile turizm ve din ilişkisi daha sık vurgulanmaya başlamıştır (Cornille, 2010) ve turizm alan yazını içerisinde söz konusu bu ilişkiyi tanımlamak üzerine birçok çalışma gerçekleştirilmiş ve inanç turizmi olarak kullanılan kavram bir uygulama alanı elde etmiştir. Yapılan tanımlamalara bakıldığında inanç turizmi; “*insanların benimsedikleri dini öğretiler doğrultusunda gerçekleştirdikleri seyahatler (Blackwell, 2007), farklı dini gerekçelerle yapılan seyahatler (Karaman vd., 2008), dini inanın yönlendirmesi ile başlayıp insanların belirli bir huzur ve rahatlık seviyesine ulaşmasına katkı sağlayan bir kültür ve turizm aktivitesi (Wang vd., 2016), benimsenen dini inançların gereklerini yerine getirmek için destinasyonlara yapılan ve kapsadığı süre geçici olan turizm türü (Hacıoğlu, 2011; T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı , 2014)*” olarak pek çok farklı şekilde tanımlanmıştır. Ancak belirtilen tüm tanımlamalar içerisinde ön plana çıkan noktanın dini inanışların gereklerini yerine getirme motivasyonu başta olmak üzere, çeşitli inanç güdülerinin gerçekleştirilmesi üzerine geçici süre ile yapılan seyahatlerin olduğu görülmektedir.

Zamansal gelişim içerisinde, inanç turizminin diğer turizm türleri ile olan ilişkisinin güçlenmeye ve inanç turizminin çeşitli turizm faaliyetleri ile birlikte gerçekleştirilmeye başladığı görülmektedir (Albayrak, 2013). Örneğin; kültür veya miras turizmi kapsamında Nevşehir’e gelen insanlar zamanlarının belirli bölümünü Nevşehir’deki dini yapıları görmek ve ziyaret etmek amacıyla ayrabilmektedir. Bu şekilde inanç turizmi ile farklı turizm türlerinin bir arada gerçekleşmesi sık rastlanılan bir durum olabilmektedir.

İnanç turizmine katılma sebebi olarak kapsayıcı şekilde dini motivasyonların olduğu belirtilmesine rağmen içerik olarak bu motivasyonlar farklılık göstermektedir. İnsanları inanç turizmine yönlendiren sebepler kapsamında bu motivasyonlar çeşitli şekillerde ifade edilmektedir. Bunlar:

- Şartlar açısından zorunlu bir durum olarak değerlendirilen veya insanların ruhsal dinginliğe ulaşması, sıkıntılardan kurtulması gibi amaçlarla hac görevini gerçekleştirmek ve aynı dinden olan insanlarla bir araya gelmek (Usta, 2005),
- Bazı sıkıntılardan kurtulmak, var olan sorunlara yardım bulmak amacıyla inanç gereği kutsal olarak kabul gören yerlerde şükranları sunmak, adak sözlerini gerçekleştirmek, dileklerini dile getirmek (Yılmaz, 2000),
- Toplum içerisinde belirli bir saygınlık ve erdemlik düzeyine ulaşmak (Demircan, 2014),
- Benimsenen dinin ve o inancın temsilcilerine yönelik olarak özel önemi olan olayları, bayramları kutlamak ve anmak (Aksoy, 2002),
- Gündelik yaşamın rutin işleyişinden belirli süre de olsa uzaklaşmak ve yeni bir arayış içerisinde olmak (Aksoy, 1998)...

İnsanların inanç turizmine katılım amaçları açısından da farklı unsurların var olduğu belirtilmektedir. Bunlar (Stausberg, 2012; Tırca vd., 2010):

- Önem düzeyi yüksek olan olaylara, festivallere katılmak,
- Manevi açıdan rahatlamak, şifa bulmak, dua etmek,
- Dini ritüelleri gerçekleştirmek,
- Bireyin kendisini manevi açıdan tatmin olacağı seviyeye yönelik geliştirme isteği,
- Çeşitli toplantı ve kongrelere katılmak,
- Belirli dönemlerde inzivaya çekilmek,
- Bir inancın temsilcisi hakkında bilgi düzeyini artırmak ve hayatını öğrenmek...

İnanç turizmine başlıca katılma sebepleri ve amaçları incelendiğinde bakış açısının olabildiği kadar geniş tutulması gerekliliği ifade edilmektedir. Ana etkenin din olmasına rağmen katılım sebeplerinin ve amaçlarının din başlığı altında oldukça farklılaştığı görülmektedir. Bu farklılaşmanın temelinde ise insanların artık dinin gerekliliklerini hayatlarının her alanlarına uyarlaması gelmektedir. Yani artık din sadece insanların davranışlarını ve inançlarını değil aynı zamanda hayatın diğer alanlarındaki tercihleri de etkilemektedir.

Katılım sebepleri ve amaçları açısından turizm türleri içerisinde farklı bir konumda yer edinen inanç turizmi aynı farklılığı sahip olduğu özellikler açısından da taşımaktadır. Bu özellikler şu şekilde ifade edilmektedir (Yılmaz, Erdiñ ve Küçükali, 2013; Albayrak, 2013):

- İnanç turizmin gelişiminin ve gerçekleştirilmesinin temelinde din ve inançlar bulunmaktadır,
- İnsanlar ve dinler arasında bir ayırım olmaksızın geniş bir alanı kapsamaktadır,
- Hac gibi istisnai durumlar haricinde diğer alternatif turizm türleri gibi belirli gerçekleştirilme dönemi bulunmamaktadır,
- Manevi rahatlığa ulaşma temel katılım motivasyonlarından birini oluşturmaktadır,
- İnsanlar tarafından uzak mesafeler, ekonomik boyutu gibi zorluk oluşturan unsurlara katlanılabilmektedir. Bu durum ise inanç turizmine katılan insanların yapacakları harcama ortalamasının daha yüksek olmasını sağlamaktadır,
- Her destinasyon alanında gerçekleştirilmesi mümkün olmamaktadır,
- Kültür, miras, üçüncü yaş turizmi gibi farklı turizm türleri ile ilişki içerisinde,
- İnsanlar arası bilgi paylaşımını artırma ve hoşgörünün gelişimini sağlama gibi toplumsal yönleri bulunmaktadır.

Sonuç olarak; inanç turizminin, sıklıkla gerçekleştirilen bir turizm türü olmasının özünde, temel belirleyici olarak din ve inancın olduğu bilinmektedir. Ancak, bu belirleyici unsurlar eşliğinde ortaya çıkan farklı motivasyonlar ve sebepler ile birlikte insanların inanç turizmine katılımının artış gösterdiği ve uygulanma alanının genişlediği söylenebilmektedir. Söz konusu bu gelişmeler ile birlikte inanç ve turizm arasındaki ilişki daha sık araştırılmaya başlanmış ve turizm alanındaki pek çok yayına konu olmuştur.

2. Anadolu Alevi-Bektaşiliği ve Hacı Bektaş Veli

“Ben ilmin şehriyim, Ali kapısıdır. Şehri dileyen kapıya gelsin”
Hız. Muhammed

Alevi, “*Ali yanlısı, Alici olan*” gibi anlamlara gelmektedir. Burada belirtilen Ali ise Hız. Muhammed’in damadı ve amcasının oğlu olan İmam Ali’dir. Alevi sözcüğü aynı zamanda Ali’yi seven, onun yolunda giden ya da onun soyundan gelenler için de kullanılmaktadır (Kılıç, 2006: 33).

Alevilik, başlangıçta sadece siyasal bir harekettir. Bu siyasal hareketin temel özelliği de inanca dayanması ve inançtan güç almasıdır. İslam’ın elçisi Hız. Muhammed öldükten sonra onun işaret ve telkinlerine aldırılmadan Hız. Ali yerine Hız. Ebubekir’in halife seçilmesiyle Müslümanlar arasında başlayan ayrılık bugün hala devam etmektedir. Tarihsel süreç içerisinde Alevi sözü yerine daha çok Şii, Alevilik yerine de Şia kelimeleri kullanılmıştır. Bir dönem Emeviler ve Abbasiler arasında İmam Ali’nin soyundan gelenler için kullanıldığı da bilinmektedir. Ancak, bugünkü anlamıyla alevi sözü Türk kültürünün ürettiği ve yönlendirdiği bir isim olarak kabul edilmektedir. Ehlîbeyt soyuna mensup pek çok kişinin Orta Asya ve yakın coğrafyalara göç etmesi ile Türkler bu insanlara Alevi demişlerdir. Uygur Döneminde devlet yönetimi tarafından korunan Aleviler, Türkler arasında bu düşüncenin yayılmasını sağlamıştır. Ayrıca Orta Asya’ya göç eden ehlibeyt mensupları ile Türkler arasında evlilik yoluyla akrabalıklar kurulmuş, böylece seyyidlik olgusu Türklere de geçmiştir (Kılıç, 2006: 33-34).

Türklerin İslamiyet'e geçmeleri, Emevi döneminin sona ermesi, Abbasi halifeleri ve Selçuklu sultanları arasında kurulan ilişkiler gibi gelişmeler tarihsel süreçte bazı yenilikleri de beraberinde getirmiştir. Özellikle Emevi dönemindeki Arap milliyetçiliğine dayanan ve daha baskıcı bir anlayıştan, Abbasilerin daha özgür ve gelişebilir bir İslamiyet anlayışına geçilmesi yeni kültür merkezlerinin oluşmasına neden olmuştur. Özellikle eski İran kültürünü de içerisinde barındıran Horasan bölgesinde, İran ve Türk kültürlerinin İslamiyet'le kaynaşmaları sonucu yeni anlayışlar oluşmaya başlamıştır. Bu özgür ve bilime dayalı dönem içerisinde Sünni itikat mezhepleri karşısında Şii ve Bâtını sufistler düşüncelerini ortaya koymaya ve her düşünce kendi okulunu kurmaya başlamıştır (Öz, 2013: 9-10).

İslamiyet'i kabul etmelerine rağmen Arap-Acem kültürünü benimseyemeyen ve kendi töresini terk etmek istemeyen Türkler, bu doğrultuda çalışmalar yürütmüş ve sosyal yaşamlarını düzenleyen töre kurallarını bu doğrultuda unutmadan, bozmadan yeniden şekillendirmişlerdir. Bu anlamda, Arap-İslam geleneğiyle uyuşmayan, bu geleneğin katı kurallarını alt üst eden, insanın özüne dayanan, sorgulamayı ve hatta ret edebilmeyi ön plana çıkaran, Hallacı Mansur ve diğer bazı tasavvuf önderlerinin görüşleri Türkler arasında kabul görmeye başlamıştır. Şamanist ve Mani Türk geleneğini de içerisinde barındıran bu görüşler Anadolu Aleviliği'nin doğuşunu hazırlamıştır (Öz, 2013: 11).

İslam'a girerken, İslamiyet'in muhalif kanadı olan Ali yandaşlığını seçen pek çok Türk topluluğu, bu Ali yandaşlığını da Arap Şia'sından farklı olarak kendine özgü bir biçime büründürmüştür. Bu farklılığın özü, Türklerdeki Aleviliğin, özellikle Anadolu Aleviliği'nin bir inanç ve kültür bileşimi olmasından kaynaklanmaktadır. Bu bileşimin içerisinde en çok eski Türk inanç sistemi (Gök Tanrı ve Şamanizm), daha az belirgin de olsa Zerdüştlük, Manihaizm ve Budizm gibi inançlar ve bunlardan kaynaklanan çeşitli uygulama ve ritüeller yer almaktadır. Bu anlamda, Anadolu Aleviliğinin en kadim inançlardan pek çoğunun ahlak ilkeleriyle yoğrulduğu söylenebilir. Ancak elbette ki özünde ve merkezinde son din olan İslamiyet'in bulunduğu bir inanç yoludur. Hz. Muhammed, Veda Hutbesinde Kur'an-ı Kerim ve Ehlibeyt'i Müslümanlara yegâne emanetleri olarak bıraktığını belirtmiştir. Aleviler de bu emanetlere sıkı sıkıya bağlı oldukları ve bu yoldan asla dönmedikleri için kendilerini İslam'ın özü olarak kabul etmektedirler (Kılıç, 2006: 34-35).

Aleviliğin, bazı temel farklılıklar dışında Sünni mezhebi Hanefiliğe benzediği de iddia edilmektedir. Namaz ve abdest gibi ibadetlerdeki bazı küçük farklılıklar dışında en temel farklılığın İslam toplumunun yönetilmesi hususu olduğu belirtilmektedir. Alevilere göre İslam topluluğunu yalnızca Hz. Muhammed'in soyundan gelenler yönetebilirler. Bu da Peygamber'in amcaoğlu ile evlenen Hz. Fatıma'nın çocukları ve onlardan gelenler olarak kabul edilmektedir. Ancak burada önemli olan nokta Aleviliğin köken olarak Şiiliğe dayanıyor olmasıyla birlikte Anadolu'da çok daha farklı ve özgün bir İslam yorumuna dönüşmüş olmasıdır (Selçuk, Şaylan ve Kalkan, 1991: 33-34).

Anadolu Aleviliği, 13. Yüzyılda yaşamış olan ve Anadolu'nun sosyal ve siyasal yapısı üzerinde son derece etkili olan Hacı Bektaş Veli tarafından sistemleştirilerek bir inanç ve kültür iklimine dönüştürülmüştür. Hacı Bektaş Veli ve onun ekolü ile şehirlerde yaşayan ve eğitim almış olan Alevilere "Bektaşî" denmeye başlamıştır (Kılıç, 2006: 36).

Alevilik ve Bektaşîlik özünde Türk Halk İslamlığı'na dayanan ve birbirinden ayrılamayacak iki yol olarak ifade edilmektedir. Aleviler de Hacı Bektaş Veli'yi tıpkı Bektaşîler gibi pir kabul ederler ve ondan himmet dilerler. Aralarındaki en temel fark sosyal statüye dayanan bir farktır. Aşiret çevrelerinden gelen ve eski göçebe topluluklar olan ve kırsaldaki yabancılar olarak kabul edilenler Alevi, kent merkezleri ve civarında konumlanan ve müritleri okumuş çevrelerden gelen tarikatın üyelerine de Bektaşî denilmiştir (Mélíkoff, 2019: 29).

Bektaşîlik için bir tanım yapılmak istenirse "Bektaşîlik tıpkı Alevilik gibi birbirine aykırı pekçok ögenin birbirine karıştığı, örf dışı (non-conformiste) ve Türkçe dilli bir halk öğretisi" şeklinde ifade edilebilir. Ancak, burada Bektaşîliğin diğer mistik İslam tarikatlarına benzemediğini belirtmek gerekmektedir. Diğerlerinden farklı olarak Bektaşîlik bir halk inancıdır. Temelinde insanın özü, doğa güçleri, bitki ve

mevsimlerin dönüşümü bulunan göçebe halkların inancıdır. Alevi-Bektaşilik pek çok farklı inanca ait uygulama ve ritüellerin şekil değiştirerek yeni bir İslam anlayışı oluşturduğu bir senkretizmdir. (Mélíkoff, 2019: 23-30).

Bu yolun kaynağı yani Anadolu Alevi-Bektaşileri'nin serçeşmesi Pir Hacı Bektaş Veli'dir. Anadolu Alevi-Bektaşileri'nin en büyük piri olarak kabul edilen Hünkar Hacı Bektaş Veli, Nişabur'da doğmuştur (Kılıç, 2006: 148). Tarikat pirlğine giden yolda, İslam'ın Yesevi inanç öğretisinin belirleyici olduğu bilinmektedir. Hacı Bektaş Veli, Hoca Ahmet Yesevi'nin talebesi olan Lokman Perende'den ilim ve terbiye almış, olgunlaştığına kanaat getirildiğinde ise Türkmenleri aydınlatması için Anadolu'ya gönderilmiştir (Kızılkaya, 2019: 12).

Tasavvuf inancına göre, Hacı Bektaş Veli, tanrıdan Muhammed peygambere gönderildiğine inanılan (elif taç, hırka, çerağ, sofrâ, âlem ve seccade gibi) bazı emanetleri Hoca Ahmed Yesevi dergâhından teslim alarak Anadolu'ya İslam'ı yaymak için getirmiştir. Hacı Bektaş Veli'nin doğum ve ölüm tarihleri ile ilgili olarak literatürde 1248-1337 ya da 1208 (1209) – 1271 yılları arası belirtilmektedir. Ancak, Türk toplumunun düşüncesinde manen Hacı Bektaş Veli hiç ölmemiştir. Bir sıkıntıda kaldığında hala kendisinden yardım istendiği görülmektedir. Anadolu'da özellikle İslam'ın yayılmasında etkin rol oynayan Mevlana, Ahi Evran, Sarı Saltuk, Yunus Emre gibi birçok tasavvuf önderini bir araya toplamıştır. Osmanlı İmparatorluğu'nun kuruluşunda da manevi katkısı bulunmaktadır. Hacı Bektaş Veli'nin eserleri şu şekildedir; Velâyet-Nâme-i Hacı Bektâş-ı Velî, Makâlât, Makâlât-ı Gaybiyye ve Kelimât-ı Ayniyye, Şerh-i Besmele, Şathiyye ve Kitâbu'l-Fevâid'dir. Hacı Bektaş Veli'ye ait olduğu düşünülen diğer eserler ise, "Hunda-nâme" ve "Ussu'l-Hakika"dır (Çiftçi ve Akova, 2016: 190).

Pir'in tasavvuf anlayışı, temelleri Hoca Ahmet Yesevi dergâhına dayanan "4 kapı" felsefesine dayanmaktadır. Eski Türk inancında dört mevsim ve dört yön kutsaldır. Bu anlayıştan esinlenerek oluşturduğu düşünülen 4 kapı inancı bu nedenle kimi zaman dört mevsime benzetilmektedir. Hoca Ahmet Yesevi'nin 4 kapı anlayışı Anadolu'da Hacı Bektaş Veli ile gelişmiş ve Pir, her kapı için 10 makam bildirmiştir. Böylece Anadolu Alevi-Bektaşileri için "4 Kapı 40 Makam" öğretisi ortaya çıkmıştır. Bu 4 kapı "şeriat, tarikat, marifet ve hakikat"tır. 4 kapı öğretisi özetle aşağıdaki gibi ifade edilmektedir (Özgün, 2020: 160):

- Şeriat kapısında; sen sensindir, ben de ben...
- Tarikat kapısında; ben sen olurum, sen de ben...
- Marifet kapısında; benlik duygusu yok olur, ikimiz bir oluruz...
- Hakikat kapısında; ikimiz de yok oluruz, fenafillâh makamıdır ve tek hakikat odur...

Hacı Bektaş Veli'nin en önemli etkisi, İslamiyet öncesi Türk kültürü ile İslamiyet sonrası Türk kültürü arasında güçlü bir köprü kurmasıdır. Anadolu'da başlayıp Balkanlara kadar genişleyen Hacı Bektaş Veli düşünce sistemi, Türk kültürünün yaşatılmasında ve geliştirilmesinde büyük rol oynamıştır. Hacı Bektaş Veli'nin Türk kültürünün sürekliliği ve yaşatılmasına yönelik uygulamalarının başında, Türkçeye verdiği önem gelmektedir. Bektaşilik, Türkçeyi ibadet dili olarak kabul etmiş ve Türkçe şiir geleneğini vazgeçmeden devam ettirmiştir. Farsça ve Arapçanın hâkim olduğu bir dönemde, Türkçeyi ibadet dili olarak kabul etmek, kültür bilincinin en önemli göstergesidir. Hacı Bektaş Veli ve onun öğrencileri Türk kültürünün, kültürlerarası mücadelede, sürekli ve güçlü bir şekilde yer almasını sağlayarak Türkçe'nin, büyük destekçileri arasında yer almışlardır (Işık, Akdağ ve Türk, 2010: 176).

3. Hacı Bektaş Veli Dergâhı ve Külliyesi

Hacı Bektaş Veli, Hoca Ahmet Yesevi'nin talebesi olan Lokman Perende'den ilim ve terbiye aldıktan sonra, Türkmenleri aydınlatması için Anadolu'ya gönderilmiştir. Hacı Bektaş Veli'nin Anadolu'ya geldiğinde konakladığı ilk yerin Eskişehir civarındaki Seyyid Battal Gazi Tekkesi olduğu, burada bir süre kaldığı ve burada ikamet ederken Osmanlı Devleti'nin ikinci hükümdarı olan Orhan Gazi'nin kendisini ziyaret ettiği rivayet edilmektedir. Eskişehir'den ayrıldıktan sonra Kırşehir yöresindeki Sulucakarahöyük adı verilen yeri mekân tutmuştur. Burada Anadolu'daki Türkmenleri İslami eren

öğretisi üzerine aydınlatmak için üç yüz altmışaltı kadar mürit yetiştirdiği iddia edilmektedir. Yetiştirdiği müritler, Anadolu'dan Rumeli'ye kadar geniş bir coğrafyaya yayılarak, Hacı Bektaş Veli'nin, İslami eren öğretisinin yayılmasına katkı sağlamışlardır. Pir'in, yetiştirdiği bu müritler, gittikleri her yerde Sulucakarahöyük'teki tekke/dergâh/hangâh olarak adlandırılan yapı tarzını örnek alarak, benzerlerini inşa etmiş ve böylece o bölgelerin Türkmen kültürüyle renklendirilmesine öncülük etmişlerdir (Kızılkaya, 2019: 12).

Nevşehir'in bugünkü adıyla Hacı Bektaş Veli İlçesi'nde bulunan dergâhın inşası Hacı Bektaş Veli'nin yaptırdığı Kızılca Halvet (Çilehane) ile başlamıştır. Osmanlılar döneminde yapılan eklemelerle bir dergâh ve külliye halini almıştır. Dergâh, batıdan doğuya uzanan üç avlu ve bu avluların etrafında oluşturulmuş yapılardan oluşmaktadır. Dergâhta avlular içerisinde yer alan aş evi ve mescit gibi çeşitli yapıların yanında en öne çıkan bölümler Huzur-u Pir ve türbe ile Balım Sultan Türbesi'dir. Dergâh, 1964'den beri müze olarak hizmet vermektedir (Bingöl, 2007: 506-507).

Resim 1. Hacı Bektaş Veli Külliyesi Yerleşim Planı



Kaynak: (Çiftçi ve Akova, 2016: 192)

Birinci avlunun en önemli yapılarından birisi “Üçler Çeşmesi”dir. Bu çeşme üç kurnalı bir çeşme olup etrafı renkli taşlarla süslenmiştir. Çeşme'nin Arapça harflerle yazılmış bir de kitabesi bulunmaktadır. “Dergah Avlusu” da denilen ikinci avlunun ortasında büyük bir havuz yer almaktadır. Bu avluda bir de Klasik Mısır üslubunda yapılmış “Aslanlı Çeşme” bulunmaktadır. Dergahı ziyaret edenler bu çeşmeden akan suyu kutsal kabul ederler. İkinci avlunun sağında camii ve aşevi, solunda ise mihman evi, meydan evi ve kiler evi bulunmaktadır. Üçüncü avlunun ismi “Hazret Avlusu”dur. Bu avluya altılar Kapısı denilen genişçe bir kapıdan giriş yapılmaktadır. Bu kapıdan avluya giriş yapıldığında tam karşıda Pir'in türbesi yer almaktadır. Avluda ayrıca geniş bir bahçe ve sağ tarafta Bektaşî derviş ve babalarının mezarları yer almaktadır. Avludaki Pir Türbesi'nin yer aldığı yapıya “Ak Kapı” adı verilen ve Selçuklu motifleri ile süslenmiş olan bir kapıdan girilmektedir. Girişte bir koridor yer alır ve bu koridorun sağında dergahın ilk ve çekirdek yapısı olduğu belirtilen “Çilehane” yer almaktadır. Pir'in sandukasının yer aldığı türbe odasının hemen önünde Kırklar Meydanı adı verilen geniş bir salon yer almaktadır. Bu salonda Alevi-Bektaşî inancının kutsal ve önemli sembelleri sergilenmektedir (Bingöl, 2007: 507-509).

Resim 2. Hacı Bektaş Veli Külliyesi Görünümü



Kaynak: <https://mapio.net/pic/p-61075260/>

Hacı Bektaş Veli'nin ölmeden önce neyi var ise Hatun Ana (Kadıncık Ana) adlı bir kadına emanet ettiği ve Orhan Gazi tarafından yaptırılan dergâhının şeyhlik makamının yönetimini de Hatun Ana'nın İdris Hoca'dan olan oğluna vasiyet ettiği çeşitli kaynaklarda belirtilmektedir. Hatun Ana, Hacı Bektaş Veli'nin ölümünden sonra mezarının etrafını düzenlemiştir. Mezarın bulunduğu yerin ziyaretgâh olması ise Pir'in ölümünden sonra Abdal Musa adlı müridinin, mezarını ziyaret etmesi ve birkaç gün mezarın yanında kalmasıyla alakalı olduğu rivayet edilmektedir. Abdal Musa'nın ziyaretinden bugüne kadar kutsal bir mekân olarak var olan dergâh, sadece Bektaşiler tarafından değil her dinden, mezhepten, milletten ve meslekten insanlar tarafından ziyaret edilmektedir (Kızılkaya, 2019: 15).

Türbede yer alan taş süslemeler ve diğer bazı mimari özellikler Selçuklu dönemini yansıtmaktadır. Bahsi geçen dönem içerisinde henüz Osmanlı mimari üslubunun gelişmemiş olması nedeniyle, XIV. yüzyılın ikinci yarısında Selçuklu mimari üslubunun etkisinin devam ettiği anlaşılmaktadır. Hacı Bektaş Veli'nin türbesinin dergâhta yer alıyor olması nedeniyle tarikata mensup ileri gelen müritlerin de buraya defnedilmesine neden olmuştur. Tekke içerisinde Hacı Bektaş Veli'den sonra gelen, Resul Bali, Abdal Musa ve Güvenç Abdal gibi tarikatın önemli şahsiyetlerinin kümbetleri bulunmaktadır. Böylece, zamanla dergâhın ziyaretçi sayısı artmış, dini ve sosyal ihtiyaca bağlı olarak türbenin etrafında birçok yeni yapı inşa edilmiştir. Örneğin 1826'da Sultan II. Mahmut tarafından dergâh içerisine bir cami yaptırılmıştır. Bu cami ahali arasında "Nakşibendî Cami"si olarak adlandırılmaktadır. Hacı Bektaş Veli'nin inzivaya çekildiği ve türbesinin bulunduğu ve bir kültür kaynağı olan dergâh, Anadolu'dan Rumeli'ye kadar yayılmış olan geniş bir coğrafya için tasavvufi hayatın önemli bir merkezi haline gelmiştir (Kızılkaya, 2019: 17).

4. Hacı Bektaş İlçesindeki Diğer Ziyaretgâhlar

Alevilik/Bektaşilik öğretisinin doğduğu ve geliştiği yer olması ve 1964 yılında müze olarak açılan Hacı Bektaş Veli Dergâhına ev sahipliği yapıyor olması ilçenin önemli bir inanç turizm merkezi olmasını sağlamaktadır. İlçe merkezinde bulunan Karahöyük'te yapılan kazılarda bulunan ve Hacibektaş Arkeoloji ve Etnografya Müzesi'nde sergilenen tarihi eserlerin, Hacibektaş'ın tüm uygarlıklara ev sahipliği yapmış olduğu göstermektedir. Ancak belirtildiği üzere günümüzde ilçedeki turizm faaliyetleri inanç öğeleri ile sınırlandırılmıştır (www.hacibektas.net, 2021).

İlçede Hacı Bektaş Veli Külliyesi dışında, Bektaş Efendi Türbesi, Balım Sultan Türbesi, Güvenç Abdal Türbesi, Beştaşlar, Hırka Dağı, Han ve Dede Bağı, Çilehane ve Delikli Taş, Minder ve Kulunç Kaya, At Kaya, Hamur Kaya, Kadıncık Ana Evi pek çok kutsal alan bulunmaktadır. Bu bölümde belirtilen kutsal alanlar arasında en çok ziyaret edilen Balım Sultan Türbesi, Beştaşlar, Delikli Taş, Güvenç Abdal Türbesi hakkında bilgi verilmiştir.

4.1. Balım Sultan Türbesi

Hacı Bektaş Veli Dergâhı içerisinde, Hazret Avlusu'nun sağında bulunan Balım Sultan Türbesi, Yavuz Sultan Selim'in kumandanlarından Şehsuvaroğlu Ali Bey tarafından 1519'da yaptırılmıştır. Türbe önünde Hacı Bektaşî Veli ile çağdaş olduğuna inanılan ve Hoca Ahmet Yesevi tarafından Anadolu'ya fırlatılıp düştüğü yer olan Sulucakarahöyük'te yeşeren karadut ağacı bulunmaktadır. Bektaşî inanişinde ikinci pir olarak tanınan Balım Sultan'ın, Bektaşîliğin kurumsallaşarak genişlemesinde büyük payı bulunmaktadır. Dimetoka'da 1462 yılında doğan ve 1516'da Hakk'a yürüyen Balım Sultan'ın türbesi kesme taştan, kare planlı, dışı sekizgen gövdeli, üzeri sekizgen taş bir külâh ile örtülmüş bir yapıdır. Külâhın ucundaki âlem gökyüzüne doğru uçan bir güvercin şeklindedir (aregem.ktb.gov.tr, 2021).

Türbenin girişindeki kalın taş duvarlar arasına iki sütunlu, yuvarlak kemerli bir giriş eklenmiştir. Türbenin içerisinde, kanatlarında ejder ve güvercin heykellerinin bulunduğu büyük bir şamdan ile küçük şamdanlar ve levhalar bulunmaktadır. Ayrıca türbenin kuzeyindeki bir niş içerisinde de Balım Sultan'ın kardeşi Şah Kalender'in mezarı yer almaktadır. Balım Sultan Türbesi ile cami arasındaki alanda dergâha hizmet etmiş 40'a yakın Bektaşî babasının mezarı bulunmaktadır (aregem.ktb.gov.tr, 2021).

4.2. Beştaşlar

Beştaşlar denilen yerin kutsallığı, Velâyetname'de yer alan ve aşağıda belirtilen efsaneye dayanmaktadır (www.cemhaber.com, 2019):

*“Hacı Bektaş Veli Kadıncık ananın evine yerleştikten sonra bir gün davarları gütmeye sırası İdris Hoca'ya gelir. Hacı Bektaş Veli ev halkının işlerinden dolayı onların yerine davarı güder. O zamanlar davarlar ortaklaşa güdüldür ve sıra ile her evden bir kişi bu görevi yaparmış. Hacı Bektaş Veli davarı otlatmaya götürürken kendisi ve kadıncık ana hakkında dedikodu çıkaran ve lakabı İnkâr'a çıkan Sarı, kendine ait dört ineği sürüye katar. Hacı Bektaş; İnkâr Sarı'ya “sen ineklerini sürüye katma, ineklerini kurt” yer der. İnkâr Sarı; Hacı Bektaş'ın bu sözünü dinlemez ve ineklerini sürüye katar. Hacı Bektaş kendisine Taşları şahit kılar ve Taşlar benim şahidim olsun der. Hacı Bektaş akşam olunca davarları otlatarak köye getirir. İnkâr Sarı gelerek kendi ineklerini sorar. Hacı Bektaş ben sana ineklerini sürüye katma demedim mi? Senin ineklerini Kurt yedi der. İnkâr Sarı Beştaşlar bölgesine gider bakar ki iki ineği kurt yemiş iki inekte orada otlamakta. **Beştaşlar dile gelir, şahitlik eder.** Bunun üzerine İnkâr Sarı Hacı Bektaş'ı kadiya şikâyet eder. Kadı gelince olanı biteni Kadiya anlatır. Kadı; Hacı Bektaş'tan şahit ister. Bunu üzerine ben Allah'ın huzurunda taşları şahit gösterdim der. Elini kaldırıp işaret edince uzaktan beş taş koparak huzura gelir ve Hacı Bektaş'ın taşları şahit gösterdiğine dair dile gelerek şahitlik ederler. Kadı Beş Taş'ın gelerek dile gelmesini gördüğü halde inanmaz ve Hacı Bektaş'a “sen büyücüsün, sihir yapıyorsun” der. Bunu üzerine Hacı Bektaş, Kadı'ya “Sen de taş ol” der ve Kadı Beş Taş'ın biraz ilerisinde taş olur. O gün bu gündür Allah'ın velilerinin Serçeşmesi olan Hacı Bektaş-ı Veli'nin kerameti dilden dile yayılır ve ziyaretçiler “Beştaş” olarak adlandırılan taşları ziyarete gelirler...”*

Hacı Bektaş İlçesi'ne 5 km. mesafede yer alan Çivril Köyü yakınlarında bulunan ve yukarıda anlatılan efsanenin geçtiği yer olduğu için kutsal sayılan bu alanda dik duran, “şahit taşlar” olarak da adlandırılan 5 adet taş ve onların ilerisinde tek başına duran bir diğer taş daha yer almaktadır. İlçede en çok ziyaret edilen yerlerden biri olarak bilinmektedir (Bingöl, 2007: 512).

4.3. Delikli Taş (Çilehane)

Hacı Bektaş İlçesi'nin 3 km doğusunda, Arafat Dağı'nda bulunan bir mağaradır. Aslında mağaradan daha çok bir taş kovuğuna benzemektedir. Hacı Bektaş-ı Veli'nin bu mekânda Halvette bulunduğu inanılmaktadır. Halk arasında bu delikten geçenlerin huzur bulduğuna, günahlarının olmadığına veya af

olduğuna, geemeyenlerin ise gnahkr olduğuna inanılmaktadır. ilehaneden biraz aşağıda suyunun şifalı olduğuna inanılan Zemzem eşmesi yer almaktadır. Arafat Dağı’nda ayrıca Hacı Bektaş-ı Veli, Yunus Emre ve bazı Anadolu ozanlarının anıtları ile çok amaçlı bir kültür merkezi de bulunmaktadır (www.nevsehir.gov.tr, 2021).

4.4. Güvenç Abdal Kümbeti (Türbesi)

Hacı Bektaş Veli Derghi içerisinde, Kırklar Meydanı’nın batısındaki sekinin güneyinde Güvenç Abdal Kümbeti yer almaktadır. Kare planlı (4,25 × 4,25 m.) kümbetin sivri beşik tonozu iki kemerle takviye edilmiş, doğu ve güney duvarlarına birer mazgal pencere açılmıştır. Yan yana yer alan üç sandukadan doğudaki Güvenç Abdal’a, diğer ikisi menkıbelerde belirtildiği üzere “dünya güzeli” olarak anılan eşiyle onun cariyesine ait olarak belirtilmektedir. Buraya doğudaki sekiden iki basamakla çıkılmakta, bu kot farkının alttaki cenazelikten kaynaklandığı anlaşılmaktadır (Tanman, 1996: 471).

5. İlçenin İnanç Turizmi Potansiyelinin Değerlendirilmesi

Kutsal kabul edilen mekânlara ziyaret gerçekleştirmek, dini etkinliklere katılım sağlamak ve söz konusu etkinlikleri yakından takip etmek, dini ritüelleri ve sorumlulukları ifa etmek, kutsal ve bilinen mekânları yakından görmek gibi çeşitli amaçlar etrafında gerçekleştirilen (Usta, 2016) inanç turizmi açısından sahip olduğu kültürel ve dini çekim unsurları ile önemli bir konum edinen Hacıbektaş, Nevşehir il sınırları içerisinde yer alıp Kozaklı, Avanos, Gülşehir ilçeleriyle ve Kırşehir ili ile komşuluk sınırlarını paylaşmaktadır (<http://www.hacibektas.com>).

İç Anadolu Bölgesinde, Nevşehir iline bağlı bir ile olan Hacıbektaş’ın yzlcm 666 km’dir. İlçe, kuzeydoğuda Kozaklı, doğuda Avanos, güneyde Gülşehir ilçeleri; batı, kuzeybatı ve kuzeyde de Kırşehir iliyle çevrilidir. Kızılırmak Havzası’nın orta bölümünde yer almaktadır ve ortalama yüksekliği 1.250 metre olan platolardan oluşmaktadır. Nevşehir’e 45 km, Kırşehir’e 42 km, Kayseri’ye 90 km, Ankara’ya 230 km uzaklıktadır. İlçenin en büyük yükseltilerini, 1720 metre yüksekliği ile Yeniyapan köyü yakınındaki Kırılga dağı ile Hacıbektaş’ın güneyinde bulunan ve ile merkezine yaklaşık 15 km uzaklıktaki yer alan 1670 metre yüksekliğindeki Hırka Dağı oluşurmaktadır (www.hacibektas.net, 2021).

İlçenin ekonomisi tarıma dayalıdır. İlçe sınırları içerisindeki Kumtepe göleti ve Karaburna beldesindeki sulama göleti, sulu tarım yapma imknı sağlamaktadır. Buğday, arpa, mercimek, nohut, çeker pancarı, ay çekirdeği en çok ekimi yapılan ürünlerdir. İlçe ekonomisine tarımdan sonra önemli katkısı olan bir diğer ekonomik sektör hayvancılıktır. Ağırlıklı olarak Karaburna beldesinde yapılan bağcılık ve şarap üretimi de ilçenin önemli ekonomik faaliyetleri arasında yer almaktadır (www.hacibektas.net, 2021).

Geçmiş dönemlerde Hacim Köy ve daha sonraki dönemlerde Sulucakarahöyük olarak isimlendirilmiş (İşçen ve İşçen, 2009) ancak Bektaşilik inancının önderi kabul edilen (Nurmuhammedoğlu, 1991) ve tasavvuf ilminin öğretilerine göre birtakım tasavvufi unsurları Hoca Ahmed Yesevi’den teslim alıp Anadolu’da İşlam inancı ve öğretilerini yaymak amacıyla yolculuklarını gerçekleştirdiği düşünülen (Gölpınarlı, 1995) Hacı Bektaş-i Veli’nin bu bölgeye yerleşmesi ve yaşamını sürdürmesi sonucunda, ile günümüzde Hacıbektaş olarak adlandırılmaktadır..

Bektaşilik inancı ile ilişkilendirilen ve ziyaret edilmesi bağlamında Hacı Bektaş Veli Kllyesi, Bektaş Efendi Türbesi, Beştaşlar, Hırka Dağı, Han ve Dede Bağı, ilehane ve Deliklițař, Minder ve Kulunç Kaya, At Kaya, Hamur Kaya, Kadıncık Ana Evi gibi çeşitli mekanları (ifi ,2014) bünyesinde bulunduran Hacıbektaş ilçesi inanç turizmi açısından dikkat çekici bir konumda yer almaktadır. İstatistiki verilerde Hacıbektaş’ın inanç turizmindeki önemli bir potansiyele sahip olduğunu desteklemektedir. Tablo 1’de bu istatistiki bilgilere yer verilmiştir:

Tablo 1: Hacibektaş İlçesindeki Müze Ziyaretçi Sayıları

Müze Adı	2017	2018	2019	2020
Hacı Bektaş Veli Müzesi	523.273	443.160	592.727	115.835
Hacı Bektaş Arkeoloji ve Etnografya Müzesi	17.609	10.487	19.566	5.636
Hacı Bektaş Atatürk Evi	11.306	11.461	16.170	4.678

Kaynak: Nevşehir İl Kültür ve Turizm Müdürlüğü

2018 yılı Kültür ve Turizm Bakanlığı verilerine göre Hacı Bektaş Veli Müzesi en çok ziyaret edilen 10 müze içerisinde yer almış ve 2019 yılında da aynı konumunu korumuştur (<http://www.dosim.gov.tr/>). Müze dışında ziyaret gerçekleştirilen mekânların başında ise Çilehane ve Beştaşlar gelmektedir (Çifçi ve Akova, 2016). Dini ve kültürel mekânların varlığı ziyaretçilerin hem inançlarının gereğini yerine getirmelerine olanak sağlamakta hem de ziyaret gerçekleştirebilecekleri mekân çeşitliliği sunmaktadır.

Hacıbektaş İlçesi'nin inanç turizminde ön plana çıkan bir destinasyon olmasında, Hacı Bektaş-i Veli'nin bölgede yaşaması, Bektaşî inancının merkezi olması, pek çok dini mekâna sahip olması gibi nedenlerin yanı sıra farklı inanç kesimlerinden ziyaretçi alıyor olması da etkili olmaktadır. Özellikle Hacı Bektaş-i Veli anma etkinliklerinin gerçekleştirildiği Ağustos ayı içerisinde ilçeye yönelik ziyaretlerin yoğunlaştığı görülmektedir (Keskin, Koçak ve Çontu, 2012). Ayrıca ilçede gerçekleştirilen diğer etkinlikler ve kutlamalar ile de ziyaret yoğunluğu daha da artırılabilir bir potansiyele sahiptir.

Hacıbektaş'ı ziyaret edenlerin profili incelendiğinde farklı inanca sahip insanların olduğu görülmektedir ve insanların başlıca ziyaret motivasyonlarının inanç odaklı dini gerekçeler olduğu ön plana çıkmaktadır. Ziyaret motivasyonlarına bakıldığında dua etme ve ibadetleri gerçekleştirme, dilekleri ifade etme ve kabul olan dileklerden sonra tekrar ziyaret etme, ruhsal olarak dinginleşme, adak adama, manevi aşka erişme gibi farklı gerekçeler olduğu dikkat çekmektedir (Çifçi ve Akova, 2016). İnanç odaklı gerçekleştirilen ziyaretlerin motivasyonlar açısından oldukça geniş bir yelpazesi olduğu ve insanlar arasında bu konuda farklılık olmasının muhtemel olduğu söylenebilmektedir.

Farklı düzeylerde ziyaret motivasyonlarının gerçekleştirilmesine dair inanç turizmi alanında merkezi bir noktada yer alan Hacibektaş İlçesi'nin inanç turizminde dikkat çeken bir destinasyon olmasını sağlayan birtakım olumlu durumsal özellikleri vardır. Bunlar (Keskin, Koçak ve Çontu, 2012):

- İlçede Hacı Bektaş-i Veli'nin türbesinin var olmasının yanı sıra Hacı Bektaş-i Veli Müzesi ve Atatürk Evi gibi hem dini hem de kültürel yapıların bulunması,
- Bektaşî kültürü konusunda özel bir destinasyon olması ve farklı inanca sahip yerel sakinlerin bir bütün içerisinde yaşam sürmeleri,
- İlçede başta Hacı Bektaş-i Veli'yi anma etkinlikleri olmak üzere farklı etkinliklerin, törenlerin gerçekleştirilmesi,
- İlçenin Ankara, Kırşehir, Kayseri gibi illere yakın olması ve Orta Anadolu'da yer almasından dolayı ülkenin diğer bölümlerine ulaşımının kolay olması,
- Gelişim ve yatırıma açık bir durumda olması...

Hacıbektaş'ın inanç turizminde önemli potansiyele sahip olmasında ve gelişimini sürdürmesinde Hacı Bektaş-i Veli ve Bektaşilik etkili olmakla birlikte bu potansiyelin oluşmasına katkı sağlayan Hacibektaş'ın coğrafi konumu, kültür turizmi arzına yönelik çeşitli yapıları gibi unsurlarda bulunmaktadır. Bu unsurlar hem kültür ve miras turizmine katılan insanların ilçede inanç turizmine katılmalarına hem de önceliği inanç turizmi olan insanların ziyaret sürelerinde tatmin düzeylerinin yüksek gerçekleşmesine katkı sağlamaktadır.

Hacıbektaş ilçesindeki inanç turizmine yönelik durum tespiti yapılması ve var olan sorunların tespit edilerek geliştirilmesi amacıyla farklı bilim alanları içerisinde çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Gerçekleştirilen çalışmalar sonucunda hem ilçedeki inanç turizmi için dezavantaj yaratan olumsuz durumlar belirtilmiş hem de bunların çözülmesine dair birtakım öneriler sunulmuştur. Bunlar (Çifçi ve Akova, 2016; Keskin, Koçak ve Çontu, 2012):

- Etkinliklerden daha fazla kişinin haberdar olabilmesi ve katılım sayısının arttırılabilmesi için ilçede gerçekleştirilen etkinliklerin, anma törenlerine yönelik tanıtım çalışmalarının çok daha geniş bir alanda gerçekleştirilmesi,
- Hem ziyaretçilerin konaklama ihtiyaçlarını karşılamak hem de sunulan hizmetlerden memnun olmalarını sağlamaya yönelik olarak ilçede faaliyette bulunan konaklama işletmelerinin kalite ve kapasite düzeylerinin arttırılması için çalışmalar yapılması,
- Sükûnet içerisinde inanç ve turizm faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi için özellikle Hacı Bektaş-i Veli anma etkinlikleri döneminde oluşan yoğun ziyaretçi anlarında yaşanması muhtemel hırsızlık, siyasi ve dini tartışmalar gibi olumsuzlukların engellenmesi için güvenlik önlemlerinin sağlanması,
- İlçeyi hem yerli hem de yabancı turistlerin ziyaret etme sıklığının ve ilçenin tanınırlığının artırılması konusuna katkı sağlanması için Kapadokya başta olmak üzere Nevşehir'in sahip olduğu önemli turistik destinasyonlara gerçekleştirilen tur programlarına Hacıbektaş'ın eklenmesi,
- İlçenin tanıtımı ve imajına yönelik artı bir değer oluşturmak ve yerel halkın ekonomik olarak kazanç elde etmesine olanak vermek için Hacıbektaş destinasyon imajını oluşturabilecek ve insanların zihinlerinde kalıcılığı sağlayabilecek hediyelik eşya olarak kullanılan tanıtım araçlarının oluşturulması ve çoğaltılması,
- Mekânların fiziki yapılarının uzun süreler ile korunması ve inanç turizmi aracılığıyla insanlara sunulması faaliyetinin devam etmesi için ilçede bulunan dini ve kültürel mekânların gerekli restore çalışmalarının belirlenerek doğru zamanda uygun şekilde yapılması önemlidir.

Sonuç

Anadolu'nun kadim halklarından olan Alevi-Bektaşî toplulukları, diğer pek çok inanç sisteminden topluluklarda görüldüğü gibi kurban kesmek, dilekte bulunmak gibi bazı inançsal faaliyetleri gerçekleştirmek üzere seyahat etmektedirler. En çok ziyaret edilen alanlardan birisi de Hacı Bektaş Veli Dergâhının bulunduğu Hacıbektaş İlçesi'dir. Ancak burayı ziyaret eden kişi sayısı sadece müze ziyaretçi sayılarına bakarak belirlenebilmektedir. Yine de bir yerden başka bir yere seyahat ederken ilçeyi ziyaret edenler ya da yakın illerden gelip kurban kesip, dua ve niyazlarını gerçekleştirip aynı gün ilçeden ayrılan gününbirlikçilerin de müze ziyaretçi sayılarına eklenmiş olacağı da unutulmamalıdır. İlçeyi daha uzun ve konaklamalı ziyaretlerin gerçekleştirildiği bir destinasyona dönüştürmek, ilçenin ekonomisini büyük oranda güçlendirecektir.

İfade edilen düşünceler, ağırlıklı olarak tanıtım, imaj, kalite, güvenlik gibi konular üzerinde şekillenmekte ve Hacıbektaş'ın inanç turizmindeki önemini ve konumunu pekiştirecek çalışmaları gerekli kılmaktadır. Bu bağlamda ifade edilmesi gereken birtakım farklı öneriler bulunmaktadır. Bunlar:

- İnanç turizmi açısından önemli olan Hacı Bektaş-i Veli anma etkinliklerine dair tanıtım çalışmalarının sadece ulusal bazlı yapılmaması olabildiği kadar uluslararası sınırlar dahilinde geniş bir coğrafi alanı kapsayacak şekilde yapılması ile yabancı turistlerin Hacıbektaş'a çekilmesi sağlanabilir. Ayrıca gerek ulusal gerekse uluslararası düzeyde yapılması planlanan tanıtım çalışmalarında teknolojinin ve özellikle sosyal medya araçlarının entegre edilmesi ile etkileşim artırılarak Hacıbektaş'ın bilinirliği ve inanç turizmindeki yeri daha somut ve kolay bir şekilde potansiyel turistlere aktarılabilir.
- Sadece konaklama işletmelerinin değil turizm faaliyetleriyle ilişkili olan ve turistlerle etkileşimde bulunan bütün işletmelerin kalite düzeylerinin yükseltilmesi ile inanç turizmi kapsamında Hacıbektaş'a ziyaret gerçekleştirenlerin her bir açıdan tam anlamıyla tatmin olmaları sağlanabilir.

- Hacı Bektaş-i Veli'nin eserlerinin, düşüncelerinin insanlar tarafından bilinmesi için okuma kampanyaları, tanıtım çalışmaları, eserlerin farklı dillerde yeniden basılması gibi faaliyetler ile özellikle genç nesil başta olmak üzere insanlara Hacı Bektaş-i Veli'nin öğretileri ve önemi aktarılabilir. Bu sayede Hacıbektaş'ta inanç turizmi daha da geliştirilebilir.

Kaynakça

- Aksoy, M. (1998). *Türkiye'de İnanç Turizmi ve Seyahat Acentelerinin İnanç Turizmine Olan İlgilerine Yönelik Bir Uygulama. (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.*
- Aksoy, M. (2002). *Türkiye'de İnanç Turizmine Genel Bir Bakış ve Hristiyanlığın Seyahate Verdiği Önem. Dinler Tarihi Araştırmaları-III Sempozyumu, Dinler Tarihi Derneği Yayınları/3, Ankara.*
- Albayrak, A. (2013). *Alternatif turizm. Detay Yayıncılık.*
- Ansari, M., Mahdavejad, M., & Abedi, M. (2012). *The role of Historic and heritage Wealth in sustainable tourism development. Asian Journal of Social Sciences and Humanities, 1(3), 70-77.*
- aregem.ktb.gov.tr. (2021). 07 2021, 30 tarihinde <https://aregem.ktb.gov.tr/TR-12632/balim-sultan-turbesi.html> adresinden alındı
- Bingöl, Z. (2007). *Gelenekten Evrensel Anadolu'da İnanç Turizmi. Ankara: Detay Yayıncılık.*
- Blackwell, R. (2007). Motivations for religious tourism, pilgrimage, festivals and events. *Religious tourism and pilgrimage festivals management: An international perspective, 35-47*
- Cornille, C., 2010 "Empathy and Inter-Religious Imagination", Ed. R. Kearney ve E. R. Patron, *Traversing the Heart, Journeys of the Inter-Religious Imagination, Boston: Koninklijke Brill NV, pp: 107-122.*
- Çifçi, İ. (2014). İnanç turizmi kapsamında Hacı Bektaş Veli külliyesine yönelik bir araştırma. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, İstanbul*
- Çiftçi, İ., & Akova, O. (2016). İnanç Turizmi Kapsamında Hacı Bektaş Veli Dergâhına Yönelik Bir Araştırma. *Türk Kültürü ve Hacı Bektaş Veli Araştırma Dergisi, 183-218.*
- Demircan, Ş. (2014). İnanç Turizminin Yerel Kalkınmadaki Önemi: Midyat Örneği. (Yüksek Lisans Tezi). *Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Muğla.*
- Demir, M., Demir, Ş. Ş., Davras, G. M., Bulgan, G., & Davras, Ö. (2017). Genel turizm: kavramlar ve farklı boyutlarıyla değerlendirme. *Ankara: Detay Yayıncılık.*
- Gölpınarlı, A. (1995). *Manakıb-ı Hacı Bektaş Veli "Vilayet-Name". İstanbul: İnkılap Kitapevi Yayın Sanayi ve Ticaret A.Ş*
- Hacıoğlu, N. (2011). Türkiye'de İnanç Turizminin Geleceği. *Standart Ekonomik ve Teknik Dergi, 591, 26-33.*
- <http://www.dosim.gov.tr/muze-istatistikleri> (Erişim Tarihi: 31.07.2021)
- <http://www.hacibektas.com/index.php?id=hacibektas> (Erişim Tarihi: 31.07.2021)
- <https://www.tdk.gov.tr/> (Erişim tarihi: 16.06.2021)
- İbrahim Çifçi, O. A. (2016). İnanç Turizmi Kapsamında Hacı Bektaş Veli Dergâhına Yönelik Bir Araştırma. *Türk Kültürü ve Hacı Bektaş Veli Araştırma Dergisi, 183-218.*
- İşçen, A.O. ve İşçen Y. (2009). *Kapadokya Gezi ve Yaşam Rehberi, Kapadokya Kültür ve Tanıtım Dergisi. Nevşehir İl Yıllığı.*
- Işık, M., Akdağ, M., & Türk, M. S. (2010). Türk Toplumunda Hacı Bektaş Veli Algısı Üzerine Bir Çalışma. *Türk Kültürü ve Hacı Bektaş Veli Araştırma Dergisi, 173-192.*
- Jackowski, A. (2000). Religious tourism: problems with terminology. *Peregrinus Cracoviensis, (10).*
- Karacoşkun, M. D (2004). Dinî İnanç-Dinî Davranış İlişkisine Sosyo-Psikolojik Yaklaşımlar. *Din Bilimleri Akademik Araştırma Dergisi IV Sayı: 2, 25.*
- Karaman, S., Demirkol G. ve Şahin S. (2008). İnanç turizmi. N. Hacıoğlu ve C. Avcıkurt (Editörler), *Turistik Ürün Çeşitlendirmesi (s.209-238), Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.*
- Keskin, E., Koçak, İ., & Çontu, M. (2012). *Hacıbektaş ilçesinde inanç turizmi.*
- Kılıç, M. C. (2006). *Laik Türkiye İçin Yükselen Alevilik. İstanbul: Kum Saati Yayıncılık.*

- Kızılkaya, O. (2019). Hacı Bektaş Veli Tekkesi'nin Ziyaretgâh Olma Süreci ve XIX. Yüzyılda Yapılan İnşaatlar. *Türk Kültürü ve Hacı Bektaş Veli Araştırma Dergisi*, 11-28.
- mapio.net. (tarih yok). 07 29, 2021 tarihinde <https://mapio.net/pic/p-61075260/> adresinden alındı
- Mélikoff, I. (2019). *Uyur İdik Uyardılar/ Alevilik-Bektaşılık araştırmaları* (5. Baskı). İstanbul: Demos Yayınları.
- Öz, G. (2013). *Aleviliğin Tarihsel Altyapısı Anadolu Erenleri*. Ankara: Kültür Ajans Yayınları.
- Özgün, S. (2020). Hacı Bektaş-ı Veli: Horosan'dan Anadolu'ya Gelen Bir Eren . Ö. Güzel içinde, *Anadolu'da İnanç Turizmi: Fenomenler, Efsaneler, Kişiler ve Mekanlar* (s. 151-166). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Selçuk, İ., Şaylan, G., & Kalkan, Ş. (1991). *Türkiye'de Alevilik ve Bektaşılık*. İstanbul: Hasat Yayınları.
- Stausberg, M. (2012). *Religion and tourism: Crossroads, destinations and encounters*. Routledge.
- Tanman, B. (1996). *TDV İslâm Ansiklopedisi*. İstanbul: Kayıhan Yayınları. <https://islamansiklopedisi.org.tr/haci-bektas-i-veli-kulliyesi> adresinden alındı
- T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü.: 2014 “Alternatif Turizm Türleri, İnanç Turizmi”, T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, (<https://yigm.ktb.gov.tr/TR-10173/inanc-turizmi.html>)
- Tirca, A. M., Stanciulescu, G. C., Chis., A. and Bacila, M. F. (2010). Managing the visitor experience on Romanian religious sites: Monasteries abbots' perceptions. *Management and Marketing Journal*, (1), 5-16
- Usta, K. M. (2005). *İnanç Turizmi Potansiyeli Açısından İznik'in Değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Ana Bilim Dalı. Balıkesir
- Usta, Ö. (2016). *Turizm-Genel ve Yapısal Yaklaşım*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yılmaz, B. S. (2000). *Türkiye'de dini turizm ve Meryem Ana Evi'nin turistik potansiyelinin analizi*. (Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi Tezi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir
- Yılmaz, G. Erdinç, S. B., Küçükali, S. (2013). *İnanç Turizmi Çerçevesinde Antalya Destinasyonunun İncelenmesi: Dinler (Hoşgörü) Bahçesi Örneği*. *Uluslararası İnanç Turizmi ve Hoşgörü Konferansı*
- Wang, W., Chen, J. S. ve Huang, K. (2016). Religious tourist motivation in Buddhist Mountain: The case from China. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*. 21(1), 57-72.
- www.cemhaber.com. (2019). 07 30, 2021 tarihinde <https://www.cemhaber.com/bestaslar-hacibektas.html> adresinden alındı
- www.hacibektas.net. (2021). <https://www.hacibektas.net/index.php?id=hacibektas> adresinden alındı
- www.nevsehir.gov.tr. (2021). 07 30, 2021 tarihinde <http://www.nevsehir.gov.tr/hacibektas> adresinden alındı

YAZARLAR

Gülhan SÖZBİLEN

Ürgüp Sebhat ve Erol Toksöz Turizm Meslek
Yüksekokulu, Seyahat Turizm ve Eğlence Hizmetleri
Bölümü, Kültürel Miras ve Turizm Programı
gulhansozbilen@nevsehir.edu.tr
ORCID No: 0000-0001-6020-453X

Emre YAŞAR

Doktora Öğrencisi, YÖK 100/2000 Doktora Bursiyeri
20030200003@nevsehir.edu.tr
ORCID No: 0000-0003-1573-0930

Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Nevşehir Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Yüksekokulu, Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Bölümünde lisans eğitimini tamamlamıştır. 2012 yılında Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalından bilim uzmanlığı unvanını almıştır. 2016 yılında aynı enstitünün Turizm İşletmeciliği Doktora Programına başlamıştır ve halen devam etmektedir. 04 Aralık 2015 tarihinden itibaren Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Ürgüp Sebhat ve Erol Toksöz Turizm Meslek Yüksekokulu, Seyahat Turizm ve Eğlence Hizmetleri Bölümü, Kültürel Miras ve Turizm Programında Öğretim Görevlisi olarak görev yapmaktadır.

Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümünde lisans eğitimini tamamlamıştır. 2020 yılında Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalında yüksek lisans eğitimini tamamlamıştır. 2020 yılında Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Turizm Araştırmaları Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Bölümünde Doktora Programına başlamıştır ve halen devam etmektedir.

NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ YAYINLARI NO: 30



Ara, bul.

NEVÜ SANAT KOLEKSİYONU



Bilgi için Mülher
Eğret, Bilim ve
Kültür Kurumu

Hacı Bektaş Veli'nin
Vefatının 750.
Yıl Dönümü (1209-1271)
UNESCO İşbirliğiyle Anılması

ISBN: 978-605-4163-47-2