

# SAĞLIĞIN KORUNMASI VE GELİŞTİRİLMESİ 1

EDİTÖR: Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR

## YAZARLAR

Prof. Dr. Birsnel Canan DEMİRBAĞ

Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR

Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN

Öğr. Gör. Ayşe ELKOCA

Öğr. Gör. Beliz YEKELER KAHRAMAN

Öğr. Gör. Meltem ŞAHİN

Öğr. Gör. Mustafa GÜL

Öğr. Gör. Canan SARI

Öğr. Gör. Ezgi ATALAY

Öğr. Gör. Sefa Haktan HATİK

Öğr. Gör. Ömer DEMİRBILEK

Arş. Gör. Sevda UZUN

Arş. Gör. Bahar ÇOLAK

Arş. Gör. Leyla ADIGÜZEL



İKSAD  
Publishing House

# SAĞLIĞIN KORUNMASI VE GELİŞTİRİLMESİ – I

## EDİTÖR

Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR

## YAZARLAR

Prof. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ

Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR

Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN

Öğr. Gör. Ayşe ELKOCA

Öğr. Gör. Beliz YEKELER KAHRAMAN

Öğr. Gör. Meltem ŞAHİN

Öğr. Gör. Mustafa GÜL

Öğr. Gör. Canan SARI

Öğr. Gör. Ezgi ATALAY

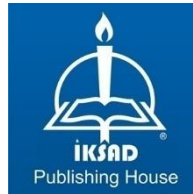
Öğr. Gör. Sefa Haktan HATIK

Öğr. Gör. Ömer DEMİRBILEK

Arş. Gör. Sevda UZUN

Arş. Gör. Bahar ÇOLAK

Arş. Gör. Leyla ADIGÜZEL



Copyright © 2020 by iksad publishing house  
All rights reserved. No part of this publication may be reproduced,  
distributed or transmitted in any form or by  
any means, including photocopying, recording or other electronic or  
mechanical methods, without the prior written permission of the publisher,  
except in the case of  
brief quotations embodied in critical reviews and certain other  
noncommercial uses permitted by copyright law. Institution of Economic  
Development and Social  
Researches Publications®  
(The Licence Number of Publicator: 2014/31220)  
TURKEY TR: +90 342 606 06 75  
USA: +1 631 685 0 853  
E mail: iksadyayinevi@gmail.com  
www.iksadyayinevi.com

It is responsibility of the author to abide by the publishing ethics rules.  
Iksad Publications – 2020©

**ISBN: 978-625-7687-05-8**  
Cover Design: İbrahim KAYA  
December / 2020  
Ankara / Turkey  
Size = 16 x 24 cm

## **İÇİNDEKİLER**

### **EDİTÖRDEN**

### **ÖNSÖZ**

Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR.....1

### **BÖLÜM 1**

#### **SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI**

Öğr. Gör. Mustafa GÜL.....5

### **BÖLÜM 2**

#### **SAĞLIK HİZMETLERİNDE RADYO FREKANS KİMLİK TANIMLAMA**

Öğr. Gör. Ezgi ATALAY, Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR.....25

### **BÖLÜM 3**

#### **DÜNYADA VE TÜRKİYEDE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ VE TARİHÇESİ**

Öğr. Gör. Ömer DEMİRBİLEK  
Öğr. Gör. Sefa Haktan HATIK.....41

### **BÖLÜM 4**

#### **COVID-19 PANDEMİSİNİN AİLE SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ**

Öğr. Gör. Ayşe ELKOCA.....59

## **BÖLÜM 5**

### **COVID-19 PANDEMİSİ ve RİSKLİ GEBELİK YÖNETİMİ**

Öğr. Gör. Meltem ŞAHİN.....81

## **BÖLÜM 6**

### **PNÖMONİ HASTALIĞI ve KORUNMASINDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR**

Öğr. Gör. Beliz YEKELER KAHRAMAN.....101

## **BÖLÜM 7**

### **KAYROPRAKTİK**

Öğr. Gör. Sefa Haktan HATİK

Öğr. Gör. Ömer DEMİRBILEK.....117

## **BÖLÜM 8**

### **ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIMI**

Arş. Gör. Sevda UZUN, Öğr. Gör. Mustafa GÜL.....133

## **BÖLÜM 9**

### **YAŞLI BİREYLER İÇİN EVDE BAKIM MODELİNİN KULLANIMI**

Öğr. Gör. Canan SARI, Arş. Gör. Leyla ADIGÜZEL

Prof. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ.....169

## **BÖLÜM 10**

### **YÜKSEK RİSKLİ BİR AİLE GRUBU: TEK EBEVEYNLİ AİLELER, YAŞADIKLARI SORUNLAR VE HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI**

Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN

Arş. Gör. Bahar ÇOLAK.....191



## ÖNSÖZ

“Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi-I” adındaki bu eser, her yönüyle sağlığımızı koruma ve geliştirmeye yönelik yazılmış çalışmalardan meydana gelmektedir. Sağlık Bakanlığının 2010 yılında ilan edilen ve Bakanlığın hedeflerini gösteren 2010-2014 Stratejik Plan’ında halkın sağlık düzeyini yükseltmek ve geliştirmek nihai amacına yönelik ilk stratejik amaç “Sağlığa yönelik risklerden toplumu korumak” olarak yer almaktadır. Bu stratejik amacın ilk alt hedefi “Birey sağlığının korunması ve sağlık düzeyinin yükseltilmesi için, vatandaşların kendi sağlıkları üzerinde kontrol yeteneklerini artırmak ve sağlıklarını etkileyebilecek konularda karar süreçlerine aktif katılımlarını sağlamak” olarak belirtilmiştir. Bu amaca yönelik olarak, halkın bilinç düzeyinin artırılması ve hastalıkları oluşturan risk faktörleriyle mücadele amacıyla oluşabilecek risklerin belirlenerek hastalıklar oluşmadan gerekli önlemlerin alınması ve böylece hastalıklara bağlı kalıcı sakatlıkların, iş gücü kayıplarının ve sağlık harcamalarının azaltılması için sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik davranış değişikliği oluşturulması önemlidir. Bu eserde, sağlığın korunması ve geliştirilmesi alanında yazılmış çalışmalara yer verilmiştir.

Bu bağlamda, ilk bölümde Gül, sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasını incelemiştir. Sağlık sektörü içerisinde önemli bir yere sahip olduğunu ve bu alanın en başında olan sağlık hizmetlerinin ileri seviyeye ulaşmasının bir ülkenin kalkınmışlık seviyesiyle doğru orantılı olduğunu vurgulamıştır. İkinci bölümde Atalay ve Ulutaşdemir, sağlık hizmetlerinde radyo frekans kimlik tanımlama sistemini çalışmıştır.



Radyo Frekans Kimlik Tanımlama (RFID) sistemi, veri toplama ve aktarımı için radyo dalgalarını kullanan hızlı gelişen teknolojiler günümüzde durumu ve önemi üzerinde durulmuştur. Üçüncü bölümde Demirbilek ve Hatık, Dünya’da ve Türkiye’de acil sağlık hizmetleri ve tarihçesini incelemiştir. İnsanlığın tarihi ile aynı yaşta olan hastalık, kaza ve yaralanmaların, her dönem içinde insanların yaşamını tehdit ettiğine, yaşam kalitelerini düşürdüğüne ve günlük yaşamlarını aksattığına vurgu yapmıştır. Dördüncü bölümde Elkoca, COVID-19 pandemisinin aile sağlığı üzerine etkilerini incelemiştir. Çalışmasında COVID-19 pandemisin insan sağlığı ve yaşamı üzerine etkilerini ve bu etkilerin aile sağlığı üzerine etkilerini vurgulamıştır. Beşinci bölümde Şahin, COVID-19 pandemisi ve riskli gebelik yönetim durumunu irdelemiştir. Bütün insanlar için risk oluşturan COVID-19 enfeksiyonunun, gebeler üzerindeki etkilerini ve riskli gebelik yönetiminin son derece önemli olduğunu vurgulamıştır.

Altıncı bölümde Yekeler Kahraman, pnömoni hastalığı ve korunmasında güncel yaklaşımları irdelemiştir. Ülkemizde ölüm nedenleri arasında pnömoninin beşinci sırada, bulaşıcı hastalıklara bağlı ölüm nedenleri arasında ise birinci sırada yer aldığını vurgulamıştır. Yedinci bölümde Hatık ve Demirbilek, kayropratik çalışmışlardır. Bu çalışmada fizik tedavinin son dönemlerde gözde alanlarından biri olan kayropratik yönteminin ne olduğu, neler içerdiği ve uygulama alanlarını irdelenmiştir. Sekizinci bölümde Uzun ve Gül, anksiyete bozukluklarında tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımını incelemiştir. Psikiyatrinin önemli hastalıklarından olan anksiyete

bozukluklarını ve bu durumda olan hastaların kullandıkları alternatif tedavi yöntemlerini irdelemiştir. Dokuzuncu bölümde Sarı, Adıgüzel ve Demirbağ, yaşlı bireyler için evde bakım modelinin kullanımından bahsetmiştir. Ayrıca Dünyada hastalıklar ve yaşlı nüfus arttıkça evde bakımın öneminin arttığına vurgu yapmıştır. Onuncu ve son bölümde ise Kahriman ve Çolak, yüksek riskli bir aile grubu olan tek ebeveynli ailelerin yaşadıkları sorunlara değinmiştir. Tek ebeveynli ailelerin yaşadıkları zorluklar karşısında hemşirelerin sorumluluklarının neler olduğunu açıklamıştır.

Eserin hazırlanmasında emeği geçen tüm yazarlara, İKSAD Genel Başkanı Sayın Mustafa Latif Emek'e, Başkanışman ve Yayın Grubu Başkanı Sayın Sefa Salih Bildirici'ye, Yayın Grubu Tasarımcısı Sayın İbrahim Kaya'ya bu eseri bilimsel literatüre kazandıkları için teşekkür ederim.

Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR  
Gümüşhane, Aralık 2020



# BÖLÜM 1

## SAĞLIK HİZMETLERİNİN SINIFLANDIRILMASI

Öğr. Gör. Mustafa GÜL<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Amasya Üniversitesi, Sabuncuoğlu Şerefeddin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Amasya, mustafagul@amasya.edu.tr



## GİRİŞ

Sağlık sektörü içerisinde sağlık hizmeti önemli bir yere sahip hatta bu alanın en başındadır. Sağlık hizmetlerinin ileri seviyeye ulaşması bir ülkenin kalkınmışlık seviyesiyle doğru orantılıdır. Sağlık hizmetlerinde bireyin sağlığının korunmasına, hastalıkların tedavisine, azalan fiziksel ve ruhsal becerilerin rehabilitasyonuna yönelik olarak yapılan çalışmaların tümünü ifade etmekte ve toplumun sağlık statüsü üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır. Bu nedenle sağlık sisteminin sınıflandırılarak profesyonel bir seviyeye ulaşması rekabeti ve kaliteyi artırarak refah seviyesini ileriye taşıyacaktır.

Bireyler açısından sağlık, hasta olmama hali olarak tanımlanmakta iken; hekimler açısından sağlık, durumundaki en küçük bir sapma hastalık olarak kabul edilmekte ve bireyin sağlıklı olmadığı belirtilmektedir (Öztek, 2001). Her insanın temel hakkı olan sağlık kavramı kişilere, kültürlere, disiplinlere ve zamana göre farklılık göstermektedir(Palazoglu, Kahraman, Elkoca, & Danaci, 2018).

Bugün herkesçe kabul edildiği gibi sağlıklı yaşamak temel bir insan hakkıdır ve insanlar, sağlıklı yaşayabilmek için günümüzde sağlık hizmetlerinden daha fazla faydalanmaktadır. Teknolojinin gelişmesi, dünyanın küresel bir hal alması ve yaşam seviyesinin yükselmesi ile, kişiler sadece tedavi olmakla yetinmemekte, sağlığı koruyucu ve geliştirici uygulamalara da ilgi göstermektedir (Kumbasar ve Arslan Kurtuluş, 2016).

Geçmiş dönemlerde ve geleneksel anlayışların birçoğunda sağlık kavramının tanımı, hastalık ve sakatlığın olmayışı olarak ifade edilmiş ve tanımlanmıştır. Tanımın tam olarak böyle yapılması, hastalık durumunu ön plana çıkarmış, insan sağlığı bu kavrama bağlı olarak değerlendirilmiş ve hastalık belirtileri veya engelliliği olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir (Tengilimoğlu ve ark., 2012).

Sağlığın tanımına ilişkin kabul edilen en genel tanım DSÖ tarafından yapılan sağlık tanımıdır. Bu tanım 19-22 Haziran 1946 yılında New York'ta düzenlenen Uluslararası Sağlık Konferansı tarafından benimsenen DSÖ Anayasası'nın giriş kısmında yapılan tanımlamadır. Bu Anayasa 22 Temmuz 1946 yılında 61 ülke tarafından imzalanmış ve 7 Nisan 1948'de yürürlüğe girmiştir. DSÖ sağlığı, yalnızca herhangi bir hastalık veya sakatlığın olmaması olarak değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal refah açısından bir bütün olarak iyi olma hali biçiminde tanımlamaktadır (WHO, 2006).

Bu yaklaşım Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığa bakış açısında sosyal ve kültürel ilişkilere de önem verdiğini göstermektedir. Bu nedenle sağlık bir toplumdaki kişilerin sakat ya da hasta olmaması değil, o toplumdaki kişilerin zihinsel, fiziksel, ruhsal, ekonomik, toplumsal ve ekolojik olarak bir bütün halinde tam bir denge ve huzur halinde olmaları olarak tanımlanabilir (Kaplan, 2010).

## SAĞLIK KAVRAMI

Sağlık kavramı yaygın olarak “insanın hastalık ve sakatlığının olmaması yanında beden, ruh ve sosyal bakımdan tam iyilik halinde bulunması” olarak tanımlanmaktadır. Bu kavram ve tanımın Türkçe tam karşılığı “sıhhat, esenlik” veya ilintili olarak “sağaltma, sağaltım” kelimeleri olmakla beraber, “ölü olmamak” anlamındaki “sağ” kökünden türetilen “sağlık” ve benzeri sözcükler, yanlış da olsa, tam bir yaygınlıkla kullanılmaktadır (Sargatun, 2005).

Geleneksel anlayışta sağlık kavramı, yalnızca hastalık ve sakatlığın olmadığı durum olarak algılanmış ve tanımlanmıştır. Ancak bu tanım hastalık kavramını ön plana çıkarmış, dolayısıyla kişilerin/toplumların sağlığı bu kavrama göre değerlendirilmiş ve belirli semptomları veya sakatlığı olmayan herkes sağlıklı olarak kabul edilmiştir (Tengilimoğlu ve ark., 2012).

Bir insanın hasta olması, sadece o insanı ilgilendirmez. Hastalığın, hastaya, ailesine ve topluma birçok olumsuz etkileri vardır. Sağlam bir toplum, ancak bireylerin sağlıklı olması ile mümkündür. Dolayısıyla sağlık bireyin toplum içindeki durumu ile toplumun ekonomik ve sosyal yönden gelişmesini etkiler. Öyleyse, bu hakkın en üst düzeye çıkarılması bütün toplumların sosyal bir hedefi olmalıdır (Baloğlu, 2006).

Sağlık kavramı objektif ve sübjektif olarak da ikiye ayrılabilir. Sübjektif anlamda sağlık, bireyin kendisini iyi hissetmesi, görev ve sorumluluğunun bilincinde olarak görevlerini yerine getirmesi olarak



tanımlanabilir. Objektif anlamda sağlık ise, kişinin bir hekim tarafından gerekli inceleme, tahlil ve muayenesinin yapılmasından sonra kişiye atfedilen durum olarak tanımlanabilir (Baran, 2005).

Sübjektif sağlık kavramı kişinin kendini fiziksel, zihinsel, ruhsal ve toplumsal açıdan nasıl hissettiği ve bunu algılama şeklidir. Bu koşulların varlığı ve algılama şekli birey ve topluma göre farklılık gösterir, yani sübjektiftir. Aslında sübjektif sağlıkta tanımlanan fiziksel, zihinsel, ruhsal ve toplumsal açıdan iyi hissetme durumu, bireylere, toplumlara ve bunların sahip oldukları çevre, beslenme, gelir, eğitim, gelenekler gibi koşullara bağlı olarak ortaya çıkmakta ve değişiklik göstermektedir (Mutlu ve Işık, 2005).

Objektif sağlıkta ise karşımıza daha genel koşulların çıktığı görülür. Neyin hastalık olup olmadığı, sağlık kavramıyla neyin ifade edilmek istendiği konusunda özellikle bu alanda çalışan doktorlar ve tıbbi personel arasında bir görüş birliği vardır. Bu görüş birliğine göre objektif sağlık, doktor muayenesi ve yapılan test sonuçlarına göre belirlenen bir hastalığın olmayışı hali olarak tanımlanmaktadır. Bu alandaki uzman kişilerin, sağlık durumu incelenen birey konusunda sağlıklı diyebilmeleri, kişinin kendini nasıl hissettiğine bağlı olarak değil elde edilen analiz sonuçlarına göre değerlendirilmektedir (Mutlu ve Işık, 2005).

Klasik tıp anlayışına göre ise sağlık, özünde biyolojik ve psikolojik bir durumdur (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010). Buna göre biyolojik açıdan sağlık, “bedenin her hücresinin optimal düzeyde işlev görmesi ve her

hücrenin diğerleri ile mükemmel uyum durumundaki işlev yeteneği”; psikolojik yönden sağlık ise bireyin beklenmedik bir durumla karşılaşmasında duyguları ile duruma ve çevresine gösterdiği uyum yeteneği şeklinde ifade edilebilir (İnceslesli, 2005).

## **SAĞLIK HİZMETİ KAVRAMI**

Dünya Sağlık Örgütü sağlık hizmetlerini; “Belirli sağlık kuruluşlarında, değişik tip sağlık personelinde yararlanarak toplumun gereksinme ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem” olarak tanımlamaktadır (Öztürk, 2005).

Sağlık hizmetleri, toplumdaki bireylerin yaşam sürelerini, kuvvetlerini ve dirençlerini, enerjilerini ve canlılıklarını etkileyen tüm faaliyetleri içine almaktadır (Orhaner, 2006).

1961 yılında çıkarılan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun sağlık hizmetlerinin tanımını şöyle yapmıştır: “Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedensel ve ruhsal melekeleri azalmış olanların ise alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir (Kumbasar ve Arslan Kurtuluş, 2016).

Sağlık hizmetlerini diğer hizmet türlerinden ayıran birçok farkı bulunmaktadır. Bu farklar şu şekilde sıralanabilir;

- Sağlık hizmetlerinin tüketimi tesadüfidir. Bunun sonucunda sağlık hizmeti talebi önceden tahmin edilemez. Diğer bir deyişle sağlık hizmetlerinde dengeli bir arz ve talep ilişkisi bulunmamaktadır.
- Sağlık sektöründe tüketiciler satın alacakları mal ve hizmetlerin niteliği ve niceliğini tayin edemezler.
- Sağlık hizmetleri standart değildir ve tüketiciler satın aldıkları hizmetin özellikleri hakkında sınırlı bilgiye sahiptirler.
- Hastanın hastalık riskine bağlı olarak yapacağı masraflar belirsizdir.
- Sağlık hizmetlerinde homojenlik sağlamak çok güçtür.
- Sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemezler (Yazgan, 2009).

Buradan hareketle sağlık hizmetleri, bireylerin veya toplumun bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan bir bütün olarak tam bir iyi olma halini ortaya koyabilmesi için yapılan her türlü hizmet olarak tanımlanabilmektedir (Çoban, 2009).

## **SAĞLIK HİZMETİNİN SINIFLANDIRILMASI**

Sağlık kuruluşlarının verdikleri hizmetler bir bütündür. Bölümlerine ayırmak mümkün değildir. Ancak sağlık hizmetleri bir bütün olmakla beraber anlaşılabilirliği sağlamak amacıyla literatürde ayrımlara gidildiği görülmektedir (Güllülü ve ark., 2008).

Kişilerin hastalanmalarını önlemek, hastalıklardan korumak, sağlıklı olarak yaşamlarını devam etmelerini sağlamak, sağlık hizmetlerinin öncelikli hedeflerindedir. Alınan önlemlere rağmen toplumun

bütününü hastalıklardan korumak her zaman için mümkün olmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin ikinci amacı hastalanan bireylerin tedavi edilmesidir. Tedaviden sonraki süreçte bireyde sakatlık hali oluşmuş ise rehabilitasyon hizmetleri ile bireyin hayatını daha kaliteli bir şekilde devam etmesi amaçlanmaktadır (Akkavak, 2018).

Sağlık hizmetleri, sağlık personeli tarafından sağlık kuruluşlarında;

1. Kişileri hastalıklardan korumak,
2. Hasta olduklarında tedavi etmek,
3. Hastalık veya sakatlık nedeniyle sağlığını kaybedenlerin rehabilitasyonlarını yapmak üzere üç grup halinde sunulur (Sözen, 2002).

### **Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Koruyucu sağlık hizmetleri Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki yönergede şöyle tanımlanmaktadır. “Kişileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir” (Somunoğlu ve ark., 2012).

Koruyucu sağlık hizmetleri, insanların hasta olmasını önleyecek birtakım tedbirlerle, tehlike meydana gelmeden tehlikeye karşı mücadeledir (Gümüş, 2005; Tengilimoğlu ve ark., 2012).

Toplumda hastalık ihtimali azaltılırsa, bütün toplum üyeleri rekabet olmaksızın bundan faydalanır. Toplumun üyelerinden sadece biri için bu ihtimalin azaltılması hepsi için azaltılması demektir. Bu nedenle

koruyucu sağlık hizmetleri, dışsal faydası en fazla olan sağlık hizmetidir (Kenan Bulutoğlu, 1977).

Koruyucu önlemlere rağmen hastalıkların oluştuğu durumlarda klinik hekimlik devreye girer. Sağlık hizmetlerinde koruyucu hizmetler ve tedavi edici hizmetler birbirini tamamlayan uygulamalardır (Bilir ve Basan, 2016).

### **Bireye Dönük Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, doğrudan bireylere yönelik temel sağlık hizmetleri ya da birinci basamak sağlık hizmetleri diye de adlandırılan hizmetlerdir (Gümüş, 2005).

Bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerini; doktor, hasta bakıcı, hemşireler vb. sağlık çalışanlarının vermiş olduğu hizmetler oluşturur (Payzin, 2019).

Bireyleri ve buldukları toplumu hastalıklara karşı güçlü ve dirençli kılmayı, hastalanmaları durumunda erken teşhis ile uygun tedavi uygulayarak hasarsız ya da en az hasarla tedavi olmalarını sağlayan hizmetler koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde yer alır (ifti, 2011).

Toplumda özellikle hassas gruplarda yer alan bireylere (yaşlı, engelli, hamile vb.) koruyucu sağlık hizmetlerinin ulaştırılması çok önemlidir. Genellikle toplumdaki soyutlanmış olarak yaşayan ve öz bakımlarında yetersiz kalan engelliler için kapsamlı bir sağlık eğitimi verilmesi önem taşımaktadır. Engelli olmak bir anlamda yaşamın tümünü engelle birlikte yaşamaktır. Engelli ebeveyne olduğu kadar ona destek olacak

hekime, hemşireye ve öğretmene çok büyük görevler düşmektedir (Ulutaşdemir, 2007).

### **Çevreye Dönük Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri; çevremizdeki ekonomik, sosyolojik, biyolojik ve fiziksel çevre koşullarının olumsuz etkenlerini yok ederek, düzelterek ya da insanları etkilemelerini önleyerek kişilerin sağlığını korumayı amaçlar (Tengilimoğlu ve ark., 2012).

Bu alanda özel eğitim görmüş teknisyen, veteriner, kimyager, mühendis gibi meslek guruplarınınca çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri yürütülür. Hava kirliliği ile mücadele, konut sağlığı, endüstri sağlığı, katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi, yeterli miktarda temiz su sağlanması bu amaca yönelik faaliyetlerdir (Çiftçi, 2011).

### **Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

İnsanlar günlük yaşamlarında bazı kazalara, yaralanmalara ve hastalıklara maruz kaldığından dolayı bireylerin sağlıklarında birtakım bozulmalar olmaktadır. Bu bozulmalarla ortaya çıkan hastalık ve sakatlık halinin iyileştirilmesine, yok edilmesine yönelik verilen hizmetler tedavi edici hizmetler adını alır (Somunoğlu ve ark., 2012).

Tedavi amaçlı sağlık hizmetleri, tamamlayıcısı niteliğinde olduğu koruyucu sağlık hizmetlerine göre daha yüksek maliyet içermekte, aynı zamanda kompleks bir şekilde organize olmuş ekipman ve personele sahip kuruluşlar gerektirmektedir (Altay, 2007).

Tedavi hizmetleri üç basamaklı bir örgüt tarafından yürütülür (Türk-İş, 1982; Durmuş ve Özdemir; 2005). Buna göre tedavi edici sağlık hizmetleri kendi içinde birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri, üçüncü basamak tedavi hizmetleri olarak ayrılır (Baran, 2005; Narlı, 2009).

### **Birinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Vatandaşların değişik sebeplerle başvurmuş olduğu sağlık kurumlarından ilki olup, kişilere bu kurumlarda arz edilen sağlık hizmetidir demek mümkündür. Söz konusu sağlık hizmeti, dünyanın değişik ülkelerinde, değişik biçimlerde arz edilmektedir. Fakat burada müşterek bir hususiyetten bahsedebilmek mümkündür. Birinci basamak sağlık hizmetleri, dünya ülkelerinin sağlık sistemlerinin olmazsa olmazlarıdır (Boerma, 2003'den Akt. Öcek ve Soyer, 2007).

Sağlık hizmetleri içinde topluma en yakın olanı ve en çok kullanılanı birinci basamak sağlık hizmetleridir. Sağlık sisteminde basamaklar arasında ilişki olması gerekir. Pek çok ülkede, bireylerin önce birinci basamak sağlık hizmetlerini kullanması yönünde bir zorunluluk vardır. İkinci ve üçüncü basamakların kullanımı, birinci basamaktan geçerek ve birinci basamağın uygun, gerekli görmesi ile olanaklı olabilir (Bıyıklı, 2007). Ülkemizde özel poliklinikler, muayenehaneler, dispanserler ve sağlık merkezleri bu grupta hizmet veren kurumlardır (Tokay, 2000).

## **İkinci Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Yaralıların ve hastaların hastanelere yatarak teşhis ve tedavi edilmeleri ikinci basamak tedavi hizmetlerine girmektedir. İkinci basamak tedavi hizmetleri genel hastanelerden oluşmaktadır. Birinci basamak tedavi hizmetlerinden sevk edilen hastalar ve yaralılar muayene edilerek;

- Kişinin rahatsızlığına bağlı olarak ayakta veya evde tedavi istenilebilir.
- Özel dal hastanelerine ihtiyaca bağlı olarak sevk edilebilir.
- Kişinin rahatsızlığına bağlı olarak ayakta tedavinin yanı sıra yatarak teşhis ve tedavi öngörülebilir (Akar ve Özalp, 2000).

## **Üçüncü Basamak Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmetleri ileri tektik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için düzenlenen sağlık hizmetleridir (Hayran ve Sur, 2007). İleri tetkik ve tedavi gerektiren hastalıklar için sunulan sağlık hizmetleridir.

Başka bir deyişle; özel bir yaş grubuna (çocuk hastalıkları hastanesi gibi), cinsiyete (jinekoloji ve doğum hastaneleri) veya hastalığa (onkoloji hastanesi, deri ve zührevi hastalıklar hastanesi, ruh ve sinir hastalıkları hastanesi gibi) hizmet veren, alanda gelişmiş teknolojiye ve uzman kadroya sahip, yataklı tedavi kuruluşlarından oluşan hizmetler üçüncü basamak sağlık hizmetleridir. Bu hizmetleri veren birimlere” üçüncü basamak tedavi kuruluşları/birimleri” denir. Bunların



Türkiye'deki örnekleri; eğitim ve araştırma hastaneleri, üniversite hastaneleri, özel dal hastaneleri ve özel hastanelerdir (Kumbasar ve Arslan Kurtuluş, 2016).

## **Rehabilitasyon Hizmetleri**

Rehabilitasyon, bedensel ya da ruhsal açıdan sakat kalmış olanların, başkalarına bağımlı olmaksızın yaşayabilmelerini sağlayabilmek için yapılan bütün çalışmaları ifade etmektedir (Öztek, 2001).

Yaşadığı ciddi bir hastalık ya da deprem, yangın gibi doğal afet, trafik veya iş kazası gibi beklenmedik zamanda ortaya çıkan vakâlar sonrasında bedensel ya da ruhsal yönden sakat kalmış olan bireylerin, fiziksel ve sosyal açıdan tekrar sosyo-ekonomik hayata dönmelerini, bu şekilde moral depolamalarını sağlayarak topluma yeniden kazandırılmasını sağlamaya çalışan hizmet çeşidi ise rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleridir (Özkara, 2006).

Bu kişilerin sosyal bakımdan yeterli hale getirilebilmeleri ve üretken bir yaşam sürdürebilmelerinde bu hizmetin ve sosyal çevrenin önemi büyüktür (Filiz, 2010). Bu hizmetlerin kapsamında tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon yer almaktadır (Kılıç ve Aksakoğlu, 1995).

## **Tıbbi Rehabilitasyon**

Bir kimsenin çeşitli sebepler dolayısıyla normal faaliyette bulunamayan organlarını, tedavi ve eğitim uygulamalarıyla, normal hale getirmeye yönelik hizmetlerdir (Akyıldız, 1999).

Tıbbi rehabilitasyon ile ruhen ya da bedenen iş görebilme yeteneğini tamamen ya da kısmen kaybeden bireylerin bu yeteneklerini ortez, protez, işitme cihazı ve tekerlekli sandalye gibi araçlarla mümkün mertebe geri kazandırabilme amaçlanmaktadır (Akdur, 2006).

## **Sosyal Rehabilitasyon**

Sakatlığı ya da özürlü olan kişilerin günlük hayata aktif olarak katılması, başkalarına bağımlı olmadan yaşayabilmesi amacıyla yapılan işe uyum sağlama, iş edindirme veya öğretme çalışmalarını kapsamaktadır (Güleş ve Özata, 2005).

Gelişen ve değişen toplumsal yaşam şartları, rehabilitasyon hizmetlerinin de kapsamını genişletmiştir. Bugün konuşma ve dil terapisi, çocuk gelişimi, meslek danışmanlığı, diyetisyenlik gibi sosyal rehabilitasyon hizmeti sunan uzmanlık alanları oluşmuş durumdadır (Çoban, 2009).

## KAYNAKÇA

- Akar, Ç. ve Özalp, H. (2000). Sağlık hizmetlerinde ve işletmelerinde yönetim. Ankara: Somgür Eğitim Hizmetleri Yayıncılık.
- Akdur, R. (2006). Sağlık sektörü: temel kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği'nde durum ve Türkiye'nin birliğe uyumu. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Akkavak, T. (2018). Türkiye'de sağlık sisteminin gelişimi: Sağlıkta dönüşüm programı (2003-2011). Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Tekirdağ.
- Akyıldız, N. (1999). Sağlık bilgisi, İstanbul: Ya-Pa Yayınları.
- Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. Sayıştay Dergisi, (64), 33-58.
- Baloğlu, B. (2006). Ekonomik ve sosyolojik bakış açısıyla sağlık ve hastalık, İstanbul: Der Yayınları.
- Baran, T. (2005). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tanımı, mahiyeti ve gelişimi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Seminer Çalışması, İzmir.
- Bıyıklı, H. (2007). Sağlık işletmelerinin kurumsal birleşmelerinin müşteri memnuniyeti üzerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Bilir, N., Basan, N.M. (2016). Koruyucu sağlık hizmetlerinde önleme çelişkisi ve nedenleri. TAF Preventive Medicine Bulletin, 15, 1: 11.
- Bulutoğlu, K. (1977). Kamu ekonomisine giriş, devletin ekonomi kuramı. İstanbul: Sermet Matbaası.

- Çiftçi, H.İ. (2011). Sağlık sistemi ve finansmanı: Türkiye ve çeşitli ülkeler. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Çoban, H. (2009). Sağlık ekonomisi ve Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Durmuş, S.H., Özdemir, A. (2005). Sağlık bilgisi el kitabı, İzmir: Zeus Kitapevi Yayınları.
- Filiz, Y. (2010). Ekonomik büyüme ve sağlık harcamaları ilişkisi. Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Güleş, H.K., Özata, M. (2005). Sağlık bilişim sistemleri, Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Güllülü, U., Ünal, S., Erciş, A., Yapraklı, Ş. (2008). Sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyeti, Ankara: Detay Yayıncılık.
- Gümüş, Ö. (2005). Sağlık hizmetleri pazarlamasında hastane yöneticilerinin yaklaşımları. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Hayran, O., Sur, H. (2007). Sağlık hizmetleri el kitabı, İstanbul: Yüce Yayınları.
- İnceslesli, A. (2005). Çalışma ortamında hemşirelerin sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risk faktörlerinin incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana.
- Kaplan, M. (2010). Sağlık ve kültürün buluştuğu alan tıbbi antropoloji. Folklor Edebiyat Dergisi, (16), 64.
- Kavuncubaşı, Ş., Yıldırım, S. (2010). Hastane ve sağlık kurumları yönetimi, Ankara: Siyasal Kitapevi.

- Kılıç, B., Aksakoğlu, G. (1994). Sağlık sistemlerinin sınıflandırılmasına ilişkin kuramsal yaklaşımlar, *Toplum ve Hekim Dergisi*, Özel Sayı, Kasım1994-Şubat 1995.
- Kumbasar, A., Arslan Kurtuluş, S. (2016). Sağlık hizmetleri ve özellikleri. Sağlık Politikaları. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi.
- Mutlu, A., Işık A.K. (2005). Sağlık ekonomisinin temel kavramları, Bursa: Ekin Kitapevi Yayınları.
- Narlı, Y. (2009). Sağlık sektöründe hasta memnuniyetini artırıcı süreç iyileştirme çalışmaları üzerine örnek bir uygulama: Dışkapı yıldırım beyazıt eğitim ve araştırma hastanesi örneği. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Orhaner, E. (2006). Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası, *Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, (1).
- Öcek, Z., Soyer, A. (2007). Birinci basamak sağlık hizmetleri birikimimiz: 2000-2004 Türkiye fotoğrafı, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Özkara, Y. (2006). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin sağlık ekonomisindeki yeri ve önemi: Bir uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Öztek, Z. (2001). Sağlık kavramı ve sağlık hizmetleri. *Yeni Türkiye Dergisi*, (39), 294-299.
- Öztürk, E. (2005). Sosyal güvenlik kurumlarında tek çatı çalışmaları üzerine, *Sayıştay Dergisi* (56), 45-72.
- Palazoglu, C. A., Kahraman, B. Y., Elkoca, A., & Danaci, E. (2018). Health perception of nurses and affecting factors. *New Trends and Issues Proceedings on Advances in Pure and Applied Sciences*(10), 55-61.

- Payzin, G. (2019). Bilgi teknolojileri ve hastane bilgi sistemleri kullanımı: sağlık çalışanları üzerine bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Osmaniye.
- Türk-İş. (1982). Sağlık hizmetleri ve işçi sağlığı ailelerinin sağlık sorunları. Modern Yönetim Semineri, Türk-İş Yayınları [http://www.ttb.org.tr/n\\_fisek/kitap\\_1/33.html#top](http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/33.html#top) Erişim Tarihi: 23.11.2020.
- Sargatun, A.E. (2005). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergi, (8), 3, 400-428.
- Somunoğlu, S., Ağırbaş, İ., Tengilimoğlu, D., elik, Y., Erdem, R., Akbulut, Y., Eriğ, G. (2012). Sağlık kurumları yönetimi-I (1. Baskı). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Sözen, C. (2002). Sağlık hizmetlerinde ve sağlık işletmelerinde yönetim, Ankara: Nobel Yayım Dağıtım.
- Temgilimoğlu, D., Işık, O., Akbolat, M. (2012). Sağlık İşletmeri Yönetimi (5. Basım). Ankara: Nobel yayınları.
- Tokay, M. (2000). Sağlık hizmetlerinin pazarlanmasında kalite ve hasta tatmini: Eskişehir Devlet Hastanesinde bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Ulutaşdemir, N. (2007). Engelli ocukların eğitimi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(5), 119-130.
- WHO (2006). Basic documents (Forty-fifth Edition). Supplement. World Health Organization. [http://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en). Erişim Tarihi: 23.11.2020.

Yazgan, M. (2009). Sağlık işletmelerinde, hizmet kalitesinin sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti alan taraflarca değerlendirilmesi. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

## BÖLÜM 2

### SAĞLIK HİZMETLERİNDE RADYO FREKANS KİMLİK TANIMLAMA

Öğr. Gör. Ezgi ATALAY<sup>1</sup>, Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Mehmet Tanrıkulu Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Bolu, ezgi-atly14@hotmail.com

<sup>2</sup>Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Gümüşhane, nulutasdemir@yahoo.com





## GİRİŞ

Son yıllarda hasta güvenliğini ve bakım kalitesini iyileştirmek için sağlık bilgi teknolojisinin kullanımı yüksek öncelikli bir alan haline gelmiştir (Paaske ve ark, 2017). Teknolojinin gelişmesiyle birlikte birçok alanda olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de verimliliği ve kaliteyi arttırmak amacıyla Radyo Frekanslı Tanımlama (RFID) sistemleri kullanılmaya başlanmıştır. Sağlık alanında RFID teknolojisi hasta, personel, cihaz, malzeme, demirbaş, stok takip ve denetiminde kullanımı çok popüler hale gelmiştir (Tengilimoğlu ve Yiğit, 2016).

Sağlık hizmetlerinde tıbbi destek sağlamak amacıyla insanlar üzerine takılan RFID mikroçip teknolojisi kullanılmakta ve giderek yaygınlaşmaktadır. Mikroçipler, protez kullanımının gelişmesine, insanların daha iyi duymasına ve felçli insanların hareket etmesine yardımcı olabilmektedir. İmplant edilmiş RFID çiplerinin medikal olmayan çeşitli uygulamaları, yaygın uygulama potansiyeline sahiptir. İnsan vücuduna implante edilen mikroçiplerin yerleştirilmesi ve kullanılması birçok açıdan sorun oluşturabilecek olması düşünülmüş ve araştırılması gereken bir konu olmuştur. Kişi mahremiyeti ve yasal düzenlemelerin eksikliği ve tıbbi kaygılar bu sorunlar arasında sayılabilir (Smith, 2008). Bu çalışma son yıllarda büyük ilgi gören RFID teknolojisinin sağlık hizmetlerinde kullanım örneklerine ve olası riskleri ele alınarak genel bir bakış sunacaktır.

## **RADYO FREKANS KİMLİK TANIMLAMA**

Radyo Frekans Kimlik Tanımlama (RFID) sistemi, veri toplama ve aktarımı için radyo dalgalarını kullanan hızlı gelişen teknolojilere verilen genel bir isimdir (Rosenbaum, 2014). RFID teknolojisi, tedarik zinciri yönetiminde, ilk olarak depolardaki malları izlemek için kullanılmıştır (Bowen ve ark, 2011). Bu teknolojinin çeşitli işletmelerde maliyet tasarrufu sağladığı ve verimliliği artırdığı belirtilmektedir (Gulcharan ve ark, 2013).

Son yıllarda sağlık sektöründe kullanımı ve faydaları araştırılmıştır. RFID, insan müdahalesi olmadan verileri otomatik olarak yakalama yeteneğine sahiptir. Barkod taramaya kıyasla RFID, okuyucuların etiketlerden bilgi alması için görüş alanı gerektirmemektedir. Bir RFID sistemi tipik olarak bir etiket (transponder), bir okuyucu ve bir veri tabanı yazılım uygulamasından oluşmaktadır (Rosenbaum, 2014). Nesne ve kişilere ait bilgiler onlara yerleştirilen etiket (transponder) vasıtası ile radyo dalgaları sayesinde sayısal bir kod şeklinde okuyuculara iletilmektedir (Çıbuk ve Maraşlı, 2015).

## **RADYO FREKANS KİMLİK TANIMA SİSTEMLERİNDE TARİHSEL SÜREÇ**

RFID teknolojisi, 2. Dünya Savaşında dost geri dönen uçaklar ile düşmanın gönderdiği uçakları ayırt etmek amacıyla kullanılmaya başlamıştır (Tengilimoğlu ve Yiğit, 2016). 2. Dünya savaşında sonra mühendis olan Henry Stockman, pasif RFID çipleri fikrini aktardığı "Yansıtılmış Güç Yoluyla İletişim" adlı bir makalesini yayınlamıştır

(Garfinkel ve Holtzman, 2005). 1960 yılında, tehlikeli maddeleri ve nükleer gücü tanımlamak ve izlemek için RFID teknolojisi kullanılmıştır (Miller, 2007).

1970 ve 1980'lerde araştırmacılar, üniversiteler ve hatta devlet kurumları çipleri küçültmek, daha ucuza getirmek ve frekansı daha uzağa iletmek için RFID teknolojisi üzerinde çalışmıştır. RFID teknolojisinin diğer bir kullanım alanı ise tarım endüstrisi olmuş ve mikroçipler sığırlara implante edilmiştir. Bu etiketleme çiftlik hayvanlarını diğer hayvanlardan ayırt ederek onları takip etmeye ve hayvanların otomatik olarak yemlenmesini takip ederek beslenme durumlarının kontrol edilmesine olanak sağlamıştır. Daha sonra RFID, demiryolu endüstrisinde kullanılmaya başlamıştır. Demiryolu araçlarına ve raylara RFID çipleri yerleştirilmiş ve demiryolu şirketleri çipler sayesinde araçların planlanmasını ve takibini sağlamışlardır (Miller, 2007).

1980 yılında RFID teknolojisi ile otomatik ödemeler başlamıştır. ABD'de bulunan birkaç eyalet ve Norveç'te yol geçiş ücreti tahsilatları için RFID çipleri kullanılmaya başlamıştır. Geçiş ücreti tahsilat sistemi ile birlikte gaz satın alma, para kartları gibi alanlarda teknolojinin kullanımını artmıştır (Jechlitschek, 2006).

2000'li yıllarda küçültülmüş RFID'lerin geliştirilmesiyle farklı sistemlere entegrasyonu sağlanmıştır. Teknolojinin maliyeti düşürülmüş ve kodlama sistemleri gerçekleştirilmiştir. Geniş çaplı perakende zincirleri ve Amerikan Hükümet kuruluşları, RFID

sistemlerinin kullanımında yaptırım kararları almaya başlanmıştır. Yaşanan gelişmeler sayesinde RFID teknolojisinin kullanımı yaygınlaşmıştır. II. Dünya savaşında ilk adımları atılan teknolojinin günümüzde ilerlemesi ve değişimi hız kesmeden devam etmektedir (Çıbuk ve Maraşlı, 2015).

### **3. SAĞLIK HİZMETLERİNDE RFID TEKNOLOJİSİ**

RFID kullanımı, hasta izleme, güvenlik ve hasta bakımı gibi konularda sağlık sektörü için birçok fayda sağlamaktadır. Araştırmalar, RFID'nin hasta güvenliğini artırmaya yardımcı olabileceğini göstermektedir (Alqarni ve ark, 2014). Hastaların hastaneye girişleriyle başlayan takip süreci taburculuk sürelerine kadar kollarına takılan bilekliklerle gerçekleştirilebilmektedir. Bu teknoloji sayesinde hastaların tıbbi geçmişlerine rahatlıkla erişilebilmektedir ancak Türkiye’de yaygınlaşmamıştır (Tengilimoğlu ve Yiğit, 2016). Sağlık personeli hastalar üzerinde bulunan mikroçipler sayesinde ilaç alerjileri, reçete edilen ilaçlar ve dozajları, tahlil sonuçları gibi hastaların tıbbi geçmişine ait verilere anında erişebilmektedir (Castro ve Wamba, 2007).

Sağlık alanında yaşanan en küçük bir hata telafisi mümkün olmayan sonuçlar doğurmakta ölüm veya sakatlıkla sonuçlanabilmektedir. Teknolojik sistemler kullanılarak bu hataları azaltmak ve hasta güvenliği sağlamak mümkün olabilmektedir (Tengilimoğlu ve Yiğit, 2016). İlaç yönetimi ve kan örnekleme gibi müdahaleler sırasında hasta ve sağlık personeli doğrulamak için yapılan çalışmada; RFID

teknolojisinin tıbbi hataların önlemede etkili olup olmadığını değerlendirmiştir. Bu çalışmanın sonucunda, sağlık personeli, hasta kimliğini, ilaç ve kan örnekleme verilerini gerçek zamanlı olarak doğrulanmış ve tıbbi hataları önleme noktasında etkili olduğu bildirilmiştir (Ohashi ve ark, 2010). Ayrıca RFID sistemleri kullanılarak doktorun hastaya yazacağı ilaç bilgisi işlenebilir ve bu bilgiler tarayıcı cihazı kullanılarak güncellenebilmektedir. Doktorlar ve yardımcı sağlık personelleri hasta bilgilerini güncelleme işlemi daha hızlı yapabildikleri için daha fazla hastaya ulaşım sağlanmış ve böylelikle sağlık hizmetlerinde iş akışlarında verim sağlanmış olacaktır (Smith, 2008).

Hasta takibi ve izlenmesi birçok durumda hasta güvenliğini arttırabilir. Yapılan bir çalışmada kaçma riski bulunan Alzheimer ve demans olan hastalar için RFID teknolojisi kullanılmıştır. Uygulama sayesinde anında bildirim veren ve %100 doğruluk oranıyla hasta takibi yapılmıştır. RFID teknolojisinden yeni doğan bebeklerin takibinde yararlanılmaktadır. Yeni doğanlar anneleriyle eşleştirilerek onların kaçırılmasını ve başka bebeklerle karışmasını önleme amaçlanmaktadır. Kuzey Carolina hastanesinde kullanılan bir RFID sistemi sayesinde hastane personeli bebek kaçırma olayından etkili bir şekilde haberdar olmuş ve müdahale edilmiştir (Okoniewska ve ark, 2012).

RFID teknolojisi, el hijyeni izleme uygulamaları sayesinde hastane kaynaklı enfeksiyonları potansiyel olarak önlemektedir. Doğrudan gözlem ile el hijyeninin değerlendirilmesi, sağlık personelinin

izlendiğini bilmesi ile davranışlarında değişiklik göstereceğinden güvenli bulunmamaktadır. Yapılan bir çalışmada el hijyeni uygulamalarının izlenmesinde bir RFID cihazının güvenliği incelemiştir. El hijyeni uygulamalarının %93,5'ini doğru bir şekilde kaydedildiği tespit edilmiştir (Boudjema ve ark, 2014). Yapılan başka çalışmada ise benzer sonuçlar bulunmuştur (Filho ve ark, 2014).

Sağlık sisteminde ilaç güvenliği içinde RFID teknolojisinden yararlanılmaktadır. Uygulamalar envanter kontrolünden erişim kontrolüne, tele tıptan tedarik zinciri yönetimine ve en önemlisi sahte ürünlerle mücadeleye kadar çeşitlilik göstermektedir (Singh ve ark, 2008). İlaç şirketleri, ilaçların yüksek oranda değerli ürünler olması sebebiyle tedarik zinciri sürecini takip etmek için RFID çiplerini reçeteli şişe kapaklarına, kılıflara veya paletlere yerleştirmektedir (Smith, 2008). Türkiye’de RFID sistemine benzer bir uygulama olan İlaç Takip Sistemi (İTS) kullanılmaktadır. Bu sistem ilaçların kaliteli ve güvenli bir şekilde üretimi, dağıtılması ve depolanmasıyla hastalara ulaşımını sağlamak amacıyla kurulmuştur (Tengilimoğlu ve Yiğit, 2016).

## **RFID TEKNOLOJİSİNDE OLASI RİSKLER**

RFID teknolojisi sağlık sektörü için çok umut verici olsa da, ekonomik, teknik, organizasyonel ve yasal zorlukları içeren bu teknolojinin uygulanmasını engelleyen çeşitli riskler vardır. RFID sistemlerinde verimli ve doğru veri aktarımı elde etme, maliyet açısından kısıtlamalar, hasta güvenliği ve mahremiyet kaygıları ve insan hatasından

kaynaklanan izleme kısıtlamaları gibi bazı aksaklıkların yaşanması olası riskler arasındadır (Paaske ve ark, 2017).

RFID teknolojisinin maliyeti ve yapılan yatırımın geri dönüşünün olmaması (ROI) sistemin en büyük zorluklarından biri olarak tanımlanmaktadır. Tamamen işleyen bir RFID sistemi etiketler, okuyucular, altyapı, ara katman yazılımı, yazıcılar gerektirmesi nedeniyle maliyeti kuruluşlara oldukça yüksek olabilmektedir. RFID etiketlerinin ergonomik anlamda hafif ve küçük üretilmesi veya tek kullanımlık olup olmaması durumlarına göre maliyet oranları değişiklik göstermektedir (Yazıcı, 2014). Ayrıca dünya genelinde barkod sisteminin maliyetinin düşük olması sebebiyle yüksek oranda tercih edilmesinin, RFID sisteminin yaygınlaşması için büyük bir engel olduğu düşünülmektedir (Tengilimoğlu ve Yiğit, 2016).

RFID sisteminin kullanılabilirliği noktasında olası teknik riskler bulunmaktadır. Etiketlerin bozulması, çok fazla sayıda etiket ve okuyucunun kullanıldığında sinyal çarpışmasının yaşanması teknik sınırlılıklar arasında yer almaktadır. Ayrıca sağlık bilgi teknolojisinin gelişmesiyle ortaya çıkan birçok kablosuz tıbbi ekipman ile RFID teknolojisinin birlikte çalışabilmesi konusunda endişeler bulunmaktadır (Coustasse ve ark, 2015). RFID okuyucularının elektromanyetik alanlarda ve metal nesnelere temasıyla okuma hızları etkilenebilir ve yanlış okumalar gerçekleşebilmektedir (Reyes ve ark, 2012).

Sağlık hizmetlerinde RFID uygulamalarının kullanımı önündeki engellerden bir diğeri ise hastalara ve sağlık çalışanlarına ait özel



bilgilerin güvenliğini sağlanamayacağı ve mahremiyetin kaybolacağı endişesidir. Hastalara ve sağlık personellerine ait bilgiler kasıtlı veya yanlışlıkla yetkisiz kişilerin eline geçmesi ve bu bilgilerin kötüye kullanımının yaşanabileceği belirtilmektedir (Yao ve ark, 2012). Ayrıca kullanıcı güvenliğini ve gizliliğinin sağlanabilmesi ve sürdürülebilmesi için yasal düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır (Smith, 2008).

## 5. İNSANLARA İMPLANTASYON

Amerikalı bir şirket olan Applied Digital Solutions (ADS) tarafından 2001 yılında insan vücuduna implante edilebilen yaklaşık pirinç tanesi büyüklüğünde mikroçip piyasaya çıkarılmıştır. (Lockton ve Rosenberg, 2005). 2004 yılında Amerika Birleşik Devletleri Gıda ve İlaç Dairesi (FDA) tıbbi verilere hızlı ulaşım sağlanması amacıyla hastalarda çip kullanımını onaylamıştır (Foster ve Jaeger, 2008).

RFID teknolojisi dünya genelinde kullanımı giderek yaygınlaşmasına karşın az sayıda insana implante edilmesi potansiyel olarak bazı riskler oluşturmaktadır. Bu riskler doku reaksiyonu, mikroçipin doku içerisinde yer değiştirmesi, transponderin arızası ve manyetik rezonans görüntüleme uyumsuzluk yaşanması olarak belirtilmektedir. İnsan vücuduna implante edilen mikroçiplerin kanserojen etkiler oluşturabileceği de tartışma konusu olmuştur (Foster ve Jaeger, 2008). Etik açıdan uygun bir bilgilendirilmiş onam sağlamak için yeterli bir risk temeli ve fayda bilgisine sahip olmak gerekmektedir. Çipleri implante eden sağlık çalışanlarının, çiplerin takılması veya kullanılmasıyla ilişkili kısa veya uzun vadeli riskler konusunda yetersiz

linik kanıt olduğunu bilmeleri gerekmektedir. Ayrıca bazı etnik ve dini gruplar için RFID teknolojisi kullanılarak insan vücuduna implante edilen mikroçiplerin kabul edilebilirliği tartışma konusu olmuştur (Zivotofsky ve ark, 2008).

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Mevcut literatüre dayanarak, Sağlık hizmetlerinde RFID teknolojisinin yararları ve olası riskleri tanımlanmıştır. RFID teknolojisinin tıbbi hataları önleme, hasta takibi ve ilaç güvenliği gibi sağlık hizmetlerinde kaliteyi ve verimliliği sağlayacak birçok faydası bulunmaktadır. Aynı zamanda ekonomik, teknik, mahremiyet ve güvenlik anlamında bazı olası riskler mevcuttur.

RFID sistemi dünyada sağlık hizmetlerinde yaygın bir şekilde kullanılmasına karşın ülkemizde aktif kullanılmamaktadır. Teknolojisinin sağlık sektörü için umut verici olduğu bilinen bir gerçektir. Ülkemizde de Sağlık hizmetlerinde RFID teknolojisini kullanımı noktasında gerekli desteğin sağlanması hizmetlerin kalitesini ve güvenilirliğini artıracakı düşünülmektedir. Bu noktada RFID teknolojisinin güvenliği ve maliyet etkinliği konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

## KAYNAKÇA

- Alqarni, A., Alabdulhafith, M., Sampalli, S. (2014). A proposed RFID authentication protocol based on two stages of authentication. *procedia computer science*, 37 (The 5th International Conference on Emerging Ubiquitous Systems and Pervasive Networks (EUSPN-2014)/ The 4th International Conference on Current and Future Trends of Information and Communication Technologies in Healthcare (ICTH 2014)/ Affiliated Workshops), 503-510.
- Boudjema, S., Dufour, J., Aladro, A., Desquerres, I., Brouqui, P. (2014). MediHandTrace®: tool for measuring and understanding hand hygiene adherence. *Clinical Microbiology and Infection*, 20(1), 22-28.
- Bowen, M. E., Wingrave, C. A., Klanchar, A., Craighead, J. (2011). Tracking technology: Lessons learned in two health care sites. *Technology and Health Care*, 21, 191-197. doi:10.3233/THC-130738
- Castro, L, Wamba, S.F. (2007) An inside look at RFID technology. *Journal of Technology and Innovation*, 2, 1, 4.
- Coustasse, A., Meadows, P., Hall, R., Hibner, T., Deslich, S. (2015). Utilizing radiofrequency identification technology to improve safety and management of blood bank supply chains. *Telemedicine and e-Health*, 21(11), 938-945.
- Çıbuk, M , Maraşlı, F . (2015). RFID teknolojisi ve kullanım alanları. *Bitlis Eren Üniversitesi Fen Bilimleri Dergisi* , 4(2).
- Filho, M.A., Marra, A.R., Magnus, T.P., Rodrigues, R.D., Prado, M., Santini, T.R., . . . Edmond, M.B. (2014). Comparison of human and electronic observation for the measurement of compliance with hand hygiene. *American Journal of Infection Control*, 42(11), 1188-1192.

- Foster, K. R., Jaeger, J. (2008). Ethical implications of implantable radiofrequency identification (RFID) tags in humans. *The American Journal of Bioethics*, 8(8), 44-48.
- Garfinkel, S., Holtzman, H. (2005) *Understanding RFID technology*. Garfinkel Book, pp. 15-16.
- Gulcharan, N. F., Daud, H., Nor, N. M., Ibrahim, T., Nyamasvisva, E. T. (2013). Limitation and solution for healthcare network using RFID technology: A review. *Procedia Technology*, 11, 565-571. Retrieved March 14, 2016.
- Jechlitschek, C. (2006). A survey paper on Radio Frequency Identification (RFID) trends. *Reports on Recent Advances in Networking. Trends*. Pg. 2. <http://www.cs.wustl.edu/~jain/cse574-06/ftp/rfid.pdf>. erişim 11.10.2020.
- Lockton, V., Rosenberg, R. S. (2005). RFID: The next serious threat to privacy. *Ethics and Information Technology*, 7(4), 221-231.
- Miller, S. (2007) *What is RFID?* (Dissertation, Purdue University, 2007).
- Ohashi, K., Ota, S., Ohno-Machado, L., Tanaka, H. (2010). Smart medical environment at the point of care: Auto-tracking clinical interventions at the bedside using RFID technology. *Computers in Biology and Medicine*, 40(6), 545-554.
- Okoniewska, B., Graham, A., Gavrilova, M., Wah, D., Gilgen, J., Coke, J., . . . Ghali, W.A. (2012). Multidimensional evaluation of a radio frequency identification Wi-Fi location tracking system in an acute-care hospital setting. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 19(4), 674-679.
- Paaske, S., Bauer, A., Moser, T., Seckman, C. (2017). The benefits and barriers to RFID technology in healthcare. *On-Line Journal of Nursing Informatics*, 21(2).

- Reyes, P., Li, S., Visich, J. (2012) Accessing antecedents and outcomes of RFID implementation in health care. *International Journal of Product Economics*, 136(1), p 137-150.
- Rosenbaum, B.P. (2014). Radio Frequency Identification (RFID) in health care: Privacy and security concerns limiting adoption. *Journal of Medical Systems*, 38(3). doi:10.1007/s10916-014-0019-z.
- Sharpe, V.A. (2008). Ethics and indemnification regarding the VeriChip. *The American Journal of Bioethics*, 8(8), 49-50.
- Singh, I., Kumar, M., Kaur, J., Aboul-Enein, H.Y. (2008). Versatility of radio frequency identification (RFID) tags in the pharmaceutical industry. *Instrumentation Science and Technology*, 36(6), 656-663.
- Smith, C. (2008). Human microchip implantation. *Journal of Technology Management & innovation*, 3(3), 151-160.
- Tengilimoğlu, D., Yiğit, V. (2016). Tıbbi malzeme yönetiminde verimliliği artırıcı bir teknoloji: Radyo Frekanslı Tanıma Sistemi (RFID). *Verimlilik Dergisi*, 1(4), 51-73.
- Yao, W., Chao-Hsien, C., Li, Z. (2012). The adoption and implementation of RFID technologies in healthcare: A literature review. *Journal of Medical Systems*, 36(6), 3507-3525.
- Yazici, H. (2014). An exploratory analysis of hospital perspectives on real time information requirements and perceived benefits of RFID technology for future adoption. *International Journal of Information Management*, 34(5),603-621.

Zivotofsky, A.Z., Zivotofsky, N.T., Jotkowitz, A. (2008). Implantable radiofrequency identification (RFID) tags are not Tattoos. *The American Journal of Bioethics*, 8(8), 52-53.



## **BÖLÜM 3**

# **DÜNYADA VE TÜRKİYEDE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ VE TARİHÇESİ**

Öğr. Gör. Ömer DEMİRBİLEK<sup>1</sup>

Öğr. Gör. Sefa Haktan HATIK<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Sinop Üniversitesi, Türkeli MYO, Mülkiyet Koruma ve Güvenlik, Sinop, Türkiye.  
odemirbilek@sinop.edu.tr

<sup>2</sup> Sinop Üniversitesi, Türkeli MYO, Sağlık Bakım Hizmetleri, Sinop, Türkiye.  
sefahatik@sinop.edu.tr





## **GİRİŞ**

İnsanlığın tarihi ile aynı yaşta olan hastalık, kaza ve yaralanmalar, her dönem içinde insanların yaşamını tehdit etmiş, yaşam kalitelerini düşürmüş ve günlük yaşamlarını aksatmıştır. Tarih boyunca yaşanan bu olumsuzluklara karşı mücadele için her dönemde farklı stratejiler geliştirilmiştir. Ancak geçici ve kısıtlı bir şekilde yürütülen bu mücadele nüfusun artması, teknolojinin gelişmesi, savaş ve afetlerin daha sık görülmesiyle birlikte yetersiz kalmıştır. Bu yaşananlara çözüm olarak ise yalnızca işi insanların acil sağlık ihtiyacını karşılamak olan acil sağlık hizmetleri sektörü ortaya çıkmıştır. Acil sağlık hizmetleri hastane öncesi ve hastane içi olarak kabaca iki kısma ayrılabilir. İçerisinde birçok meslek grubunu barındıran bu yapının önemi gün geçtikçe artmaktadır. Ülkelerin siyasi, kültürel yapısı ve tarihi geçmişi bu hizmetlerin ülkelere göre sunumunda ve yapılaşmasında farklılıklar oluşturmuştur. Ülkemizde acil sağlık hizmetleri özellikle 1990'lı yılların sonunda hızla gelişmiş ve günümüzde sağlık hizmetlerinin sunumunda son derece önemli bir noktaya ulaşmıştır.

## **ACIL SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ VE GELİŞİMİ**

Acil sağlık hizmetlerinin tarihinin binlerce yıl öncesine dayandığı bilinmektedir. Bunların ilk örneği olarak yaklaşık 5000 yıl önce Mısır'da eski Yunan ve Roma medeniyetlerinde yapılan savaşlar esnasında savaş meydanında kalan yaralıların taşınması olarak gösterilebilir. Benzer şekilde 11. yüzyılda haçlı şövalyelerinin savaşlar esnasında yaralanan askerlerini cephe gerisine çekerek bazı tedavi işlemleri yaptığı da görülmektedir (Acil Sağlık Hizmetleri, 2011).

Ancak yapılan bu uygulamaların belirli bir sistem ve düzen dahilinde ve günümüzdeki yapıya daha uygun olarak yapılması ilk olarak 1487 yılında İspanyol ordularının Malaga kalesine yaptığı saldırı ve kuşatma esnasında bugünkü ambulanslara benzer şekilde içinde yatak olan atlı arabalarla yaralıları taşınmasıdır. Savaşlarda görülen bu uygulamalar tarih boyunca aktif olarak kullanılmaya devam etmiştir. Ancak günlük hayatta her an hastalık, yaralanma ve kazalar ile karşılaşan sivillere yönelik bu şekilde bir çalışma 19. yüzyıla kadar yapılmamıştır (Atilla, 2016).

Tarihler 1878 yılına geldiği zaman ilk sivil ambulans sistemi İngiltere'nin başkenti Londra'da kurulmuştur. 20.yy. başlarından itibaren nüfusun hızla artması, sanayileşme, kentleşme ile doğru orantılı olarak dünya genelinde hastalık, kaza ve yaralanmalarda çok büyük artışlar oldu. 1960 yılı sonlarına doğru ABD ve Fransa'da oluşturulan ambulans ekiplerinde paramedikler ve hekimler görev almaya başladı. Böylece daha kaliteli ve verimli acil sağlık hizmeti sunulmaya başlamıştır. 1980'li yıllarda gelindiğinde dünya çapında acil sağlık hizmetleri gelişmiş, ülkeler kendilerine göre uygun olarak acil müdahale sistemi oluşturmuş ve acil sağlık hizmetleri oldukça yaygınlaşmıştır (Acil Sağlık Hizmetleri, 2011).

Birbiri ile etkileşimde olan ülkeler benzer yapılar kurarak bu hizmetlerin sunumunu sağladılar. Bu hizmet sunumunda dünyada temel olarak 2 model öne çıkmıştır. Bu modellerin ilki Anglo-Amerikan adı verilen ve ABD, İngiltere, Kanada, Avustralya'nın öne çıkardığı ve temel olarak olay yerinden hastaya hayati müdahalelerde bulunarak en

kısa sürede hastayı veya yaralıyı acil servise taşımaya odaklanan sistemidir. Bu sistem genelde hastane veya acil servis yerine; polis, itfaiye vb. birimlerle entegre ve koordineli olarak görev yapmaktadır. Sistem içerisinde yer alan çalışanlar doktor yerine deneyimli ve hastane öncesi alana özel eğitim almış personeller olan paramedikler tarafından oluşmaktadır. Bu yapıyı kullanan ülkeler hastane öncesi acil sağlık hizmetlerini acil tıbbının ayrı bir dalı olarak görürler. Ülkemizde de bu sistem kullanılmaktadır. Olay yerinde yapılabilecek ufak tedaviler dışında karşılaşılan vakaların neredeyse tamamı hastane acil servislerine taşınarak ileri düzeyde tedavi alması sağlanır. Hızlı hareket kabiliyeti, sistemin daha pratik olması, daha az personel ve maliyet gerektirdiği gibi gerekçelerle yeni yapılan birçok acil sağlık sisteminde bu model uygulanmaktadır (Al-Shaqsi, 2010).

1990 yılına kadar Avrupa’da acil durumlar ve olaylara karşı müdahalelerde uygulanan standart bir model olmadığı görülmektedir. Acil bakım ihtiyacı bulunan hasta veya yaralılar bazı özel muayenehanelerde, ambulanslarda ve diğer sağlık birimlerinde hizmet alırlardı (Paksoy, 2016).

Daha sonra Fransa ve Almanya’nın geliştirdiği hastaya gerekli bütün müdahale ve tedavinin olay yerinde sağlanmasını öngören Franko-German modeli ortaya çıkmıştır. Bu modelde görev yapan personel genelde doktorlardan oluşmaktadır ve gerekli bütün ekipmanlar ambulanslarda bulundurulur. Karşılaşılan vakalara detaylı bir şekilde sağlık hizmeti sunarak hastanın veya yaralının tedavisi olay yerinde tamamlanmaya çalışılır. Tedavinin tamamlanması için hastane

koşulları ve bakım gereken hasta/yaralılar için ambulansla görevli hekim acil servislere gitmeden gereken ilgili servise hastanın yatışını sağlayabilmektedir. Franko-German modeli Almanya, Fransa, Yunanistan, Malta ve Avusturya’da gelişmiş düzeydedir. Günümüzde olay yerinde hastaya gereken bütün tedavinin sağlanması zorluğu, ekip yetersizliğine yol açması, kitlesel olaylara cevap verememesi gibi nedenlerden dolayı Franko-German modelini tercih eden ülke sayısı azalmıştır (Al-Shaqsi, 2010).

## **ÜLKELER DÜZEYİNDE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ VE GELİŞİMİ**

Acil sağlık hizmetlerinin sunumunda ülkeler arasında farklılıklar olmakla birlikte dünya genelinde teknolojinin gelişmesiyle birlikte bilgi ve tecrübelerin paylaşılmasının etkisiyle genel olarak bir standartlaşma olduğu gözlemlenmektedir. Genel sağlık sistemleri ve acil sağlık sistemleri birbiriyle oldukça benzer hatta entegre diyebileceğimiz Amerika ve Kanada’da Acil sağlık hizmetleri 911 adı verilen; polis, itfaiye ve ambulans hizmetlerini tek çatı altında toplayan bir sistem şeklinde sunulmaktadır. Bu ülkelerde paramedikler ülkemize göre daha geniş yetkileri olan ve farklı basamaklara ayrılan bir sistem halinde çalışmaktadırlar (Acil Sağlık Hizmetleri, 2011).

Güney Afrika özelinde acil sağlık hizmetlerinin gelişimi ve durumu ise 1990 yılına gelene kadar itfaiye çalışanları tarafından sunulan temel sağlık uygulamaları şeklinde olmuştur. Afrika’nın coğrafi özellikleri ve ülkenin ekonomik kaynaklarından dolayı her bölgesine ulaşım ve iletişim sağlamak oldukça güçtür. 1994 yılında ATT (acil tıp

teknisyeni) eğiten kurumlar ve programlar oluşturulmuştur. Ülkede günümüzde acil sağlık sistemi 4 farklı basamakta eğitim alan personeller tarafından verilmektedir (Al-Shaqsi, 2010).

Avrupa genelinde acil sağlık hizmetlerine bakıldığında ise 2. Dünya savaşı sonrası askeri ve idari açıdan çöken Avrupa’ da savaş sonrası dönemde itfaiyeler oldukça önemli bir yer tutmaya başlamıştır. Hem yangın, sel ve diğer acil durumlarda görev yapan itfaiye teşkilatı aynı zamanda acil sağlık hizmetlerinin verilmesini de üstlenmiştir. Günümüze sağlık hizmetlerinin verilmesi için ambulanslar mevcutsa da bazı eyaletlerde acil sağlık hizmetleri hala itfaiye tarafından verilmektedir. Avrupa genelinde acil sağlık hizmetleri anlamında son yıllarda görülen en büyük gelişmelerden birisi tek çağrı numarasına geçiş olan 112 sistemine geçilmiştir. Böylelikle polis, itfaiye ve ambulans hizmetleri Amerika ile benzer şekilde tek çatı altında yürütölmeye başlanmıştır (Paksoy, 2016).

Almanya’da acil sağlık hizmetleri 3 farklı basamakta ele alınmaktadır. Olayların büyüklüğü, hasta/yaralı sayısı vb. etkenlere göre uygun basamakta yer alan birim görevlendirilmektedir. Bu birimler “Rettungshelfer”, “Rettungssanitäter” ve “Rettungsassistent” olarak adlandırılmaktadır. Genel olarak Rettungssanitäter” ve “Rettungsassistent” adlandırılan ambulanslar kullanılmaktadır. Ambulanslarda genel olarak paramedikler görev almaktadır. Büyük durumlarda olay yerine hastane acillerinde görev yapan doktorlar istenmektedir (Demetriades ve Velmahos, 2002).

İngiltere’de sistem 999 acil durum numarası üzerinden organize edilmektedir. Sistem içerisinde paramediklerin yanında acil tıp teknisyenleri de yer almaktadır. Paramedikler Amerika’daki gibi geniş yetkilere sahiptir. Acil tıp teknisyenleri ise 1 yıllık eğitim sonucu hizmet vermeye başlamaktadır (Demetriades ve Velmahos, 2002).

Japonya’da 1991 yılında acil sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik çalışmalar başlamış ve bu konu ile ilgili kurumlar kurulmaya başlamıştır. Bu doğrultuda yine 1991’de Acil Yaşam Kurtarma Teknikleri yasası ve Tokyo’da Emergency Life-Saving Technique Academy (ELSTA) kurularak hizmete başlamıştır. Japonya’da ambulans hizmetleri birçok ülkeyle benzer şekilde itfaiye sistemi içerisinde organize edilmiştir (Eryılmaz, 2005).

Çin devasa sanayi bölgeleri ve dünyanın en kalabalık ülkesi olması sebebiyle tüm dünya ile benzer şekilde hastane öncesi acil sağlık hizmetlerine son yıllarda büyük önem vermiştir. Ancak coğrafi zorluklar nedeniyle kırsalda hizmet sunumu oldukça yetersizdir. Ambulanslarda doktor ve hemşireler görev yapmaktadır. Olay türüne göre farklı ambulans türleri kullanılmakta ve verilen hizmet ücretlendirilmektedir (Franschman, Verburg, Brens-Heldens ve Valk 2012).

## **TÜRKİYE’DE ACİL SAĞLIK HİZMETLERİNİN TARİHÇESİ VE GELİŞİMİ**

Ülkemizde acil sağlık hizmetlerinin başlangıcı dünya tarihiyle benzer olarak Osmanlı zamanlarında yaralıların cephe gerisine taşınması

şeklinde gerçekleşmiştir. Özellikle 1. Dünya savaşı esnasında şimdiki ismi Kızılay olan Hilal-i Ahmer cemiyetinin atlı arabalarla yaralıları cephe gerisine taşıdığı ve gerekli tedavileri uygulamaya çalıştığı bilinmektedir. Askeri olarak son yılları büyük savaşlara sahne olan Osmanlı'da yine Yemen cephesinde yaşanan çatışmalarda Hilal-i Ahmer cemiyetinin 2 yaralıyı aynı anda taşıdığı ambulanslar kullanmıştır. Sivil olaylara karşı ise acil sağlık hizmetlerinin ilk örneği 1911 yılında yine Hilal-i Ahmer cemiyetinin Aksaray yangınında ilkyardım ekipleri kurmasıyla görülmüştür (Kızılay, 2016).

Cumhuriyet döneminden sonra ülkemizde acil sağlık hizmetlerinin kurulması 1930 yılında çıkarılan 1593 sayılı umumi hıfzıssıhha kanununda belediyelere verilmiştir. Uzun yıllar yerel yönetimlere bağlı olarak yürütülen bu hizmetlerde önemli bir ilerleme ve gelişme sağlanmamıştır. Yıllar 1955'i gösterdiğinde İstanbul merkezli 8 ayrı ilçeye 15 cankurtaran aracı ile hizmet veren (Sarıyer, Beşiktaş, Beyoğlu, Eminönü, Fatih, Eyüp, Üsküdar ve Kadıköy) bölgesel olarak ilk acil sağlık sistemi kurulmuştur (Kaba ve Elçioğlu, 2013).

Birinci dünya savaşı sonrası uzun süren barış ortamı, hızlı sanayileşme, teknolojinin gelişmesi, sağlık uygulamalarının artması gibi etkenler tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de hızlı bir nüfus artışı, ulaşım ağlarının ve sanayileşmenin artmasını beraberinde getirmiştir. Bundan dolayı özellikle 1980'lerden itibaren yüksek sayıda trafik kazalarının oluşması, yaralanmalar ve birçok kişinin engelli durumuna düşmesi yöneticileri ve ilgili idareyi harekete geçirmek zorunda bırakmıştır. Yaşanan tüm bu sorunları çözmek amacıyla özellikle trafik ve nüfus



yoğunluğunun olduğu bazı illerde ambulans hizmetinin verilmesine başlanmıştır. 1985 yılına tekabül eden bu gelişme ülkemizde modern acil sağlık hizmetlerinin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. 1986 yılında “077 Hızır Acil Servis” ismiyle İstanbul, Ankara ve İzmir’de bu ekipler 24 saat çalışma sistemiyle göreve başlamışlardır. Henüz yerel yönetimlere bağlı olduğu için o dönemde kurulan ekiplerin ihtiyaç ve giderleri ilgili belediyeler tarafından karşılanmaktaydı. Bundan dolayı ekipman, sarf malzeme ve personel olarak büyük kısıtlılıklar altında bu ekipler çalışmalarını sürdürmüşlerdir. 1991-1992 yıllarında Türk Telekom’un yapısında değişikliğe gitmesiyle birlikte acil sağlık hizmetleri için yeni bir numara belirlendi. Böylelikle günümüzde de kullandığımız numara olan “112” acil sağlık hizmetlerinin numarası olarak belirlendi (Acil Sağlık Hizmetleri, 2011).

1993 yılına gelindiğinde ülkemiz acil sağlık sistemini sürdürecektir personelin yetiştirilmesi amacıyla acil tıp ana bilim dalı Dokuz Eylül Üniversitesi’nde kuruldu. Yine aynı tarihte günümüzde acil sağlık hizmetlerinin temel yapı taşlarını oluşturan paramediklerin eğitimi için “Ambulans ve Acil Bakım Teknikerliği” programı başlatılmıştır. 1996 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı Sağlık Meslek Liselerinde İlk Yardım ve Acil Bakım Teknisyenliği Bölümleri açılmıştır. Yapılan bu faaliyetler ve girişimler ile birlikte ortaya çıkacak personel ihtiyacının karşılanması amaçlanmıştır (Çelikli, 2016).

1994 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan “112 Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri Projesi” ile Ankara, İstanbul ve İzmir illerinde yeniden ele alınmıştır. Önceleri Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

çatısı altında sürdürülen bu hizmetin daha sonra Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne devredildiğini görmekteyiz. İllerde İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde 1995 yılında Acil Yardım ve Kurtarma Hizmetleri Şubeleri kurulmuş, sistemin finansmanı genel bütçeden sağlanmaya çalışılmıştır (Kaba ve Elçioğlu, 2013).

1998 yılında artık 49 ile yayılmış olan acil sağlık hizmetleri artık birçok yönden yapılanmış ve belirli standartlara kavuşmuştur. Temelleri yıllar öncesine dayanan 112 Acil Sağlık Hizmetleri ülkemizde artık 3 bine yakın 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu (ASHİ), 5 bini aşkın ambulans ve 34 bini aşkın personel sayısı ile dev bir sağlık ordusu haline gelmiş durumdadır. Her il, ilçe ve hatta köylere kadar erişimi olan 112, sağlık sisteminin en önemli parçalarından biri haline gelmiştir (Sağlık bakanlığı, 2019). Ülkemizde halkın 112 sağlık sistemi ve sağlık personeline yönelik algısı da oldukça yüksektir. Toplumda “sarı yelek” imgesinin kabul edilebilirliğinin artmasında basılı medya yayınlarının önemli yeri vardır (Kahraman ve Palazoğlu, 2018).

## **TÜRKİYE’DE 112 ACİL ÇAĞRI SİSTEMİ**

Türkiye’de günümüze kadar geçen süreç içerisinde çok merkezli acil durum numarası uygulaması mevcuttu. İçişleri bakanlığının başlattığı “Yeni Nesil 112 Acil Çağrı Merkezi” uygulamasıyla dünyanın birçok noktasında uygulamalarını gördüğümüz acil durum numaralarını tek çatı altında toplama ülkemizde de hayata geçirilmeye çalışılıyor. Şu an 81 ilin 51’inde aktif olarak kullanıma geçen bu uygulama önümüzdeki yıllarda tüm ülkeye uygulanması hedeflenmektedir (İçişleri Bakanlığı, 2020).

Kurulan sistem ile Ülkemizde farklı acil yardım çağrıları için kullanılan 7 kuruma ait acil çağrı numaralarının (İtfaiye: 110, Jandarma: 156, Polis: 155, Sağlık: 112, Orman: 177, Sahil Güvenlik: 178, AFAD: 122) tek numara (112) altında toplanması hedeflenmiştir (İçişleri Bakanlığı, 2020).

## **TÜRKİYE’DE 112 ACİL SAĞLIK SİSTEMİ ve 112 AMBULANS İSTASYONLARI**

Acil sağlık hizmetleri istasyonları, ülkemizde acil sağlık hizmetlerinin sunumundan görevli olan, illerin valilikleri aracılığıyla belirledikleri noktalarda yer alan birimlerdir. Komuta kontrol merkezleri (KKM) tarafından alınan vaka ihbarları en yakın 112 istasyonuna telsiz aracılığıyla gerekli bilgiler ile iletilir ve vakaya müdahale konusunda görevlendirilir.

Ülkemizde hizmet veren acil sağlık hizmetleri istasyonlar 3 çeşittir.

1. A tipi istasyon: İl Ambulans Servisi Başhekimliğine bağlı olan ve 24 saat boyunca yalnızca ambulans hizmeti veren istasyonlardır. Bu tip istasyonlar ekip içinde doktor yer alıyorsa A1, almıyorsa A2 tip istasyon şeklinde tanımlanır. Ülkemizde bulunan istasyonların büyük bir çoğunluğu A2 tipi istasyondan oluşmaktadır. Herhangi bir sağlık kuruluşu ile entegre çalışmaları söz konusu değildir. Aldıkları vakaları gerekli müdahalelerde bulunduktan sonra en yakın hastaneye naklini gerçekleştirir ve istasyonlarına dönüş yaparlar.

2. B tipi istasyon: Herhangi bir sağlık kurumu bünyesinin içerisinde hizmet veren acil sağlık hizmetleri istasyonu şeklindedir. Hastanelerin acil

servisleri ile entegre biçimde çalışanlara B1 tipi istasyon, birinci basamak sağlık kuruluşları bünyesinde yürütenler ise B2 tip istasyon olarak tanımlanır. Bu ekiplerin bütün kadro ve özlük hakları buldukları kurumlara bağlıdır. Malzeme ve ekipman ihtiyaçları bağlı oldukları kurum tarafından karşılanır. Görev yapan personeller hem bağlı oldukları kurumun ilgili biriminde hem de gerekli durumlarda KKM tarafından verilen görevlerde çalışırlar.

3. C tipi istasyon: İhtiyaçlar doğrultusunda kurulan geçici acil sağlık istasyonlarıdır. Belirli gün ve belirli saatler arasında hizmet verirler. Özellikle tarihi, turistik veya büyük ziyaretçi grupları tarafından farklı amaçlarla ziyaret edilen bölgelerde kurulurlar. Ekipler il sağlık müdürlüğü bünyesinde çalışan bireyler arasından gönüllük esasına göre seçilerek oluşturulmaktadır (Acil Sağlık Hizmetleri, 2004).

Türkiye’de acil sağlık hizmetleri son 20 yılda çok büyük değişiklikler ve gelişmeler yaşamıştır. 2002 yılında ülke genelinde yer alan 481 acil sağlık hizmetleri istasyonu varken bu rakam 2017 yılında 2466 ya 2020 itibarıyla 112 Acil Sağlık Hizmetleri ülkemizde artık 3 bine yakın 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonu (ASHİ), 5 bini aşkın ambulans ve 34 bini aşkın personel sayısına ulaşmıştır. Özel ambulans olarak nitelendirilen kar paleti mevcut 250 ambulans, 91 adet yoğun bakım ve obez ambulansı, 62 adet motosiklet ambulansı, 6 adet deniz ambulansı, 17 helikopter ambulansı, 3 uçak ambulansı 7/24 kesintisiz ve ücretsiz hizmet sunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Bu gelişmelere paralel olarak verilen hizmet kalitesi artmış ve kentsel bölgelerde vakalara ulaşım süresi 10 dakika, kırsal bölgelerde ise 30 dakikanın altında vakalara erişim sağlanmaktadır.

## **AMBULANS ACİL BAKIM TEKNİKERİ (AABT) İLE ACİL TIP TEKNİSYENLERİNİN (ATT) ÜLKEMİZDEKİ GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI**

Her iki meslek grubunun görev, yetki ve sorumlulukları Tablo 1’de gösterilmiştir.

AABT’lerin acil tıbbi yardım ve bakım ile sınırlı olmak kaydıyla tıbbi görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır;

a) Ambulans Acil Bakım Teknikerleri tabloda belirtilen yetkilerini sağlık bakanlığının 112 çalışanlarına yönelik hazırladığı temel eğitim programı ve olaylara yönelik müdahale akış şemaları, algoritmaları programları dahilinde kullanabilirler.

b) AABT’ler burada belirtilen yetkileri dahilinde olan işlemleri yalnızca hekimsiz ambulanslar veya acil sağlık araçlarında görevli iken bir önceki maddede belirtildiği gibi temel eğitim programı ve akış şemalarına uygun şekilde gerçekleştirebilirler. Ambulans araçları dışında bu yetkilerini hekimin talimatı olmaksızın gerçekleştiremezler.

Acil tıp teknisyenlerinin görevleri de tablo 1’de yer alan uygulamalar ile sınırlıdır.

a) Acil Tıp Teknisyenleri tabloda belirtilen yetkilerini birlikte çalıştığı hekim veya Ambulans Acil Bakım Teknikerinin gerekli onayı ile temel

eğitim programına ve gerekli akış şemalarına uygun gerçekleştirmeleri gereklidir.

b) Acil tıp teknisyeni olan bireyler tabloda yer alan yetkilerini yalnızca hastane öncesi alanda çalışırken ambulanslarda hekim veya Ambulans Acil Bakım Teknikerinin onayı ile ya da gerekli eğitimlerini (temel eğitim programı, akış şemaları) tamamlandıktan sonra uygulayabilirler. Bu yetkilerini ambulansla hastane öncesi alan dışında hekim veya AABT'nin onayı olmadan kullanamazlar (Ambulans ve acil bakım teknikerleri ile acil tıp teknisyenlerinin çalışma usul ve esaslarına dair tebliğ, 2009).

**Tablo 1:** Ambulans Acil Bakım Teknikeri (AABT) İle Acil Tıp Teknisyenlerinin (ATT) Ülkemizdeki Görev, Yetki ve Sorumlulukları

| UYGULAMALAR   | ATT | PARAMEDİK |
|---|-----|-----------|
| İntravenöz girişim yapmak.  | +   | +         |
| Hastaneye ulaşıncaya kadar, kabul edilen acil ilaçları ve sıvıları kullanmak. | -   | +         |
| Oksijen uygulaması yapmak.  | +   | +         |
| Endotrakeal entübasyon uygulaması yapmak.                                     | +   | +         |
| Kardiyo-pulmoner resüsitasyon ve defibrilasyon yapmak.                        | +   | +         |

|   |   |   |
|---|---|---|
| Travma stabilizasyonu yaparak hastanın nakle hazır hale gelmesini sağlamak. | + | + |
| Uygun taşıma tekniklerini bilmek ve uygulamak.                              | + | + |
| Monitörizasyon ve defibrilasyon uygulamak                                   | - | + |
| Kırık, çıkık ve burkulmalarda stabilizasyonu sağlamak                       | + | + |
| Yara kapatma ve basit kanama kontrolü yapmak                                | + | + |
| Acil doğum durumunda doğum eylemine yardımcı olmak                          | - | + |

**Kaynak:** (Ambulans ve acil bakım teknikleri ile acil tıp teknisyenlerinin çalışma usul ve esaslarına dair tebliğ, 2009).

## KAYNAKÇA

- Acil Sağlık Hizmetleri. (2004). Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, Resmî Gazete Tarih: 24 Mart 2004, Sayı: 25412.
- Al-Shaqsi S. (2010). Models of International Emergency Medical Service (EMS) Systems. *Oman Medical Journal*, 320-323.
- Ambulans ve Acil Bakım Teknikerleri ile Acil Tıp Teknisyenlerinin Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Tebliğ (2009). Resmî Gazete 27181, 26 Mart 2009.
- Atilla, R. (2016). Acil Tıp Sistemi Ve Tarihçesi. Özel, G., Akbuğa Özel, B., Özcan, C (Ed.). İlk ve Acil Yardım Teknikerliği Kitabı İçinde (s:3-9). Güneş Tıp Kitabevleri
- Çelikli, S. (2016). Kuruluştan Bugüne Paramedik Eğitiminde Standardizasyon Çabaları Ve Kırılma Noktaları. *Hastane Öncesi Dergisi*, 1(2), 39-54.
- Demetriades D., Velmahos G. (2002). Penetrating İnjuries of the Chest: Indications For Operation. *Scand. Journal Surgery*, 1, 41-45.
- Eryılmaz M. (2005). Ulusal Acil Tıp Sistemi Üzerine Düşünceler, *Akademik Acil Tıp Dergisi*, s:5.
- Franschman G., Verburg N., Brens-Heldens V. Valk J. (2012). Effects of Physician-based Emergency Medical Service Dispatch in Severe Traumatic Brain İnjury on Prehospital Run Time, *Injury*, 43(11), 1838-42.
- İçişleri Bakanlığı. (06.11.2020) Yeni Nesil 112 Acil Çağrı Merkezi. Erişim adresi: <https://www.icisleri.gov.tr/bilgiislem/yeni-nesil-112-acil-cagri-merkezi>
- Kaba, H., & Elçioğlu, Ö. (2013). Acil Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi Sürecinde İlk ve Acil Yardım Teknikerliği Ve Acil Tıp Teknisyenliği Mesleklerinin Ortaya Çıkışı Ve Gelişimi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 21(3), 127-135.
- Kahraman, B.Y., Palazoğlu, C.A. (2018). 112 Sağlık Çalışanlarına Yönelik Yazılı Basında Çıkan Haberlerin Analizi. 1. Uluslararası Afet Yönetimi Kongresi. 22-24 Ekim 2018, Kongre Kitabı. ISBN: 978-605-4838-17-2, ss.48- 55.
- Millî Eğitim Bakanlığı, T.M.E. (2011). Acil Sağlık Hizmetlerinin Yapısı. ss.3-51.



- Paksoy, V.M. (2016). Acil Sağlık Hizmetlerinde Uluslararası Uygulama Modellerinin Karşılaştırması: Anglo-Amerikan ve Franko-German Modeli. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi, 4(1), 6-24.
- Sağlık Bakanlığı (2019) 112 Acil Ambulans Sisteminin 25. yılı kutlandı <https://www.saglik.gov.tr/tr,59151/112-acil-ambulans-sisteminin-25-yili-kutlandi.html>
- Türk Kızılayı. (2016) Hilal-i Ahmer'den Türk Kızılayı'na 148 Yıllık Yardım Çınarı. <https://www.kizilay.org.tr/haber/haberdetay/2850>.

## **BÖLÜM 4**

### **COVID-19 PANDEMİSİNİN AİLE SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ**

Öğr. Gör. Ayşe ELKOCA<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Gümüşhane Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler, Gümüşhane, Türkiye, ayse.elkoca@hotmail.com



## GİRİŞ

COVID-19 salgını Çin'in Hubei Eyaletindeki Wuhan şehrinde patlak verdi ve burada birkaç yerel sağlık tesisi, nedeni bilinmeyen pnömonili hastalar olduğunu bildirdi; epidemiyolojik olarak deniz ürünleri ve hayvan toptancı pazarıyla bağlantılı oldukları görüldü (Zhu ve ark., 2020). COVID-19 enfeksiyonu öncelikle Çin'in birçok eyaletine sonra her yerine hızla yayıldı. Pandeminin başından bu güne kadar, COVID-19 dünyanın diğer bölgelerine de yayıldı. 2020 Ocak ayı başlarında Almanya'nın Münih kentinde Çin'den bir gezginle temas eden ve hastaneye kaldırılan bir hastada kaydedildi (Rothe ve ark., 2020). Dünya Sağlık Örgütü 31 Ocak 2020'de COVID-19 (Coronavirus disease 2019) salgınının uluslararası endişe ve acil durum gerektiren bir halk sağlığı sorunu olduğunu bildirmiştir (Dhama ve ark., 2020). Kasım 2020'nin ilk haftasında küresel olarak 51 milyon vakaya ulaştı; bunların yaklaşık % 20'i ABD'de, %15'i Hindistan'da, %10'u Brezilya'da, %2 oranlarında Fransa, Rusya, İspanya, Arjantin ve İngiltere'de bulunmaktadır. Türkiye'de ise vakaların yaklaşık %0.4 ü bulunmaktadır. 11 Kasım itibari ile dünya geneli vaka sayısı 51.835.945'e, iyileşen hasta sayısı 35.921.621'e can kaybı ise 1.279.963'e ulaşmıştır (<https://marmara.libguides.com>). COVID-19 salgını bugün tüm dünya ülkeleri için önemli bir küresel sağlık krizidir. Sağlık kuruluşları bilgi akışını koordine etmekte ve tehdidin etkisini azaltmak için sürekli yeni yönergeler yayınlamaktadırlar. Aynı zamanda, dünyanın dört bir yanındaki bilim adamları hastalığın bulaş mekanizmasını, klinik spektrumunu, teşhis yöntemlerini, bulaş önleme

ve tedavi ve aşı geliştirmek için çalışmalar sürdürmektedirler. Virüsün konakçı etkileşimi, salgının evrimi ve salgının zirveye ulaşacağı zamanlar hakkında tahmin yürütülse bile halen birçok belirsizlik devam etmektedir (Cascella, Rajnik, Cuomo, Dulebohn ve Di Napoli, 2020). Salgının tüm dünyada ekonomik, sosyal ve psikolojik açıdan olumsuz etkileri bulunmaktadır (Bostan ve ark., 2020; McKibbin ve Fernando, 2020).

## **ÜLKEMİZDE UYGULANAN HALK SAĞLIĞI ÖNLEMLERİ**

Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de koruma ve kontrol önlemleri alınmıştır. Kronolojik olarak ele aldığımızda; İlk vakaların ülkemizde görülmeye başladığı ocak ayında bu salgınla ilgili bir Bilim Kurulu oluşturulmuş ve COVID Rehberi hazırlanmıştır. Öncelikle Çin'den gelen yolculara termal kamera uygulaması ile gözetim yapılmış, akabinde Çin'den gelen uçuşları durdurma kararı alınmıştır. şubat ayında dünyada vakaların artması ile birlikte bütün uluslararası uçuşlarda termal kamera uygulamasına başlanmış, sonrasında ise vakaların en hızlı artış gösterdiği İnan sınır kapıları kapatılmış, İtalya, Güney Kore ve Irak uçuşları durdurulmuştur. 16 Mart tarihinde ilköğretim, Lise ve niversite eğitimlerine ara verilmiş, öncelikle umreden dönenler daha sonra yurtdışından gelenlerin tümü karantinaya alınmıştır. Toplu alanlar olan kafe, restoran, kuaför ve berber gibi yerlerde yeni kısıtlamalara gidilmiştir. 19 ülkeye uçuşlar yasaklanmış ve herkese 'Evde Kal' ağırısı yapılmıştır. Bütün spor ligleri ertelenirken COVID testi yapan merkez sayısı arttırılmıştır (HASUDER, 2020; Güneş, 2020; Metintaş, 2020).

Daha sonra pandemi hastaneleri oluşturulmuştur. Önce 65 yaş üstü bireylere sonra 20 yaş altı bireylere sokağa çıkma yasağı getirildi, 71 ülkeye uçuşlar durduruldu ve kamuda esnek çalışılmaya başlandı. Toplu taşıma araçlarında yolcular arası sosyal mesafe zorunluluğu getirildi. Öncelikle 30 Büyükşehir'e ve Zonguldak'a giriş-çıkışlar yasaklandı. Market ve pazarlarda maske takmak zorunluluğu getirildi (HASUDER, 2020). Sonrasında bu şehirlerde hafta sonları sokağa çıkma yasağı başlatıldı. Mayıs ayına geldiğimizde vaka ve ölüm sayıları azalmaya başlamadı Dünya'da ve ülkemizde "Yeni Normal" adı altında maske, mesafeyi ve el yıkama gibi temel korunma önlemleri ile beraber kademeli olarak kısıtlamalarda esnetme kararları alınmıştır. Daha önce dışarı çıkma yasağı getirilen 65 yaş üzeri ve 20 yaş altı bireylerin günün belirli saatlerinde dışarı çıkmalarına izin verilmiştir. Haziran ayına geldiğimizde birçok işyeri kafe ve restoranlar maske, mesafe ve hijyen kuralları için hazırlanan rehberler ile beraber açılmasına müsaade edildi. Kasım 2020 itibariyle virüs hala etkinliğini devam ettirmekte bütün ülkeler virüsle mücadelesine devam etmektedir. Birçok bilim insanı aşı, diğer korunma yöntemleri ve tedavi çalışmalarına devam etmektedir. Aşı çalışmalarında faz 3 sürecine gelinen çalışmalar mevcuttur ancak üretime geçilen bir aşı henüz bulunmamaktadır. COVID-19 bulaşmasının önlenmesi için alınan önlemler çok önemlidir ancak bu önlemler ve hastalık süreçleri aile sağlığını nasıl etkilemektedir.

## COVID-19'UN AİLE SAĞLIĞI ÜZERİNE ETKİLERİ

Aile toplumun temel yapı taşıdır ve eşler arasındaki eşitliğe dayanır. Aile, toplumsal bir kavramdır ve insanlık tarihi kadar eskidir, her ne değişimler geçirse de bulunduğumuz yüzyılda önemini korumaktadır. Aile üzerine birçok tartışmanın yapıldığı, biyolojik, sosyolojik, ekonomik, politik bir odak nokta olmuştur(Doğan, 2007). Aile, yapısı, fonksiyonları ve gereksinimleriyle kendine özgü bir varlıktır ve topluma şekil verir ve toplumun ana ögesidir (Aponte ve Nickitas, 2007; Duyan, 2000). Aile işlevleri, aile içindeki bireyler tarafından aile bireylerinin ihtiyaçlarının karşılandığı ve sürdürüldüğü aktiviteler ve davranışlardır (Hallaç ve Öz, 2014).

Günümüzde koşullarında yalnızca bireyin sağlığı değil aile sağlığı kavramı da önem kazanmıştır. Bireylerin sağlık davranışları ailenin değerlerini, ilkelerini, uygulamalarını da içine alan yaşam tarzları ile şekillenmektedir (Hallaç ve Öz, 2014).

Aile sağlığı, aile içerisinde ki bireylerin iyiliğinden hastalığına doğru uzanan bir dağılım içerisinde aile işlevlerinin devamlılığı ile ilgilidir. Ayrıca aile sağlığı yalnızca aile içerisinde yer alan bireylerin sağlıklı ve birbirleri ile iyi bir ilişkide olmalarını içermez, ailenin toplumla olan ilişkilerini ve olağan dışı bir durumla nasıl baş ettikleri ile de ilgilidir (Masters, 2014). Salgın döneminde sağlık çalışanları ile yapılan bir çalışmada bekar hemşirelerin duygusal tükenmişlik düzeylerinin evlilerden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Aydın Sayılan, Kulakaç ve Uzun, 2020). Bu çalışma, COVID-19 pandemisi gibi olağan dışı

durumda ve aile sağlığı üzerine etkilerini incelemek amacıyla yazılmıştır.

Salgını kontrol altına almak amacı ile sosyal izolasyon ve karantina uygulaması sebebiyle hareketin kısıtlanması, okulların kapatılması, iş yerlerinin ve sosyal alanların kapatılması ve için eve taşınması gibi önlemler uygulanmaktadır. Salgının yayılmasını önlemek için çok elzem olan bu önlemler insanların uzun süre evde kalmalarına, sosyal ve psikolojik olarak kötüleşmelerine sebep olmaktadır (Higuera, González, Durbán, ve Vela, 2013). İnsanlık tarihi boyunca salgın hastalıklar bireylerde görülen davranış örüntülerinin birbirlerinde farklı olduğu görülmektedir(Göksu ve Kumcağız, 2020; Thornhill ve Fincher, 2014). Literatürde salgın hastalıkların insan psikolojisi üzerine etkileri araştırıldığında kaygı, öfke, sinirlilik, depresyon, uyku bozuklukları gibi birçok semptomun yüksek prevalansda olduğu bildirilmiştir (Di Giorgio, Di Riso, Mioni, ve Cellini, 2020; Yoon, Kim, Ko, ve Lee, 2016).

### **COVID-19 Pandemisinin Kadın Sağlığı Üzerine Etkileri**

Kadın sağlığı, çocuk sağlığı, aile sağlığı ve dolaylı olarak toplum sağlığı ile yakından ilgilidir. Dünya Sağlık Örgütü, COVID-19 pandemisi nedeniyle erkeklerin kadınlara oranla daha fazla öldüğünü (kadınlarda %2.8, erkeklerde %4.8) ancak bu süreçte kadınların sağlığının erkeklere göre daha olumsuz etkilendiğini bildirmektedir (WHO, 2020). Kadın sağlığının özel olarak ele alınması önem arz etmektedir. Kadının doğumundan ölümüne kadar geçen süredeki tüm sağlık durumu, kadın sağlığının içine girmektedir. Bir başka deyişle



kadının genel fiziksel iyi olma hali, hastalık süreci ve çocuk doğurma fonksiyonlarının hepsini kapsar (Taşkın, 2016).

Dünyada ve ülkemizde ki kadın nüfusunda, sosyokültürel düzey arasındaki farklılıkların derinleşmesi ile birlikte beklenmeyen hastalıklar, sağlık sorunları ve yeterli sağlık bakımı alamama ve ölümler artış göstermektedir (Özkan Arslan, Özbek ve Bursa, 2015).

Dünyada sağlık sektörü çalışanlarına baktığımızda %70'i kadınlardan oluşmaktadır. Kadınlar ekonomik eşitsizlikten daha fazla etkilenmekte, ev içi şiddete daha fazla maruz kalmakta ve salgın sürecinde karar verici mekanizmalarda çok az temsil edilmektedir (Yağmur, 2020). Kadına yönelik fiziksel, cinsel ve psikolojik şiddet çok fazla karşımıza çıkmaktadır. Dünyada milyonlarca kadın aile içinde şiddete maruz kalmaktadır ve kadının güçsüz sayılması, kadının statüsünün ve ekonomik gücünün olmayışı, gelenekler gibi birçok nedenden gizli tutulmaktadır (Ulutaşdemir, 2002).

Türkiye’de ve Dünyada sağlık çalışanlarının bir çoğunluğu kadınlar ve COVID-19 hastalarına bakım yükünün büyük bir kısmını onlar yüklenmektedir. Bu yük onları enfeksiyon riskiyle de karşı karşıya getirmektedir (Yağmur, 2020). Kadınlar yalnızca sağlık alanında değil günümüzde yüksek riskli işlerin çoğunda çalışmaktadır. Kadınlar Türkiye’deki insan sağlığı ve sosyal hizmet faaliyetleri alanında hizmet verenlerin %68.5’ ini oluşturmaktadır (TUIK, 2018). Kadın sağlık personelleri çoğunlukla çocukları olduğu için ücretsiz tahsis edilen otel veya misafirhanelerde kalamamakta ve yakınlarına ve çocuklarına virüsü bulaştırma korkusu yaşamaktadır. Özel sektörde ücretsiz izin

verme ya da işten çıkarma durumlarından da daha fazla etkileneceği düşünülmektedir (Mert, 2020). Şu anda sağlık bakanlığının izin, istifa ve tayin haklarını dondurmuş olması da kadın sağlık çalışanlarına ciddi yansımaları olduğu tahmin edilmektedir.

Bu süreçte okulların genellikle uzaktan devam etmesi sebebiyle kadınlar alışveriş, temizlik ve rutin işlerine ek olarak çocuklarının duygusal ihtiyaçlarını karşılamak, online dersleri takip etmek, aktiviteler yapmak gibi ek sorumluluklarda yüklenmek durumunda kalmıştır. Aynı zamanda çalışan bir anne ise çocuklarına bakacak bakıcı bulmakta zorlanmakta varsa aile büyüklerinin yanına göndermekte, çocuklarından ayrı kalmakta bu yüzden ciddi bir stres yükünün altına girmektedir (Mert, 2020). COVID sebebiyle hastanede yatma veya karantinaya girmek durumunda kalan kadınların bakım ve gıda temini için yakınlarına güvendiği ve bu durumun enfeksiyon kontrolünü zorlaştırdığı belirtilmektedir (Hussein, 2020).

Salgının başlarında uygulanan sokağa çıkma kısıtlamaları ve yaşanan bilinmezlik kadının cinsel sağlık veya üreme sağlığı ve haklarını çeşitli şekillerde etkilemiştir. Kadınlar üreme sağlığı hizmetlerine ve aile planlaması yöntemlerine ulaşmakta zorlanmış bunun sonucunda cinsel yolla bulaşan hastalıklar, güvenli olmayan kürtaj, düşük, anne ve bebek ölümlerinde artış görülebilmektedir (Tang ve ark., 2020).

Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu, COVID-19 salgını sürecinde 47 milyondan fazla kadının modern aile planlaması yöntemlerine erişim problemi yaşayacağı ve bunun sonucu olarak gelecek aylar içinde 7 milyondan fazla istenmeyen gebelik olabileceğini belirtmektedir.

Salgın döneminde hastaneye gitmekten korkma, hastanelerin virüs sebebiyle yoğunluğu, kadınların rutin kontrollerini ertelemesine sebep olmaktadır (Yağmur, 2020).

Ekonomik sıkıntılar, aileler üzerindeki stresi, çatışmaları ve şiddeti arttırmakta, kaynaklar azaldıkça, kadınların ekonomik istismar yaşama ve şiddet görme riski artmaktadır. Ayrıca kadına şiddetin en fazla yaşandığı alanlar evlerdir ve evlerde kalma önlemlerinin getirildiği dönemde sorunun önemi artmıştır. Şiddete maruz kalan kadınlar ve çocuklar karantina sırasında şiddet uygulayandan kaçamamaktadır. Şiddet mağduru kadınlar, çoğunlukla aşağılanmakta, hor görülmekte ve suçlanmaktadır. Toplum şiddete uğrayan kadınları yalnız ve desteksiz bırakmaktadır (Ulutaşdemir, 2002). Pandemi sürecinde, cinsiyete dayalı şiddet mağdurlarının korunması ve gereksinim duydukları hizmeti alabilmeleri zorunludur.

### **COVID-19 Pandemisinin Gebeler Üzerindeki Etkisi**

Özellikle dünyada krize sebep olan pandemi süreci gebeler için bilinmezliklerle doludur. Literatürde COVID-19 enfeksiyonu ve gebeliğe olan etkileri hakkında veri eksikliği bulunmaktadır (Y.-H. Chen, Keller, Wang, Lin ve Lin, 2012; Poon ve ark., 2020). Dünya sağlık örgütü 2020 verilerinde COVID-19'un İnfluenza A'nın (H1N1) aksine, hamile kadınlarda şiddetli hastalık riski taşımadığı, 147 hamile kadın (64'ü doğrulanmış, 82'si şüpheli ve 1'i asemptomatik) üzerinde yapılan bir araştırmada % 8'inde şiddetli hastalık olduğu ve yalnızca % 1'inin kritik olduğunu göstermiştir (WHO, 2020). Koronavirüsün fetal ve maternal etkilerinden dolayı gebelerin korunması, enfeksiyonun

tanısı, tedavisi, önlenmesi ve yönetiminde özel kriterlere ihtiyaç duyulmaktadır (Yu, Fang ve Wu, 2020). Gebelerin bağışıklık faktörlerinde değişimler geliştiği için özellikle solunum patojenlerine ve şiddetli pnömoniye karşı duyarlıdırlar (Özcan, Elkoca ve Yalçın, 2020). Ayrıca hamile kadınlar fizyolojik değişiklikler (Örn., Diyafram yükselmesi, artan oksijen tüketimi ve solunum yolu mukozasının ödemi) ve immünoşüpresif durumları nedeniyle solunum patojenlerine ve şiddetli pnömoniye özellikle duyarlıdır (Zambrano ve ark., 2020). Şimdiye kadar, gebeliğin son haftalarında COVID-19 pnömonisi gelişen kadınlarda dikey geçişin neden olduğu intrauterin enfeksiyona dair hiçbir kanıt yoktur (Chen ve ark., 2020). Daha yakın zamanda yapılan bir çalışma, gebeliğin sonlarında enfekte olmuş hastaların sonuçlarının çok iyi görüldüğünü göstermiştir (Nan Yu ve ark., 2020).

COVID-19'un gebelik ve lohusalık döneminde ruhsal yönden olumsuz etkileri de olabilmektedir. Bu açıdan pandemi sürecinde doğum yapan kadınların, doğum sonrası yaşanan ruhsal sorunlar bakımından ele alınması ve doğum sonunda anne psikiyatri hemşireleri tarafından postpartum depresyon yönünden ayrıca anne-bebek ilişkisi açısından gözlenmesi ve değerlendirilmesi oldukça önemlidir (Uzun, 2020).

### **COVID-19 Pandemisinin Erkekler Üzerindeki Etkisi**

Yeni şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs (SARS-CoV-2) hastalığı 2019 (COVID-19), enfekte erkekler arasında kadınlara kıyasla daha kötü bir klinik seyir izliyor gibi görünüyor, bu da cinsiyetin ciddi prognoza yatkınlığı konusundaki endişe yaratmaktadır. Epidemiyolojik veriler, ölen hastalar arasında erkek cinsiyetini Çin'de %73 (Chen ve

ark.), Güney Kore'de %59 (Korean Society, 2020) ve İtalya'da %70 (Rate, 2020), Türkiye'de ise %62 (Sağlık Bakanlığı, 2020) olduğu görülmektedir. Böylece dünya çapında vaka ölüm oranlarının neredeyse erkeklerde kadınlardan üç kat daha fazla olduğu görülmektedir. Vakaların çoğunda, ölümler akciğer sıkıntısına, akut kardiyovasküler ve böbrek hasarı, sepsis ve çoklu organ yetmezliğine bağlıdır (Shi ve ark., 2020; Zhou ve ark., 2020). Bu nedenle, androjenlerin, özellikle de testosteronun (T), bu aşırı riski yönlendirmede kritik bir rol oynadığından şüphelenilmiş ve birkaç çalışma yapılmıştır. Dikkat çekici bir şekilde, erkeklerde beklenen yaşam süresi şu anda kadınlar için tanımlananla karşılaştırıldığında daha kısadır ve bu fark, erkeklerin daha hızlı yaşlanmasına bağlanabilir (Lenart, Kuruczova, Joshi ve Bienertová-Vašků, 2019). Erkeklerde daha fazla tütün mamulü kullanılması ve solunum ve kardiyovasküler hastalıklarında daha fazla görülmesinin de etkili olduğu düşünülmektedir (Higgins ve ark., 2015).

Birçok erkek pandemi döneminde işini kaybetme tehlikesiyle karşı karşıya kaldı. Aynı zamanda pandemi ile birlikte ailenin ve çocukların ihtiyaçları arttı. Bu ihtiyaçları karşılayamayan erkeklerin ruh sağlıklarında bozulmalara, uyku problemlerine ve kaygı yaşamalarına sebep olmuştur. Salgın döneminde şiddet ve güvenlik açığının arttığını bildirilmiştir. Birçoğu için krizin ekonomik etkisi çocuklara yönelik ebeveynlik stresi, istismarı ve şiddeti arttırdığı da görülmektedir (Brooks ve ark., 2020; Cluver ve ark., 2020; Connell ve Strambler, 2020).

## COVID-19 Pandemisinin Çocuklar Üzerindeki Etkisi

Çocuklarda COVID-19 semptomları yetişkinlere göre daha az şiddetli olduğu görünmektedir. Çocuklar ile ilgili verilere baktığımızda düşük oranda doğrulanmış vaka tespit edilmiştir ya da klinik olarak şüphelenilen hastalık durumu mevcuttur. Lu ve arkadaşlarının 171 çocuk üzerinde yapmış oldukları çalışmada, bazı çocuk hastalarda, COVID'in tipik semptomlarından %41.5 ateş, %48.5 öksürük ve %46,2 farinks konjesyonu bazılarında ise yalnızca hırıltılı solunum kaydedilmiştir (Lee, Hu, Chen, Huang ve Hsueh, 2020; Ludvigsson, 2020). Çocuklarda görülen diğer semptomlar ise ishal (%8.8), yorgunluk (%7.6), burun kanaması (%7.6) ve kusma (%6.4) idi. Çocukların önemli bir kısmında hastaneye yatışta taşipne (%28.7) ve taşikardi (%42.1) görüldü (Lu ve ark., 2020). İyileşme süreçlerine bakacak olursak çocukların genellikle 1-2 hafta içerisinde iyileştiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (Cao, Chen, Chen ve Chiu, 2020).

Çocuk ölüm oranlarına bakacak olursak birçok çalışma, oranların düşüklüğünden bahsetmektedir. Cai ve arkadaşlarının 965 hasta üzerinde yapmış olduğu çalışmada 10-19 yaş grubunda bir çocuğun öldüğünü, 0-9 yaş grubunda ise ölüm olmadığı görülmektedir (Cai ve ark., 2020). Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan başka bir çalışma ise COVID-19'lu 123 ABD'li çocuktan şimdiye kadar ölmediğini göstermiştir (COVID ve Team , 2020). Türkiye'de ise şimdiye kadar 15 yaş altı toplam ölüm bildirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak COVID-19 salgını aile sağlığını derinden etkilemiştir ve etkilemeye devam etmektedir. Öncelikle bütün aile bireyleri için koruyucu malzeme desteği sağlanmalıdır. DSÖ, COVID-19 salgın sürecinde insanların cinsel sağlık ve üreme sağlığı gereksinimlerinin devam ettiğini ve bu hizmetlerin yüksek öncelikli ve temel bir sağlık hizmeti olduğunu açıklamıştır. Bu yüzden kadın sağlık çalışanlarının kadınların ve kız çocuklarının temel hijyen ve sanitasyon(hijyenik ped, sabun, el dezenfektanı vb.) malzemeleri hükümetler tarafından sağlanmalıdır. Aile sağlığı ve bütünlüğü için ev işlerinin eşit paylaşımı sağlanmalıdır. Çocuklar da ev içerisinde, kendi yapabilecekleri işlere katılmalıdır. Kadınlar şiddete karşı korunmalıdırlar. Pandemiden etkilenen ailelere maddi ve psikososyal destek sağlanmalıdır.

## KAYNAKLAR

- Aponte, J., Nickitas, D.M. (2007). Community as client: Reaching an underserved urban community and meeting unmet primary health care needs. *Journal of community health nursing*, 24(3), 177-190.
- Aydin Sayılan A, Kulakaç N, Uzun S. (2020). Burnout levels and sleep quality of COVID 19 heroes. *Perspect Psychiatr Care*, 1-6.
- Bostan, S., Erdem, R., Öztürk, Y., Kılıç, T., Yılmaz, A. (2020). The effect of COVID-19 pandemic on the Turkish society. *Electron J Gen Med*, 17(6), 237.
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., Rubin, G.J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.
- Cai, J., Xu, J., Lin, D., Xu, L., Qu, Z., Zhang, Y., . . . Ge, Y. (2020). A case series of children with 2019 novel coronavirus infection: clinical and epidemiological features. *Clinical Infectious Diseases*.
- Cao, Q., Chen, Y.C., Chen, C.L., Chiu, C.H. (2020). SARS-CoV-2 infection in children: Transmission dynamics and clinical characteristics. *Journal of the Formosan Medical Association*, 119(3), 670.
- Cascella, M., Rajnik, M., Cuomo, A., Dulebohn, S. C., Di Napoli, R. (2020). Features, Evaluation and Treatment Coronavirus (COVID-19). In *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing StatPearls Publishing LLC*.
- Chen, H., Guo, J., Wang, C., Luo, F., Yu, X., Zhang, W., . . . Gong, Q. (2020). Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. *The Lancet*, 395(10226), 809-815.



- Chen, T., Wu, D., Chen, H., Yan, W., Yang, D., Chen, G. (2019). Clinical characteristics of 113 deceased patients with coronavirus disease 2019: retrospective study [published online March 26, 2020]. *BMJ*.
- Chen, Y.H., Keller, J., Wang, I.T., Lin, C.C., Lin, H.C. (2012). Pneumonia and pregnancy outcomes: a nationwide population-based study. *American journal of obstetrics and gynecology*, 207(4), 288. e281-288. e287.
- Cluver, L., Lachman, J.M., Sherr, L., Wessels, I., Krug, E., Rakotomalala, S., . . . Green, O. (2020). Parenting in a time of COVID-19.
- Connell, C. M., Strambler, M. (2020). Studying the unintended consequences of COVID-19 responses on family wellbeing and child safety.
- COVID, T.C., Team, R. (2020). Severe outcomes among patients with Coronavirus disease 2019 (COVID-19)-United States, February 12-March 16, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 69(12), 343-346.
- Çıtak, N. (2020). COVID-19 ve sınıfsal eşitsizlik. ss. 441-470. file:///C:/Users/n%C4%B1lgunulutasdemir/Downloads/covid19-rapor\_6\_Part56.pdf
- Dhama, K., Sharun, K., Tiwari, R., Sircar, S., Bhat, S., Malik, Y. S., . . . Rodriguez-Morales, A. J. (2020). Coronavirus Disease 2019–COVID-19.
- Di Giorgio, E., Di Riso, D., Mioni, G., Cellini, N. (2020). The interplay between mothers' and children behavioral and psychological factors during COVID-19: An Italian study.
- Doğan, İ. (2007). Vatandaşlık demokrasi ve insan hakları (6. Baskı). Ankara: Pegem Akademi Yayınları.
- Duyan, G. (2000). Aile işlevleri ile ailenin sosyal, demografik ve ekonomik nitelikleri ve yaşam döngüsü arasındaki ilişkiler. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,

Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı, Ankara.

Göksu, Ö., Kumcağız, H. (2020). Covid-19 Salgınında bireylerde algılanan stres düzeyi ve kaygı düzeyleri. *Electronic Turkish Studies*, 15(4).

Güneş, G. (2020). 2. Ünite: Yeni Koronavirüs (COVID-19) Hastalığı: Küresel durum. Yeni koronavirüs hastalığının toplum üzerine etkileri, 14.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) (2020). Yeni koronavirüs hastalığı (Covid-19) pandemisine Türkiye’de hazırlık ve yanıt: 28. gün değerlendirmesi

Hallaç, S., Öz, F. (2014). Aile kavramına kuramsal bir bakış. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 142-153.

Higgins, S.T., Kurti, A.N., Redner, R., White, T. J., Gaalema, D.E., Roberts, M.E., . . . Stanton, C.A. (2015). A literature review on prevalence of gender differences and intersections with other vulnerabilities to tobacco use in the United States, 2004-014. *Preventive Medicine*, 80, 89-100.

Higuera, J. C. B., González, B. L., Durbán, M. V., Vela, M. G. (2013). Atención espiritual en cuidados paliativos. Valoración y vivencia de los usuarios. *Medicina Paliativa*, 20(3), 93-102.

<https://marmara.libguides.com>. Korona virüsün küresel haritası. Retrieved from <https://marmara.libguides.com/c.php?g=678819>. Erişim Tarihi: 11.11.2020.

Hussein, J. (2020). COVID-19: What implications for sexual and reproductive health and rights globally? In: Taylor & Francis.

KoreanSociety. (2020). Report on the epidemiological features of Coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in the Republic of Korea from January 19 to March 2, 2020. *Journal of Korean medical science*, 35(10), e112.

- Lee, P.I., Hu, Y.L., Chen, P.Y., Huang, Y.C., Hsueh, P.R. (2020). Are children less susceptible to COVID-19? *Journal of Microbiology, Immunology, and Infection*.
- Lenart, P., Kuruczova, D., Joshi, P. K., Bienertová-Vašků, J. (2019). Male mortality rates mirror mortality rates of older females. *Scientific reports*, 9(1), 1-9.
- Lu, X., Zhang, L., Du, H., Zhang, J., Li, Y.Y., Qu, J., . . . Li, Y. (2020). SARS-CoV-2 infection in children. *New England Journal of Medicine*, 382(17), 1663-1665.
- Ludvigsson, J. F. (2020). Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatrica*, 109(6), 1088-1095.
- Masters, K. (2014). *Nursing theories: A framework for professional practice*: Jones & Bartlett Publishers.
- McKibbin, W. J., Fernando, R. (2020). The global macroeconomic impacts of COVID-19: Seven scenarios.
- Mert, A. (2020). COVID-19 Salgını Sürecinde Farklı Yönleriyle Kadınların Durumu. Koç Üniversitesi Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları Araştırma ve Uygulama Merkezi. 2020. In.
- Metintaş, S. (2020). COVID-19 pandemisinin yönetimi. <https://www.solunum.org.tr/TusadData/Book/881/13102020155458-bolum01.pdf>. Erişim Tarihi: 11.11.2020.
- Özcan, H., Elkoca, A., Yalçın, Ö. (2020). COVID-19 Enfeksiyonu ve Gebelik Üzerindeki Etkileri. *Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi*, 25(Supplement 1), 43-50.
- Özkan Arslan, H., Özbek, Ş., Bursa, A.G. (2015). Küreselleşen sağlık ve kadın sağlığı hemşireliği. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 2(2), 46-57.

- Poon, L.C., Yang, H., Lee, J.C., Copel, J.A., Leung, T.Y., Zhang, Y., . . . Prefumo, F. (2020). ISUOG Interim guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: Information for healthcare professionals. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*.
- Rate, C.-F. (2020). Characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *Onder G, Rezza G, Brusaferro S. JAMA*. Published online March, 23.
- Rothe, C., Schunk, M., Sothmann, P., Bretzel, G., Froeschl, G., Wallrauch, C., . . . Guggemos, W. (2020). Transmission of 2019-nCoV infection from an asymptomatic contact in Germany. *New England Journal of Medicine*, 382(10), 970-971.
- Sağlık Bakanlığı. (2020). [https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39229/0/covid-19-haftalik-durum-raporu---43pdf.pdf?\\_tag1=70F7CD89B8F7191D8FAD3ACF29EF550190C31B61](https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39229/0/covid-19-haftalik-durum-raporu---43pdf.pdf?_tag1=70F7CD89B8F7191D8FAD3ACF29EF550190C31B61).
- Shi, S., Qin, M., Shen, B., Cai, Y., Liu, T., Yang, F., . . . Zhao, Q. (2020). Cardiac injury in patients with corona virus disease 2019. *JAMA Cardiol*.
- Tang, K., Gaoshan, J., Ahonsi, B., Ali, M., Bonet, M., Broutet, N., . . . Thwin, S.S. (2020). Sexual and reproductive health (SRH): a key issue in the emergency response to the coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Reproductive Health*, 17, 1-3.
- Taşkın, L. (2016). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği (Genişletilmiş XIII.baskı): [Yyy] (Sistem Ofset Matbaacılık)*.
- Thornhill, R., Fincher, C.L. (2014). *The parasite-stress theory of values and sociality: Infectious disease, history and human values worldwide: Springer*.

- TÜİK. (2018). Türkiye İstatistik Hanehalkı Bilisim Teknolojileri Kullanım Arastirmasi. <http://www.tuik.gov.tr.PreHaber> Bultenleri. do. Erişim Tarihi: 11.11.2020.
- Ulutaşdemir, N. (2002). Kadına yönelik şiddet. Sağlık ve Toplum, 12(4), 15-20.
- Uzun, S. (2020). Pandemilerde toplum rehabilitasyonunda psikiyatri hemşiresinin yeri. Gürhan N, editör. Pandemide Psikiyatri Hemşireliği. 1. Baskı. Türkiye Klinikleri, 8-11, Ankara.
- WHO. (2020). China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (Covid-19). (2020, 16 Mayıs). In.
- Yağmur, Y. (2020). COVID-19'un kadın sağlığı üzerine etkileri. 3. Ünite. Yeni koronavirüs hastalığının toplum üzerine etkileri ve hemşirelik yaklaşımları, (Eds. Rukuye Aylaz, Erman Yıldız), Malatya Üniversitesi Yayınevi, ISBN: 978-605-7853-43-1, ss. 27-34.
- Yoon, M.K., Kim, S.Y., Ko, H.S., Lee, M.S. (2016). System effectiveness of detection, brief intervention and refer to treatment for the people with post-traumatic emotional distress by MERS: a case report of community-based proactive intervention in South Korea. International journal of mental health systems, 10(1), 51.
- Yu, N., Fang, Z., Wu, J. (2020). Novel coronavirus pneumonia in pregnancy: perinatal outcomes. Progress Obstet Gynecol.
- Yu, N., Li, W., Kang, Q., Xiong, Z., Wang, S., Lin, X., . . . Deng, D. (2020). Clinical features and obstetric and neonatal outcomes of pregnant patients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective, single-centre, descriptive study. The Lancet Infectious Diseases.

Zambrano, L.I., Fuentes-Barahona, I.C., Bejarano-Torres, D.A., Bustillo, C., Gonzales, G., Vallecillo-Chinchilla, G., . . . Bonilla-Aldana, D.K. (2020). A pregnant woman with COVID-19 in Central America. *Travel Medicine and Infectious Disease*.

Zhou, F., Yu, T., Du, R., Fan, G., Liu, Y., Liu, Z., . . . Gu, X. (2020). 530 Y. Wei, H. Li, X. Wu, J. Xu, S. Tu, Y. Zhang, H. Chen, B. Cao, Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective cohort study. *Lancet*, 395, 1054-1062.

Zhu, N., Zhang, D., Wang, W., Li, X., Yang, B., Song, J., . . . Lu, R. (2020). A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. *New England Journal of Medicine*.



**BÖLÜM 5**  
**COVID-19 PANDEMİSİ ve RİSKLİ GEBELİK**  
**YÖNETİMİ**

Öğr. Gör. Meltem ŞAHİN<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Gümüşhane Üniversitesi, Gümüşhane Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Gümüşhane, Türkiye, meltemdemir2929@hotmail.com





## **GİRİŞ**

Hem dünyayı hem de ülkemizi etkileyen; bütün insanların çalışma ve sosyal hayatını ve daha da önemlisi sağlığını ruhen ve bedenlen etkileyen, COVID-19 olarak adlandırılan bir pandemi sürecinden geçmektedir. İlk kez 2019 yılının sonlarında Çin’de sebebi bilinmeyen bir şekilde ortaya çıkan bu durum solunum yollarını etkileyen bir hastalıktır. COVID-19 salgını, dünyanın her köşesine yayıldığı için Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2020 yılının Mart ayında bu durumu “pandemi” açıkça bildirmiştir (WHO, 2020).

Gebelik ve doğum; anne adayları için keyif veren ve annenin bebeğini olumlu düşüncelerle beklediği doğal gelişen olaydır. Gebelikte ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler, sağlık ve hastalık arasındaki sınırı daraltmaktadır. Bu yüzden gebeliklerin her biri potansiyel bir tehlike oluşturabilmektedir (Aydemir ve Uyar Hazar, 2014). Gebelik dönemi hem fetal hem de maternal etkilerin ortaya çıkabileceği bir dönem olmasıyla birlikte, pandemi problemi bu sürece daha da olumsuz etki yaratmaktadır. Riskli bir gebeliği pandemi sürecinde yönetmek anne-bebek mortalite ve morbitide oranlarını azaltmada etkili olacaktır.

## **PANDEMİ ve COVID-19**

Yunancada “pan: bütün + demos: insanlar” sözcüklerinden oluşan “pandemi” ; dünyada birden fazla ülke veya kıtayı etkileyen, çok geniş alanlara yayılarak ve salgınlara yol açan hastalıklar için kullanılmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’ü (DSÖ) bir hastalığın pandemi olarak kabul edilmesi için üç ölçüte sahip olması gerekmektedir. Bu

ölçütler; bilinmeyen virüs varlığı ya da değişim geçirmiş virüs olması, insanlarda kolaylıkla bulaşabilmesi, insanlarda devamlı olarak birbirine geçmesi olarak bahsedilmektedir (TÜBA, 2020).

Pandemi tüm insanlar üzerindeki gücü virüsün virülansına, enfektivitesine, insanların bağışık olmasına, temasın fertler arasında olması ve ulaşımın niteliğine, risk etmenlerine, sağlık hizmetlerinin sunumu ve de iklim özelliklerine göre değişiklik oluşturmaktadır. Coronavirüs olarak adlandırılan bu virüs hızlı bir şekilde yayılarak insan sağlığını olumsuz olarak etkilemesinden dolayı pandemi ilan edilmesine neden olmuştur. Bunun gibi yayılımı hızlı olan enfeksiyonlarda kontrol ve korunma tedbirlerini 3 aşamada yapılabilmektedir:

- Kaynağa ilişkin alınması gereken tedbirler; etkenin tespit edilmesi, hastalığın gerekli yerlere bildirilmesi, hastalık tanısının kesinleştirilmesi, hasta olanların ayrıştırılması ve tedavi edilmesi, taşıyıcıların tespiti, şüphelilerin ise sağamlardan ayrılması, gerekli bilgilendirilmenin yapılması, hayvanlardan insanlara bulaş olması durumunda bu hayvanların yok edilmesidir.
- Bulaşma yoluna yönelik alınması gereken tedbirler; çevre şartlarını düzgün hale getirilmesi, içecek ve yiyecek maddelerinde denetim yapılması, enfeksiyon hakkında sağlık bilgilendirilmesi, bireysel hijyen ve koruyucu ekipmanların kullanımı, insanların yer değiştirmesini sınırlandırmaktır.

- Sağlam bireye ilişkin alınması gereken tedbirler; varsa eğer enfeksiyona karşı aşı uygulanması, aşılama, sağlam bireylerin gözlenmesi, sağlıklı beslenmeye çalışılmasıdır (TÜBA, 2020).

## Tarihte Pandemiler

Dünya tarihini incelediğimiz zaman ülkeleri sosyolojik, demografik ve ekonomik olarak etkileyen, dramatik sonuçlara neden olan çok çeşitli pandemik vakaların olduğunu görmekteyiz. Bu dramatik sonuçlar ülkelerin ve milletlerin yapısını değiştirdiği gibi tarihin akışını da değiştirmişlerdir (TÜSPE, 2020/2).

Geçmişe bakıldığında insanlar veba, kolera, tifüs, çiçek, ebola yakın tarihte ise SARS ve MERS pandemileri, domuz gribiyle mücadele etmişlerdir (TÜBA, 2020; Budak ve Korkmaz 2020). Şekil 1.'de yakın tarihteki salgınlar dünyayı etkilediğini göstermektedir.

Şekil 1. Son 20 Yıl İçerisinde Görülen Önemli Salgın Hastalıklar



**Kaynak** (WHO, 2018).

## **COVID-19 PANDEMİSİ**

İnsanlarda genel olarak soğuk algınlığına benzer belirtiler gösteren koronavirüsler (CoV); SARS ve MERS ‘deki virüs ailesine benzemesine rağmen daha tehlikeli olabildiği ortaya konulmuştur. Bu virüsün dış kısmındaki uzantılar taça benzetildiği için Latince’de taç anlamına gelen “corona” sözcüğü koronavirüs olarak anılmaya başlanmıştır (WHO, 2020b; Budak ve Korkmaz, 2020). Koronavirüsler; RNA virüsleri olarak sınıflandırılmakta, aynı zamanda hayvanlardan insanlara bulaşan, biyolojik yapıları da değişmesinden dolayı salgınlara sebep olabilecek potansiyele sahip patojenlerdir (Carrasco-Hernandez ve ark., 2017; Budak ve Korkmaz, 2020).

İlk kez 2019 yılının sonlarında Çin’de görülen bu virüs, teması olan bireylerde zatürre veya solunum yolları belirtileri görülmüştür. Daha önceki koronavirüslerden farklı olduğu için SARS-CoV-2 olarak isimlendirilmiştir (Aslan, 2020; Xu ve ark., 2020; Budak ve Korkmaz, 2020). Bu virüsün meydana getirdiği hastalık ise “COVID-19” olarak ismi konulmuştur (WHO, 2020c; Budak ve Korkmaz, 2020).

### **COVID-19 Belirtileri**

Hastalık birdenbire ortaya çıkan belirtiler göstermektedir. Boğazda ve kaslarda ağrı, halsizlik, iştahsızlık, bulantı-kusma, ateşin yükselmesi, öksürük ve ciddi nefes darlığı yaşandığından bahsedilmektedir. Ağır vakalarda böbrek yetmezliği, pnömoni belirtileri, kalpte hasarlar yaratacak kadar ve aynı zamanda ölüme de yol açan komplikasyonları

olmaktadır. DSÖ kuluçka süresini 2 ila 14 gün arasında olduğunu bildirmiştir. Buna rağmen çoğunlukla temas edenlerde solunum ve ateş belirtileri 3-6 gün sonra meydana çıkmıştır (Kristian ve ark., 2020; Çiftçi ve Çoksüer, 2020). Genellikle hafif seyrederek ayakta geçirilmekte, bazılarında ise ağır solunum yetmezliği ve ek belirtiler gösterdiğinde ya da kronik hastalığı olanlarda hastanede tedavi edildiği düşünülmektedir.

## **Tanı**

Hastalık belirtileri gösterenlerde genellikle ağız ve burundan alınan sürüntü örnekleri ve daha az kullanılan bronkoalveolar lavaj yoluyla akciğerlerden örnekler alınmaktadır. Buna ek olarak radyolojik incelemelerde “buzlu cam” görüntüsüne bakılmaktadır. Kandan alınan numunelerde tanı için ek olarak kullanılmaktadır (TÜBA, 2020).

## **COVID-19 Tedavisi**

COVID-19’da kesinleşmiş bir tedavi henüz bulunmamaktadır. Fakat antiviral ilaçlar, oksijen tedavisi, sıvı elektrolit dengesinin desteklenmesi ve ikincil bakteriyel enfeksiyonların tabloya eklenmemesi için spektrumlu antibiyotik kullanıldığı bildirilmektedir. Ülkemizde tedavisi için hastanın klinik belirtilerine, yaşına ve kronik hastalığının varlığına göre yaklaşımda bulunmaktadır. 50 yaşın altında belirtileri hafif ve kronik hastalığı olmayanlar evde tedavi edilirken, komplikasyonlar gelişebilecek ve ağır belirtiler

gösterenlerde ise hastane ortamında tedavi edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Avrupa Yoğun Bakım Derneği Sepsis Kılavuzuna göre sadece mekanik ventilasyondaki akut solunum yetmezliği olan hastalarda kortikosteroid tedavisi önerilmiştir. Bunlara ek olarak tomografide buzlu cam görüntüsü olan pozitif olgularda ise immün plazma uygulaması önerilmiştir (TÜSPE, 2020/2).

## **RİSKLİ GEBELİKLER**

“Risk”; bir veya daha fazla etmenin etkisi ile istenmeyen durumların oluşma ihtimalidir. Gebelikte risk durumu ise, normal süreçte beklenmeyen fakat gebeliğin öncesinde var olan ya da gebelikte birlikte ortaya çıkan komplikasyonlar olarak tanımlanabilir (Kuru, 2007; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014).

Gebelik bütün toplumlarda sağlık açısından risk grupları arasında yer almaktadır (Soğukpınar ve ark., 2018). Gebelikte progesteronun artması ile burun mukozası kurumakta ve hipoksi oluşmaktadır. Yine bu süreçte immün sistem baskılanmakta ve gebeliğin ilerleyen aylarında ise uterus diyaframa baskı yaratmaktadır (Daniel ve ark., 2020; Aydın ve ark., 2020). Bu yüzden gebelik diğer insanlara göre viral kaynaklı enfeksiyonlara yatkınlığını artırmaktadır (Gottfredsson, 2008). Gebelik tanısı almış her bir kadında risk faktörlerinin varlığı ve ilerde risk oluşturabilecek durumlar saptanmalıdır. Gebeliğin erken dönemlerinde diyabet ya da erken doğum risk faktörleri arasındayken, herhangi bir riski olmayanlarda membran rüptürü ya da gebeliğin

sebepler olduğu hipertansiyon aniden de gelişebilmektedir (Aydemir ve Uyar Hazar, 2014).

Mevcut kanıtlar dahilinde gebe kadınlar, COVID-19 enfeksiyonu ve sonuçlarına genel nüfusa göre daha duyarlı görünmemektedirler. Bununla birlikte gebelerin influenza ve SARS-CoV gibi diğer solunum yolu enfeksiyonlarında artmış morbidite ve mortalite riskine sahip oldukları bilinmektedir. Bu nedenle gebeler COVID-19 için riskli popülasyon olarak kabul edilmelidir. (Akpınar ve Üstün, 2020). Gebeler bağışıklık baskılayıcı bir durum geliştiği için özellikle solunum patojenlerine ve şiddetli pnömoniye karşı duyarlıdırlar (Özcan, Elkoca ve Yalçın, 2020).

Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği'nin hazırladığı Tanı ve Tedavi Klavuzları kitabında da gebelerin yüksek, orta ve düşük risk gruplarına ayrıldığı belirtilmektedir (Türkiye Maternal Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği, 2007).

### **Düşük Riskli Gebelik**

Potansiyel bir risk olarak görülen her gebelik düşük riskli olarak kabul edilerek, aktif bir komplikasyonun olmadığı anlamına gelir. Gebeler hamilelik süreci boyunca rutin olarak yapılan laboratuvar ve tarama testleri sonuçları normaldir. Her gebelikte görülebilen istenmeyen belirtiler ve fiziksel sorunlar hamilelikten sonra geçmekte ve sağlıklı bebekler dünya gelmektedir (Queenan, ve ark., 2007; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014).



## **Riskli Gebelik**

Riskli gebelikler, hastaneye yatırılmadan ayaktan tedavi edilebilen, gebenin laboratuvar test sonuçları normal fakat testlerin tekrarlanması ya da daha yakından gözlenmesi gereken gebelerdir. Bu nedenle gebeliğin erken döneminden başlanılarak doğuma kadar belli aralıklarla kontroller takip edilmelidir. Gebeliğin ilerleyen döneminde uzman kadın doğum hekimine yönlendirilebilirler ya da obstetri kliniğinde ebe veya hemşire gözetiminde bakım ve doğum sürecini tamamlayabilirler (Queenan ve ark., 2007; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014). Gebenin riskli durumu; anamnez, fiziksel muayene, laboratuvar tetkikleri, fetal gelişme ve iyilik durumu, fetal sağlığın değerlendirilmesini içeren prenatal kontrollerden elde edilen veriler doğrultusunda belirlenir (Turan ve ark., 2008; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014).

Gebelikteki riskler anne ve bebeğin hayatını tehdit etmeden kontrol altına alınabilmelidir. Eğer böyle bir risk var ise gebe hastaneye yatırılmalı ve takipler sırasında sağlık personeli tarafından desteklenmeli, motive edilmelidir. Bu süreçte gebe ile ilgilenen ebe ve hemşirelerin görevi oluşabilecek riski en erken devrede tanılamak, riskin anne ve bebeğe getireceği riskleri önlemek ve alınacak tedbirler ile anne ve bebeğin sağlığını korumaktır (Coşkun, 2012). Ayrıca Gebelik döneminde kadınların uyguladığı sağlık davranışları, hem gebelik hem de doğum sonu dönemde anne ve bebek sağlığını etkilemektedir (Özcan ve Beji, 2015).

Turan ve arkadaşlarının 96 gebe üzerinde yaptıkları çalışmada annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörlere bakılmıştır. Bu çalışmada annelerin %19.8'i gebelikte sağlık problemi yaşamıştır. Gebelerin %18.2'si bulantı ve kusma, %13.7'si hipertansiyon, %22.7'si erken doğum riski, %9.1'i gestasyonel diyabet, %4.5'i kardiyolojik sorunlar, %4.5'i toksoplazma enfeksiyonu, %9.1'i ise üriner sistem enfeksiyonu ve bel ağrısı sorunu yaşadıklarını belirtmişlerdir (Turan ve ark., 2008; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014).

### **Yüksek Riskli Gebelik**

Annenin ya da bebeğin hayatlarının tehlikede olduğu gebelikler yüksek riskli gebeliklerdir. Yüksek riskli gebelikler iki grupta incelenmektedir (Taşkın, 2011).

**Gebelikte oluşan sağlık sorunları:** Erken membran rüptürü, doğum öncesi kanamalar, gebelikte hipertansiyon, hiperemiz gravidarum, çoğul gebelik gibi durumların varlığı ya da olasılığı gebelerde yüksek risk oluşturmaktadır.

**Gebelik öncesinde var olan sağlık sorunları:** Annenin ileri yaşının olması ya da gebeliğin başlangıcında diyabet, kan hastalığı, kalp hastalığı, enfeksiyon hastalıkları, Rh uyuşmazlığı, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar gibi rahatsızlıkları olabilir. Bu durumda ki anne gebe kalmayı planlama sürecinden itibaren mutlaka doktor kontrolünde sıkı takip edilmelidir.

## COVID-19 PANDEMESİNDE RİSKLİ GEBELİK YÖNETİMİ

1. Rutin gebelik muayenesine başvuran ve enfeksiyon şüphesi olan gebelerde ailelerine bildirilmeli ve aynı zamanda tıbbi bakım ya da acil obstetrik ihtiyaçları olmayanları, triaj birimlerinde bulunmamaları önerilmektedir (Akpınar ve Üstün, 2020).
2. Gebelere imkanların olması durumunda prenatal takipler arasında telefonla ek destek verilmelidir. Gerekli durumlarda gebeleri uzman kişilerle görüşmesi sağlanmalıdır (Akpınar ve Üstün, 2020).
3. Hastaneye özel ulaşım araçları kullanarak gelmeleri, ambulans gerektiğinde ise gelen personele gebenin COVID-19 hastası olduğunu belirtmelidir (Akpınar ve Üstün, 2020).
4. Temas olduğu düşünülenlerde durumunu ilgili personeli bilgilendirmelidir (Akpınar ve Üstün, 2020).
5. Vakalar doğum kliniğinin girişinde, uygun kişisel korunma ekipmanı olan personel tarafından karşılanmalıdır. Bu personel cerrahi yüz maskesi kullanmalı, (FFP3 maskesi değil), gebeyi uygun bir odaya alana kadar personel yüz maskesini (Akpınar ve Üstün, 2020).
6. Gebe yatarak tedavi edilecekse personelin kişisel koruyucu ekipmanı çıkarması için ek bir oda olması önerilmektedir (Akpınar ve Üstün, 2020).
7. İzolasyon odası çevrelediği alana göre negatif basınçlı olması önerilmektedir (Akpınar ve Üstün, 2020).
8. Ziyaretçi kabul edilmeyip, odaya sadece görevli personel girmelidir.

9. Gebe hastaneye başvurduğunda semptomları gösteriyor, etkilenen bir bölgeye seyahat öyküsü var ve temaslı olduğu biliniyorsa hemen test yapılmalıdır. Test sonuçları çıkana kadar gebeye pozitifmiş gibi davranılmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2020/b).

10. COVID-19 hastası olan gebelerde prenatal takipleri ertelenmemelidir (Calpbinici ve ark., 2020).

11. COVID-19'un kuluçka süresi değişmekte olup, temaslı bir gebe semptomları olmadan hastaneye başvurmuş olabilir. Bu yüzden sağlık personeli yakın temasta yapması gereken takip ve tedavi için gerekli önlemleri alması gerekir (Sağlık Bakanlığı, 2020/b).

12. Sağlık personeli solunum yolu ya da COVID-19 semptomlar gösteren gebelerde kiminle ve nasıl iletişime geçeceği konusunda danışmanlık yapmalıdır (Calpbinici ve ark., 2020).

13. Hafif COVID-19 semptomları olan riskli gebe, doğum için geldiğinde latent ya da aktif fazda ise fetüsün sürekli elektronik monitorize edilebileceği bir doğum ünitesine başvurması önerilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2020/b).

14. Var olan kanıtlar dahilinde COVID-19 olan gebelerde fetal akciğer matürasyonu için steroid kullanımında bir sakınca olduğu bildirilmemiştir (Akpınar ve Üstün, 2020).

15. Gebelerde COVID-19 semptomlarının şiddetini multidisipliner bir ekip tarafından gerçekleştirilmeli ve bu ekip içinde enfeksiyon hastalıkları uzmanı da bulunmalıdır (Calpbinici ve ark., 2020).

16. Maternal değerlendirmede solunum hızı, ateş ve oksijen saturasyonuna bakılmalıdır. Saturasyon saatlik olarak takip edilmeli ve değerler %94'ün üzerinde tutulmalıdır (Çağlar ve Oskay 2020).

17. COVID-19 enfeksiyonunda doğum şeklinin diğerine tercih edilmesi gibi herhangi bir kanıt yoktur. Bu yüzden doğum şekli risk durumuna göre yapılmaktadır (Akpınar ve Üstün, 2020).

18. Bu zamana kadar vajinal sekresyonda COVID-19 açısından test yapılması ve pozitifliği ile ilgili bir veri bulunmamaktadır. Ancak, ABD'de erkek bir hastada alınan dışkı numunesinde virüs bulunduğu da bildirilmiştir (Holshue ve ark., 2020; Akpınar ve Üstün, 2020).

19. COVID-19 enfeksiyonu olan gebelerde epidural veya spinal anestezinin kontrendike olduğuna dair bir veri bulunmamaktadır. Gerekmedikçe genel anesteziden kaçınılmalı, entübe edilecekse gerekli tedbiler alınmalıdır.

20. Gebenin muayenesi esnasında muayene odasında bulunan kişi sayısı azaltılmalıdır.

21. Gebelerde, COVID-19 enfeksiyonu için tanılamada gerekli görüldüğü taktirde hastanın onamı alınarak, radyolojik görüntüleme yöntemlerinden (karın bölgesi kurşun önlükler ile korunmalı) toraks ultrasonografisi (USG), düşük doz akciğer Bilgisayarlı Tomografisi (BT) ve direkt akciğer grafisi kullanılması önerilebilir. Ancak gerekmedikçe BT çekiminde intravenöz kontrast madde kullanılmamalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2020/b).

22. Bu süreçteki gebelerde anksiyete bozukluğu ya da depresyon konusunda da dikkatli olunmalı ve gerekli psikolojik destekler verilmelidir (Aydın ve ark., 2020).

23. Riskler ortaya çıkmadan COVID-19 tanısı gebelerin antiviral tedavi verilmesine gerek yoktur. Ancak riskli bir gebelik ve COVID-19 olanlarda hastanın durumuna göre ve ilaç kar-zarar oranına göre karar verilmelidir(Sağlık Bakanlığı, 2020/b).

24. COVID-19 enfeksiyonu olan vakalarda tokolitik tedavisinin uygulanması tartışmalıdır. Eğer uygulanacak ise gerekli olgularda nifedipin tercih edilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2020/b).

25. COVID-19 enfeksiyonu olan gebelerde yenidoğana doğum sonrası bulaşmaması için, herhangi bir riskde ortaya çıkmadıkça doğum izolasyon süresi tamamlandıktan sonra gerçekleştirilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2020/b).

26. Gebelikte koagülasyonda artış olması ve COVID-19 enfeksiyonu da tromboembolik olaylara sebep olduğundan kontrendike bir durum yoksa hastanede yatan tüm gebelere uygun dozlarda Heparin verilmesi önerilmektedir. Tedavisi sonrasında taburcu olan gebelerde ise profilaktik olarak 7-14 gün daha devam ettirilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2020/b).

27. Analjezi ihtiyacı ortaya çıkan gebeliklerde ise mümkün olan en düşük dozda ve gebelikte kullanımı güvenli olan analjezikler tercih edilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2020/b).

28. Hastaneye yatış için; orta ya da şiddetli hastalığı bulunanlar, hafif hastalığına ilaveten risklerin olması (obezite –VKİ >30 kg/m<sup>2</sup>-, gestasyonel Diabetes Mellitus (DM), pregestasyonel DM, kronik hipertansiyon (HT), preeklampsi, ileri maternal yaş >35, yüksek venöz tromboemboli riski, diğer maternal tıbbi hastalıklar), obstetrik risk taşıyan gereken tüm gebeler hastanede takip edilmektedir.

29. COVID-19 tanılı annelerin emzirmemeleri yönündeki ifadelerin kanıt düzeyi düşüktür ve emzirmenin önemi göz ardı edilmemelidir (Çuvadar ve Özcan, 2020).

## KAYNAKÇA

- Akpınar, F., Üstün, Y. (2020). Kadın hastalıkları ve doğum pratiğinde SARS-COV-2 (COVID-19) enfeksiyonu ile ilgili güncel bilgiler. *Türk Kadın Sağlığı ve Neonatoloji Dergisi*, 2(1), 13-16.
- Aslan, R. (2020). Tarihten günümüze epidemiler, pandemiler ve COVID-19. *Ayrıntı Dergisi*, 8(65), 35-41.
- Aydemir, H., Uyar Hazar, H., (2014). Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeğin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2).
- Aydın, R., Kızılkaya, T., Hancıoğlu Aytaç, S., Taşlar, N. (2020). COVID-19 pandemisinde; gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kadınların sosyal destek gereksinimi ve ebelik yaklaşımları. *Turkish Studies*, 15(4), 679-690.
- Budak, F., Korkmaz, Ş. (2020). COVID-19 pandemi sürecine yönelik genel bir değerlendirme: Türkiye örneği. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, 2(1), 62-79.
- Calpınici, P., Uzunkaya Öztoprak, P., Akbay Kısa, A.S. (2020). Gebelik, doğum ve doğum sonu döneminde yeni koronavirus enfeksiyonunun (COVID-19) yönetimi ve hemşirenin rolü. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 13, 71.
- Carrasco-Hernandez, R., Jacome, R., Vidal, L., Leon, P. (2017). Are RNA viruses candidate agents for the next global pandemic? A review. *ILAR Journal*, 58(3), 343-358.
- Chan, J.F., Yuan, S., Kok, K.H., To, K.K., Chu, H., Yang, J. (2020). A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: A study of a family cluster. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30154-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30154-9).
- Coşkun, A. (2012). Kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği el kitabı. 1. baskı. ISBN: 978-605-62575-6-8, İstanbul, ss: 168-169.



- Çağlar, M., Yeşiltepe Oskay, Ü. (2020). COVID-19 pandemisi sürecinde gebelik ve doğum yönetimi. *SBÜ Hemşirelik Dergisi*, 2(2), 99-104.
- Çiftçi, E., Çoksüer, F. (2020). Yeni koronavirüs infeksiyonu: COVID-19. *Flora*, 25(1), 9-18.
- Çuvadar, A., Özcan, H. (2020). Covid 19 enfeksiyonunda emzirme ve ebeklik bakımı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 7(2), 137-140.
- Daniel, P., Hills, T., Lim, W.S. (2020). Pulmonary Infections in Pregnancy. *Respiratory Disease in Pregnancy*, 57.
- Gottfredsson, M. (2008). The Spanish flu in Iceland 1918. Lessons in medicine and history. *Laeknabladid*, 94(11), 737-745.
- Hasöksüz, M., Kiliç, S., Saraç, F. (2020). Coronaviruses and SARS-CoV-2. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 2020(50), 549-556.
- Holshue, M.L, DeBolt, C., Lindquist, S., et al. (2020). First case of 2019 Novel coronavirus in the United States. *N Engl J Med*, 382, 929-936.
- İşlek, E., Özatkan, Y., Bilir, M.K., Arı H.O., Çelik, H., Yıldırım H.H. (2020). COVID-19 Pandemi yönetiminde Türkiye örneği: Sağlık politikası uygulamaları ve stratejileri. *TÜSPE Rapor: 2020/2*, Ankara: TÜSPE Yayınları.
- Kristian, G., Andrew, R., Lipkin, W., Edward, C., Robert, F. (2020). The proximal origin of SARS-CoV-2. *Nature Medicine* 2020, 17 March.
- Kuru, A. (2007). Gebelerin risk durumunun belirlenmesinde kullanılan knox skorlama sisteminin geçerliliğinin değerlendirilmesi. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebeklik Anabilim Dalı, İzmir.
- Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği. (2005). Tanı ve tedavi klavuzları. Öncü Basımevi.

- Queenan, J.T., Spong, C.Y., Lockwood, C.J. (2007). Overview of high-risk pregnancy, Queenan J.T. (Ed.), Spong C.Y. (Ed.), Lockwood C.J. (Ed.). Management of High-Risk Pregnancy. 5. Edition. ISBN-13: 978-1-4051-2782-0 UK, ss: 16-17.
- Özcan, H., Elkoca, A., Yalçın, Ö. (2020). Covid-19 enfeksiyonu ve gebelik üzerindeki etkileri. Anadolu Kliniği Tıp Bilimleri Dergisi, 25(Supplement 1), 43-50.
- Özcan, H., Beji, N.K. (2015). Gümüşhane il merkezindeki gebelerin sağlık uygulamaları. Perinatal Journal/Perinatoloji Dergisi, 23(1).
- Sağlık Bakanlığı. (2020a). COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Rehberi. [https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/COVID-19\\_Rehberi.pdf](https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/COVID-19_Rehberi.pdf), Erişim Tarihi:19.11.2020).
- Sağlık Bakanlığı. (2020b). COVID-19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) Solunum Sistemi Hastalıklarının Yaygın Olduğu Dönemde Sağlık Kuruluşlarında Gebe Takibi Rehberi. [https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39101/0/covid19solunumsistemi\\_hastaliklarininyayginoldugudonemdesaglikkuruluslarindagebetakibipdf.pdf](https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39101/0/covid19solunumsistemi_hastaliklarininyayginoldugudonemdesaglikkuruluslarindagebetakibipdf.pdf), Erişim Tarihi:19.11.2020).
- Soğukpınar, N., Baykal Akmeşe, Z., Balçık, M., Akın, B. (2018). Doğumevlerinde Riskli Gebelik Profili: İzmir İli Örneği, JAREN, 4(1), 37-44.
- Taşkın, L. (2011). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 10. baskı. ISBN: 975-94661-0-4 Ankara, ss: 227-273.
- Turan, T., Ceylan, S.S., Teyikçi, S. (2008). Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(9), 157-172.
- TÜBA (2020). COVID-19 Pandemi değerlendirme raporu. Türkiye Bilimler Akademisi Yayınları, TÜBA Raporları No: 34, ISBN: 978-605-2249-43-7.

- World Health Organization (2020a). Rolling updates on coronavirus disease (COVID-19). <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/events-as-they-happen> Erişim Tarihi: 18.11.2020.
- World Health Organization (2020b). Q & A on coronaviruses (COVID-19). <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses> Erişim Tarihi: 18.11.2020.
- World Health Organization (2020c). Naming the coronavirus disease (COVID-19) and the virus that causes it. [https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technicalguidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technicalguidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it) Erişim Tarihi: 18.11.2020.
- World Health Organization, Managing epidemics: Key facts about major deadly diseases. <https://www.who.int/emergencies/diseases/managing-epidemics/en/> Erişim Tarihi: 27.11.2020.
- Xu, X., Yu, C., Zhang, L., Luo, L., Liu, J. (2020). Imaging features of 2019 novel coronavirus pneumonia. *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*, 47, 1022-1023.

**BÖLÜM 6**  
**PNÖMONİ HASTALIĞI ve KORUNMASINDA GÜNCEL**  
**YAKLAŞIMLAR**

Öğr. Gör. Beliz YEKELER KAHRAMAN<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, İstanbul, Türkiye, yekeler\_beliz@hotmail.com



## **GİRİŞ**

İçinde bulunduğumuz yüzyılda önemli iniş çıkışlar gösteren pnömoni Sir William Oster tarafından “Ölümün acımasız kumandanı” olarak tanımlanmıştır. Yüzyılın başlarında enfeksiyon etkeni olduğu tespit edilmiş fakat tedavisi olmadığı için mortalite oranının yüksek olduğu bir hastalık olmuştur. Yüzyılın ortalarına doğru penisilin ve antibiyotiklerin keşfi sonucu kolayca tedavi edilebilen bir hastalık haline dönüşürken, zaman içinde bağışıklık sisteminin zayıflaması, çok antibiyotik kullanılması, dirençli suşlar, hastane kaynaklı enfeksiyonların ortaya çıkması ile mortalite oranları yüzyılın başlarına geri dönmüştür (Akın ve Eşer, 2006; Uçan, 1995 ).

Ülkemizde ölüm nedenleri arasında pnömoni 5. Sırada, bulaşıcı hastalıklara bağlı ölüm nedenleri arasında ise birinci sırada yer almaktadır. Korunma yöntemleri, antimikrobiyal tedavi ve destek tedavisindeki gelişmelere rağmen günümüzde hastalık ve ölüm oranı yüksek olan bir enfeksiyon hastalığıdır (Şen ve Özhan, 2016).

### **1. PNÖMONİ**

Akciğer dokusunda enfeksiyöz ajana bağlı olarak ortaya çıkan iltihabı hastalıktır. Akciğerlerde hava kesecikleri de denilen alveollerin içeriği sıvı ve iltihap ile dolar, bu da nefes almayı ağırlı hale getirerek oksijen alınımasını sınırlamaktadır (Guyton ve Hall, 2007).

#### **1.1. Epidemiyoloji**

Pnömoni her yaştan insanı hafiften yaşamı tehdit eden hastalığa neden olabilir, ancak dünya çapında çocuklarda en büyük tek bulaşıcı ölüm

nedenidir. 2017 yılında 5 yaşın altında 808.000'den fazla çocuk ölümüne, 5 yaş altındaki tüm ölümlerin ise %15'ini oluşturmaktadır. 2 milyon kişinin ölümüne neden olan pnömoniden her yıl 450 milyon kişi etkilenmektedir (WHO, 2020). 65 yaşın üzerindeki yetişkinler ve önceden sağlık sorunları olan kişiler pnömoni riski taşımaktadırlar (Şen ve Özhan, 2016). 2017 yılında 70 yaş ve üstü 1,13 milyon kişi pnömoni kaynaklı hayatını kaybetmiştir. Bu yaş grubunda 100.000 kişiden 261'i pnömoni nedeniyle ölmüştür. Dünya genelinde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında büyük fark vardır. Pnömoni kaynaklı ölüm oranı en yüksek Güneydoğu Asya ve Sahra Altı Afrika ülkeleridir. Avrupa nüfusu 100.000'de yaklaşık 10 ölüm oranında iken daha fakir ülkelerde 100.000'de 100'den fazla ölüm oranı görülmektedir (Dadonaite and Roser, 2019).

Amerika da ise 2018 yılında 1,3 milyon kişi birincil tanı olarak pnömoni ile acil servise başvurur iken, 100.000 nüfus başına ölen kişi sayısı %14.7'dir (CDC, 2018-a).

## **1.2. Risk Faktörleri**

Pnömoni gelişimi için en büyük risk faktörleri yetersiz beslenme, hava kirliliği ve sigara içmektir. Sigara kullanımı pnömoni riskini günde 10-20 adet kullananlarda 2.3 kat artırmaktadır (Şen ve Özhan, 2016). Dünyada yemek pişirmek, ısınmak için kullanılan katı yakıt, gazyağı ya da kömürün neden olduğu ev hava kirliliğine maruz kalan 4 milyar insanın %28'si pnömoni kaynaklı ölmektedir. Özellikle 5 yaş altındaki çocuklarda pnömoniye bağlı ölümlerin yarısına yakını, evdeki hava kirliliğinden solunan partikül maddelerden kaynaklanmaktadır (WHO,

2020). Oberg ve arkadaşları pasif içiciliğin çocuklar üzerindeki etkisini değerlendiren çalışmaları incelemiş ve sigara içen ebeveynlerle birlikte yaşayan çocukların pnömoni ve diğer solunum yolu hastalıklarına yakalanma olasılığını daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir (Oberg, 2011).

Yetersiz beslenme 5 yaş altı çocuklarda 2017 yılında pnömoni kaynaklı ölümlerin %53'üne neden olmuştur. Chisti ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada yetersiz beslenen çocukların pnömoni nedeniyle hastaneye kaldırılma olasılığının 2-4 kat daha fazla olduğunu ve buna bağlı olarak ölüm oranının %15 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Chisti, 2009).

Ayrıca yaş ile birlikte pnömoni sıklığı da artmaktadır. İleri yaş, alkolizm, splenektomi, komorbid hastalıklar, immünsüpresyon, bilinç bozukluğu gibi birçok değiştirici faktörler de pnömoni gelişim riskini arttırmaktadır (Şen ve Özhan, 2016; Bülbül, 2014). Proton pompa inhibitörü kullanımı ile pnömoni insidansı arasında ilişki olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. İnhibitör kullanan hastaların daha ağır pnömoni geçirdiği, bu nedenle pnömoni sıklığı ve morbiditesini azaltmak için gereksiz inhibitör kullanımından kaçınılması gerektiği tespit edilmiştir (Eom and Jeon, 2011).

### **1.3. Etiyoloji ve Patofizyoloji**

Pnömoniyeye mantarlar, virüsler, bakteriler, inhale edilen maddeler neden olabilir. En yaygın bulaş yolu havayoludur, ancak kan yoluyla da bulaş olabilmektedir (Karadakovan ve Aslan, 2011). En yaygın organizmalar



gram-pozitif bakteriler, streptococcus pneumoniae, staph aureus ve varicella'dır. Ayrıca klebsiella pneumoniae, pseudomonas aeruginosa, chlamydia, escherichia coli, haemophilus influenzae virüsleri de neden olmaktadır (Dentlinger and Ramdın, 2015). Koronavirüs ailesinde yer alan SARS-CoV-2 virüsü de pnömoniye neden olmaktadır (CDC, 2018-a).

Mikroorganizmaya karşı kişinin savunma sisteminin zayıflaması sonucu pnömoni ortaya çıkar. Mukus ve sialar insipirasyon havasındaki partikülleri tutarak alt solunum yollarına ulaşmasını engeller. Ancak infekte etme yeteneği yüksek mikroorganizmaların yüksek oranda inhale edilmesi ve akciğer savunma mekanizmasının etkinliğinin azalması pnömoni gelişmesini kolaylaştırır (Karadakovan ve Aslan, 2011).

Pnömoni mikroorganizmaların alt solunum yollarına ulaşarak alveollerin enfeksiyonu ile başlar. Alveoller pulmoner membranın geçirgenliğinin artması sonucu sıvı, eritrosit ve lökositler ile dolar. Antijen-antikor cevabı sonucu ödem oluşarak bronşiyol ve alveol mukoza zarlarını tahrip eder. Bakteri ve virüslerin alveolden alveole geçmesi sonucu da enfeksiyon bütün bir loba ya da akciğerin tümü ile dolarak konsolidasyon oluşur. Solunum membranlarının toplam fonksiyonel yüzey alanı azalır ve ventilasyon perfüzyon oranı düşerek gaz değişimi bozulur. Bu etkilerin sonucu olarak kişide hipoksemi ve hiperkapni görülmektedir (Guyton ve Hall, 2007; Dentlinger and Ramdın, 2015).

## **1.4. Sınıflandırması**

Pnömoni toplumdan kazanılmış pnömoni, hastane kökenli pnömoni olarak sınıflandırılmaktadır.

### **1.4.1. Toplumdan Kazanılmış Pnömoni:**

Streptococcus pneumoniaeaların neden olduğu, immün sistemi zayıf kişilerde görülen pnömonidir. Mevsimsel geçişler, ileri yaş (çocuk ve yaşlılarda daha sık) ve komorbid hastalık varlığı görülme sıklığını arttırmaktadır. Tedavide etkene yönelik antibiyotik uygulanır (Ovayolu, 2017; Froes ve ark., 2019). Tanının erken konulması, erken ampirik tedavi başlanması ve korunma yöntemlerinin uygulanması hastalığın mortalite ve morbidite oranlarını önemli ölçüde azaltacaktır (Froes ve ark., 2019; Prina, 2015).

### **1.4.2. Hastane Kökenli Pnömoni:**

Akciğer parankim dokusundaki iltihabın hasta hastaneye yattıktan 48 saat sonra görülmesidir. Endojen flora özelliklerini taşıyan orofaringeal sekresyonların aspirasyonu sonucu oluşurlar. Mikroorganizmalar alt solunum yollarına orofarinkse kolonize aspirasyonu yolu ile ya da inhalasyon, hematogen yollar ile ulaşmaktadır (Kieninger, 2009). Hastanın uygun olmayan antibiyotikler kullanması, hastane de yattığı süre, ileri yaş, koma, malnutrisyon, organ yetmezliği gibi endojen faktörler hastalığa neden olmaktadır. Ayrıca invaziv girişimlerde antiseptiye dikkat edilmemesi, solunum aygıtlarının kullanılması ve sağlık personelinin yeterli el hijyenini sağlamaması da pnömoni bulaşmasına neden olan ekzojen kaynaklardır (Ovayolu, 2017;

Karadakovan ve Aslan, 2011). Hasta bakımında olumlu sonuçlar elde etmek ve her zaman her yerde mümkün olan en iyi şekilde aynı girişimlerin yapılması için bakım paketleri oluşturulmuştur. Bakım paketleri kanıta dayalı uygulamalara göre oluşturulmuş hastanın iyileşme sürecini ve sonuçlarını olumlu yönde etkileyen uygulamalardır (Alcan ve Korkman, 2015). Bakım paketi içerisinde hastada mümkün oldukça mekanik ventilasyon yerine noninvaziv ventilasyon tercih edilmeli, eğer entübasyon uygulanmış ise aralıklı sedasyon uygulaması yapılarak hastayı ekstübe etme sürecini hızlandırılmalı, reentübasyon işleminden de kaçınılmalıdır. Endotrakeal tüp etrafından orofarengial bakteri mikroaspirasyonunu ve trakeal hasarı da önlemek için kaf basıncı 20-30 cm H<sub>2</sub>O arasında tutulmalıdır. Koyurucu mekanizmaları inhibe eden sedatif ve parolitik ajanların kullanımı kısıtlanmalıdır. Subglottik aspirasyona imkan sağlayan entübasyon tüpleri ile hasta entübe edilmelidir. Sırt üstü pozisyon yerine eğer hastanın kontrendikasyonu yok ise yatak başının 35-45° yükseltilmeli özellikle hastaya enteral besleme uygulaması yapılıyor ise hasta yarı oturur pozisyonda takip edilmelidir. Enteral beslenen hastalarda aşırı mide hacminden kaçınılmalı, hastanın gastrik rezidüel takibi yapılmalıdır. Personel el hijyeni sağlamalı ve hastaya düzenli antiseptik solüsyon ile ağız bakımı yapılmalıdır. Hastada uzun süre hareketsizlik musiliyer klirensi zayıflatıp akciğer bölgelerinde sekresyon birikimine neden olabileceği için 2 saat bir hastanın pozisyonu değiştirilmeli ve postural drenaj yapılarak biriken sekresyonun atılımı kolaylaştırılmalıdır. Mekanik ventilasyon devresi mümkünse tek kullanımlık olmalı, rutin olarak değil görünür kirlenme olmadıkça 7 günden önce

değiştirilmemelidir. Bilimsel olarak etkinliği kanıtlanmış bu uygulamaları teker teker uygulamak yerine hastaya bir bütün olarak uygulaması enfeksiyonları önleme de mümkün olabilmektedir (Alcan ve Korkman, 2015; Rello ve ark., 2013; Akdoğan ve ark., 2017).

### **1.5. Belirtileri**

Pnömoni belirtileri yaşlılarda gençlere göre daha sinsi seyretmektedir (Aydın, 2013). Yaşlı hastalarda tipik pnömonilerde görülen üşüme-titrete, terleme, ateş ve lökositoz görülmeyebilir (Ovayolu, 2017). Komorbid hastalığı olanlarda ya da nötropenik hastalarda tipik semptomlar görülmeyebilir. Ateş yerine normalden daha düşük ateşe sahip olabilirler. İleri yaş hastalar kendilerini zayıf hissedebilir, kafa karışıklığı yaşayabilirler (NIH, 2020).

Viral kaynaklı pnömoniler de ateş düşük seyreder iken hastalarda kuru öksürük mevcuttur. Lökositoz düzeyi normaldir. Genellikle kas ağrısı, karın ağrısı ya da baş ağrısı gibi belirtiler vardır. Hastalığın klinik seyri bakteriyel kaynaklıya göre daha hafif seyreder (Şen ve Özhan, 2016). Bakteriyel kaynaklı pnömonide yüksek ateş, üşüme- titrete, öksürük, pürülan balgam ve plöretik göğüs ağrısı vardır. Hastada lökositoz vardır, fizik muayenede krepitan raller ve konsolidasyon bulguları vardır (Dentlinger and Ramdın, 2015). Yaşlılar, nötropenik hastalar, dehidratasyon varlığı ve pnömoninin ilk 24 saati içinde hastalarda pnömoni varlığına rağmen akciğer grafileri normal olabilir (Şen ve Özhan, 2016).

## 1.6. Tanı

Hastalarda iyi bir anemnez alınarak, klinik bulgular sorgulanmalı, fiziksel muayene yapılmalıdır. tam kan sayımı ve balgam kültürü incelenmelidir. Akciğer grafisi, kan kültürü ve serolojik incelemeler ile tanı konulmaktadır (Şen ve Özhan, 2016).

## 1.7. Tedavisi

Pnömoni tedavisinde erken tanı ve tedavi hayat kurtarıcıdır. Yapılan çalışmalar pnömoni tedavisinin dört saat, en geç sekiz saat içinde başlanması gerektiğini belirtmektedir taşımaktadırlar (Şen ve Özhan, 2016). Hasta ayaktan ya da yatarak tedavi edilir. Uygun antibiyotik tedavisinde başlanılmalı, nebülizasyon, oksijen tedavisi, hidrasyon ve göğüs fizyoterapisi uygulanabilir. Analjezik ve antipiretik tedavisi verilir (Karadakovan ve Aslan, 2011). Hastanın klinik durumu 72 saatte değerlendirilmeli, vital bulgular (vücut ısısı  $\leq 37.8^{\circ}\text{C}$ , nabız  $\leq 100$  /dk, tansiyon  $\leq 90$  mm Hg, saturasyon değeri  $\geq 90$  % ve solunum hızı  $\leq 24$ /dk) takip edilmelidir. Eğer hastanın durumu stabil değil ise yetersiz bir tedavi söz konusu olabileceği için hasta yeniden değerlendirilmelidir (Aydın, 2013).

## 1.8. Korunma Yolları

Pnömoni mortalitesinin yüksek olması, yüksek tedavi maliyeti nedeniyle korunma yollarının uygulanması önemlidir (Şen ve Özhan, 2016). Hastalığın bulaşması genellikle yerel topluluklarla sınırlıdır, temel sağlık önlemleri mevcut ise kontrol edilebilir. Bu nedenle hastalık sağlık hizmeti alt yapısının eksik olduğu ve insanların tedaviyi

karşılayabilecek durumlarının en az olduğu yoksul yerlerde yaygındır. Risk faktörlerine maruz kalmanın azaltılması ve pnömokok aşılarının daha fazla popülasyonda yapılması pnömoni kaynaklı ölümlerin sayısını azaltabilir (Dadonaite ve Roser, 2019). 5 yaş altı çocuklar, 65 yaşın üzerindeki hastalar ve riskli kabul edilen vakalar grip ve pnömokoklara karşı aşılanmalıdır (Aydın, 2013). Amerika da 65 yaş ve üstü yetişkinlerin % 68,9'u pnömokok aşısı yaptırmıştır (CDC-a, 2018). Aşılama her yıl 2-3 milyon ölümü engellemektedir. Son 10 yılda dünya da 1 milyardan fazla çocuk aşılanmıştır, fakat 1 yaşın altında tahmini olarak 19.7 milyon çocuk ise temel aşıları alamamıştır (WHO, 2020). Aşılanmış çocukların pnömoni tanısı alma olasılığı %27, pnömoni nedeniyle ölme olasılığı %11 daha azdır (Dadonaite ve Roser, 2019).

Menenjitin önemli bir nedeni olan *Haemophilus influenzae* tip b'ye (Hib) karşı aşılar, pnömokok, kızamık ve boğmacaya karşı aşılama, çocuklarda pnömoniyi önlemenin en etkili yoludur (WHO, 2020). Hib aşısı çocuklarda Hib ile ilişkili pnömoniye karşı yaklaşık %70, menenjite karşı ise %84 bir koruma sağlar (Dadonaite ve Roser, 2019).

İnfluenza aşısı 6 aydan büyük çocuklar, kontrendikasyonu olmayan (yumurta alerjisi olanlar, hamileliğin ilk 3 ayı, daha önce yapıldığında alerjik reaksiyon ya da Guillain-Barre sendromuna yakalananlar) kişiler için her yıl yapılması önerilmektedir. Aşı toplumda influenxa görülmeye başlamadan Ekim- Kasım ayları arasında yapılmalı, virüsün dolaştığı süre boyunca devam etmelidir. Yaklaşım iki hafta içerisinde

bağıklık oluşmaktadır. Tek doz olarak deltoid kas içine yapılır (Grohskopf ve ark., 2015).

## SONUÇ

Çocuğun hayatının ilk 6 ayında anneleri emzirmeye teşvik edilmelidir. Çocuğun yetersiz beslenmesini azaltmak olumlu etkiye sahiptir. Gelişmekte olan ÷lkelerde yaşamlarının ilk 5 ayında anne s÷t÷ almayan çocuklarda pn÷moni ölüm oranı, sadece anne s÷t÷ alanlara göre 15 kat fazladır (Lamberti, 2013). 2017 yılında d÷nyada anne s÷t÷ ile beslenen bebek sayısı %47'dir (Dadonaite ve Roser, 2019).

Çocukların ağızlarına aldıkları eşyalar, oyuncaklar d÷zenli olarak temizlenmelidir. Hastanede tüm cihazların temizliği d÷zenli yapılmalıdır.

İç mekan hava kirliliği olmak üzere hava kirliliği seviyeleri d÷şür÷lmelidir. Isıtma ve yemek pişirmek için daha temiz yakıtlara ulaşım sağlanmalıdır. Kalabalık evlerde iyi hijyeni teşvik etmek ve sigarayı bırakmakta iç mekan hava kirliliğini azaltacaktır. Dış mekan kirliliği ise bir çok ÷lkede hala sorun olmaktadır. Bu durum pn÷moni vaka sayılarını arttırmanın yanında çocuklarda astım insidansını da arttırmaktadır (Dadonaite ve Roser, 2019).

Kişiler sigara bırakma konusunda teşvik edilmeli, pasif içicilikten korunmalıdır. Eller sık sık yıkanarak iyi el hijyeni sağlanmalıdır. Sağlıklı yaşam tarzı korunmalı, sağlıklı beslenilmeli ve d÷zenli egzersizler yapılarak uygun dinlenme periyotları oluşturulmalıdır (WHO, 2020).

## KAYNAKÇA

- Akdoğan, O., Ersoy, Y., Kuzucu, C., Gedik, E., Tugal, T., Yetkin, F. (2017). Assessment of the effectiveness of a ventilator associated pneumonia prevention bundle that contains endotracheal tube with subglottic drainage and cuff pressure monitorization. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 21, 3, May-June, 276-281.
- Akın, E., Eşer, İ. (2006). Ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesinde etkin bir yol: Hemşirelik bakımı. *Hemşirelik Forumu Dergisi*, 9(3), 31-36.
- Alcan, A.O., Korkmaz, F.D. (2015). Ventilatör ilişkili pnömoninin önlenmesi: bakım paketi yaklaşımı. *İzmir Üniversitesi Tıp Dergisi*, 3, 38-47.
- Aydın, G. (2013). Toplum kökenli pnömonilerde tanı ve tedavi. *Klinik Gelişim*. 26, 1, 24-32.
- Bülbül, Y. (2014). Türkiye’de toplumda gelişen pnömoni verileri. *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2(1), 1-10.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018-a). Pneumonia. <https://www.cdc.gov/nchs/fastats/pneumonia.htm> Erişim Tarihi: 18.11.2020
- Centers for Disease Control and Prevention. (2018-b). <https://www.cdc.gov/pneumonia/causes.html> Erişim Tarihi: 18.11.2020
- Chisti, M.J., Tebruegge, M., La Vincente, S., Graham, S.M., Duke, T. (2009). Pneumonia in severely malnourished children in developing countries—mortality risk, aetiology and validity of WHO clinical signs: A systematic review. *Tropical Medicine & International Health*, 14(10), 1173-1189.
- Dadonaite B., Roser, M. (2019). Pneumonia. <https://ourworldindata.org/pneumonia#citation>. Erişim Tarihi 18.11.2020.



- Dentlinger, N., Ramdın, V. (2015). Dahili ve cerrahi hastalıklar hemşireliği. Solunum sistemi hastalıkları. Ankara: Nobel Kitapevi. 3. Baskı. ss. 40-82
- Eom, C.S., Jeon, Y.C., Lim, J.W. (2011) Use of acid-suppressive drugs and risk of pneumonia: A systematic review and metanalysis. CMAJ; 22: 183.
- Froes, F., Pereira J.G., Povoia, P. (2019). Outpatient management of community-acquired pneumonia. Curr Opin Pulm Med May 25(3), 249-256.
- Grohskopf, L.A., Sokolow, L.Z., Olsen, S.J., et al. (2015) Prevention and control of influenza with vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, United States, influenza season. MMWR. 64, 818-25.
- Guyton, A.C., Hall, J.E. (2007). Tıbbi Fizyoloji. Özgül Pulmoner Anomalilerin Fizyolojik Özellikleri. Nobel Tıp Kitabevleri. 11. Basım. ss: 527-528.
- Karadakovan, A., Aslan, E.A (2011). Dahili ve cerrahi hastalıklarda bakım. Toraks ve alt solunum sistemi hastalıkları. Adana: Nobel Tıp Kitabevi. 2. Baskı. ss. 382-383.
- Kieninger, A.N., Lipsett, P.A. (2009) Hospital-acquired pneumonia: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. Surgical Infections, Surgical Clinics of North America, 89(2), 439-461
- Lamberti, L. M., Zakarija-Grković, I., Walker, C.L.F., Theodoratou, E., Nair, H., Campbell, H., Black, R. E. (2013). Breastfeeding for reducing the risk of pneumonia morbidity and mortality in children under two: A systematic literature review and meta-analysis. BMC Public Health, 13(3), 18.
- National Heart, Lung and Blood Institute. (2020). Pneumonia. <https://www.nhlbi.nih.gov/health-topics/pneumonia>. Erişim Tarihi: 29.11.2020.
- Oberg, M., Jaakkola, M.S., Woodward, A., Peruga, A., Prüss-Ustün, A. (2011). Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: A

retrospective analysis of data from 192 countries. *The Lancet*, 377(9760), 139-146.

Ovayolu, N., Ovayolu, Ö. (2017). *Temel iç hastalıkları hemşireliği. Solunum sistemi hastalıkları ve hemşirelik yönetimi*. Adana: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi. 2. Baskı. ss. 100-101.

Prina, E.P., Ranzani, O.T., Torres, A. (2015). Community-acquired pneumonia. *The Lancet*, Volume 386, Issue 9998, 12-18 September, Pages, 1097-1108.

Rello, J., Afonso, E., Lisboa, T., Ricart, M., Balsera, B., Rovira, A., Valles, J., Diaz, E. (2013) A care bundle approach for prevention of ventilator-associated pneumonia. *Clin Microbiol Infect*, 19, 363-369.

Şen, N., Özhan M.H. (2016). *Pnömoni*. Türkiye Solunum Araştırmaları Derneği TÜSAD, ISBN: 978-605-4899-58-6.

World Health Organization (2020). *Pneumonia*. [https://www.who.int/health-topics/pneumonia#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/pneumonia#tab=tab_1) Erişim Tarihi: 18.11.2020.

Uçan, E.S. (1995). *Pnömoniler: Bir devin uyanışı*. Saray Tıp Kitapevleri, 1. Baskı, İzmir.



## **BÖLÜM 7**

### **KAYROPRAKTİK**

Öğr. Gör. Sefa Haktan HATIK<sup>1</sup>

Öğr. Gör. Ömer DEMİRBİLEK<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Sinop Üniversitesi, Türkeli MYO, Sağlık Bakım Hizmetleri, Sinop, Türkiye.  
sefahatik@sinop.edu.tr

<sup>2</sup> Sinop Üniversitesi, Türkeli MYO, Mülkiyet Koruma ve Güvenlik, Sinop, Türkiye.  
odemirbilek@sinop.edu.tr



## **GİRİŞ**

### **KAYROPRAKTİK**

#### **Kayropraktik'in Tarihi**

Kayropraktik mesleği 19. yüzyılın başlarında ortaya çıkmasına rağmen, antik dönemden itibaren, insanları tedavi etmek için farklı şekillerde manipülasyon yöntemleri kullanılmıştır. Eski Mısır, Çin, Japon ve Tibet kayıtlarında hastalıkları tedavi etmek için manipülasyon yöntemlerini tarif eden çizimlere rastlanılmıştır. Bu tedavi formunun eski Yunanlıların yaşadığı antik çağdan itibaren 19. yüzyıla kadar doğu ve batı medeniyetlerinde uygulanmıştır. Ayrıca manipülasyon teknikleri Amerika da yaşayan Kızılderili kültürünün bir parçasıdır. Hipokrat'ın milattan önceki devirlerde omurgadaki problemler için manipülatif tedavi yöntemlerini kullandığı ve milattan sonra yaşamış olan ünlü doktorlardan Galen, Celsus ve Orbasius yazılarında manipülasyon tedavisine yönelik atıflara rastlanılmıştır (Peterson ve Bergmann, 2011).

Amerikalı ve İngiliz kırıkçı-çıkıkçıların 19. yüzyılda popülaritesinde bir artış olmuştur. Genellikle bu kişiler birçok hastalık için çağrılırlardı. Kayropraktik' in kurucusu olan Daniel David Palmer ve Osteopatinin kurucusu olan Andrew Taylor Still' in hem kırıkçı-çıkıkçıları hem de bu tekniklerle tanıştılar. Daha önceden ikisi de manyetik terapi ve paraspinal masaj olarak uygulanan refleks tedavisini kullanırlardı. Kırıkçı-çıkıkçıların teknikleri ve manyetik terapi yöntemleri kayropraktik ve osteopatinin kurulmasında etkisi bulunmaktadır. Manipülatif tedavi prosedürleri 19. yüzyılın başında Amerika'da

önemli gelişmeler yaşanmıştır. Aynı dönemde Avrupa kıtasında ise Menell, Cyriax ve Paget'in bu konuda çalışmaları bulunmaktadır (Peterson ve Bergmann, 2011).

Kayropraktik ve Osteopati felsefi açıdan farklı olmalarına rağmen ikisinde kas iskelet sistemine odaklanmıştır. Osteopati, kas iskelet sistemini etkileyen hastalıklarda somatik bileşen ve fonksiyonel yapı arasındaki ilişkiyi kullanırken. Kayropraktik, omurgadaki subluksasyonların sinir sistemine etkisi ve bunların düzeltilerek vücudun kendi kendini iyileştireceği öne dümmüştür. Ama her iki meslekte kas iskelet sisteminin insan sağlığı ve hastalıklarında önemli bir rolü olduğunu vurgulamışlardır (Peterson ve Bergmann, 2011).

Daniel David Palmer, kayropraktiğin kurucusu ve babası olarak kabul edilmektedir. 1885 yılına kadar tarım ve arıcılık gibi çeşitli işlerle uğraştıktan sonra Iowa şehrinde manyetik terapi üzerine bir uygulama ofisi açtı, ancak bu konuda herhangi bir eğitim almamıştır. D. D. Palmer Mesmer' in hayvanlar üzerinde yaptığı manyetik çalışmaları ve Baker Eddy'nin Hristiyan bilimi şifasında kullanılan kavramlardan etkilenmiştir (Miller, 2000).

Palmer, kayropraktik sanatı için benzersiz bir ethos yaratmak için tanınmış manevi ve metafizik kavramlarına ek olarak o zamanki geçerli olan bilimsel ilkelerle harmanlamayı başardı (Redwood ve Cleveland, 2003).

İlk kayropraktik uygulama Eylül 1895' te Harvey Lillard'a bir ayarlama (adjustment) adı verilen manuel bir itme uygulamasından geliştirildiği iddia edilmektedir. Bu manuel ayarlama 4. göğüs omuruna uygulanmış olup, Lillard' ın kayıp işitme duyusunun restorasyonunu sağlamıştır. D. D. Palmer, kısa kollu kaldıraç kullanarak omurgada yer alan spinöz ve transvers proseslere bir itme manevrası ile düzelten ilk kişidir. Bu olay Kayropraktik' in bir bilim, meslek ve sanat olmasının başlangıcıdır. D.D. Palmer hastalıklara neden olarak sublüksasyon terimini ortaya atmış, bu yer değiştirmiş omurga kemiklerinin sinir köklerine neden olduğu baskı ile açıklamıştır (Peterson ve Bergmann, 2011).

Kayropraktik modeli holizmden kaynak alır. Holizm'de sağlık, vücut sistem ve bölümleri ile dinamik bir şekilde iç ve dış ortama karşı homeostatik dengeyi sürdüren karmaşık bir yapıdır. Sağlık alanındaki öncüler bu durumu doğanın iyileştirici gücünün kanıtı olarak görmüşlerdir (Ağaoğlu ve ark., 2018).

İlk keşfin ardından 2 yıl içinde Palmer, Kayropraktik Okulu ve Kür'e başlamıştı ve kısa süre sonra oğlu onun ilk öğrencisi oldu. 1902 yılında Palmer'ın oğlu Bartlett Joshua (genellikle B.J. olarak anılır) babasının okuluna kaydoldu ve 2 yıl sonra kurumun operasyonel kontrolünü ele geçirerek 1907'de başkan oldu. Bu görevini 1961'de ölümüne kadar sürdürdü (Peterson ve Bergmann, 2011).

Baba oğul arasında düşmanlık gelişti. Palmer, B.J. Palmer'ın eklediği tek ilkenin açgözlülük ve yolsuzluk olduğunu söyledi; o ergenlik çağındayken babası tarafından ortaya atılan bir bilimin keşfi, geliştiricisi ve kaynağı olmayı arzuluyordu (Faulkner ve Foley, 2015).



Yaşlı Palmer, kendi adını taşıyan okuldan ayrıldı ve ülkeyi dolaşarak Kaliforniya, Oregon ve Oklahoma'da en az dört kayropraktik okulu daha kurdu. Ayrıca ruhsatsız tıp uyguladığı için kısa bir süre hapse atıldı. Küçük bir para cezası ödeyerek hapisten kurtulabilse de, daha önemli bir prensibi olduğuna inanıyordu ve bu ödemeyi yapmayı tutuklandı. Palmer, bu suçtan tutuklanan son kişi değildir. Ruhsatsız tıp uyguladıkları için kayropraktörlerin hapis yatma süreci sonraki yirmi yıl boyunca devam etmiştir (Gibbons, 1994).

Kayropraktik uygulamalarının yasal hakkı ile meşgul olmak, şüphesiz mesleğin kaynakları tıp bilimcilerini etkilemiş olabilecek araştırmalar yerine siyasi, ideolojik ve ekonomik kaygılara odaklamasına yol açmıştır (Wardwell, 1998).

1906'da D.D. Palmer, orijinal Palmer Okulu'ndaki eğitimini çoktan terk etmiştir. Palmer Okulu'nun ilk mezunlarından biri olan John Howard, B.J. Palmer'ın benimsediği sağlık hizmetleri ile ilgili felsefi inançların çoğunu kabul etmemiştir. O zamana kadar B.J. sublüksasyonun tüm hastalıkların nedeni olduğunu varsaymaktaydı. Howard bu nedenle Palmer Okulu'ndan ayrıldı ve Palmer'ın Davenport'taki okulundan çok da uzak olmayan Ulusal Kayropraktik Okulu'nu kurdu. Beidernan'ın belirttiği gibi, Howard, kayropraktik'i "öğretilmesi gerektiği gibi" öğretmek istedi ve bu nedenle, kayropraktik eğitiminin laboratuvar, diseksiyon ve kliniklere erişimi gerektirecek şekilde temel bilimlerinde müfredatta olması gerektirdiğine inanarak okulu Chicago'ya taşıdı (Keating ve ark., 2004).

Willard Carver, D.D.'nin uzun süredir arkadaşıdır. Palmer ruhsatsız tıp uygulamaktan tutuklandığında onu savunan avukatır. Kayropraktik okulunu de almaya karar verdi. D.D.'den sonra Kayropraktik okulunu B.J.'ye sattı. B.J. ile hiçbir zaman güçlü bir ilişkisi olmadı ve sublüksasyonun doğası ve uygulama kapsamı konusundaki anlaşmazlıklar nedeniyle Oklahoma'da kendi okulunu açtı. Carver, Kayropraktik uygulamasını Palmers'inkine zıt bir şekilde görüyordu. Carver yapısal bir yaklaşım olarak adlandırdığı yöntemi tercih ediyordu. Ona göre, spinal eklemlerdeki uyumsuzluklar, diğer sublüksasyonlardan kaynaklanan telafi edici modellerin ve ayarlamaların sonucuydu. Ayrıca, fizyoterapi gibi, kayropraktik uygulamasının ortak kapsamı dışında kalan konularda, ayarlamaların ötesinde diğer terapötik prosedürlerin de savunucusuydu. Bu, onu Palmer' in kayropraktik yaklaşımıyla büyük ölçüde çelişkiye düşürmüştü (Peterson ve Bergmann, 2011).

Carver, meslek adına yaptığı yasal ve yasama çabalarıyla aynı derecede iyi tanınmaktadır. Sadece birkaç şehirde kayropraktik okulları kurmakla kalmadı, aynı zamanda bir üniversite dergisinde kayropraktik ile alakalı makaleler yayınladı. Kayropraktik mesleği için lisans yasalarının oluşturulmasına yardımcı olmuştur. Ülkenin her yerinde başka kayropraktik okulları da kuruluyordu ve uygulayıcılar arasında giderek daha fazla rekabetin ortaya çıkmasına sebep oluyordu. B.J. Palmer, kendisini temel bir kayropraktik formunun koruyucusu olarak belirlemiştir (Günümüzde düz kayropraktik olarak anılmaktadır). O zamanlar tartışılan ve bugün hala mesleği bölen felsefi meseleler ne

olursa olsun, B.J. Palmer'ın misyonerlik şevki ve girişimci zekası olmasaydı, kayropratik mesleği bugün olduğu gibi var olmayacaktı. B.J.'nin Kayropratik'in "geliştiricisi" unvanı dürüstçe kazanmıştır (Peterson ve Bergmann, 2011).

Erken kayropratik teori, nöromüskuloskeletal (NMS) sistemin, özellikle de omurganın, hastalığın tedavisi ve önlenmesindeki önemli rolünü vurguladı. Konsept, omurgadaki yapısal bir problemin, kas-iskelet ve nörolojik fonksiyonun değişmesine katkıda bulunması ve vücudun kendini iyileştirme yeteneğini azaltmasıydı. Palmer, çok fazla veya çok az sinir enerjisinin "rahatsızlık" olduğunu iddia etti. Dahası, hastalığın, vücudu istila eden harici bir şeyin sonucundan çok, organların ve sistemlerin hiperfonksiyonu veya hipofonksiyonu içeren iç dengesizliklerin sonucu olduğuna inanıyordu (Peterson ve Bergmann, 2011).

Osteopati de aynı zamanda ve aynı felsefi ortamda ortaya çıkıyordu. Osteopatinin babası Andrew Taylor Stili, Spiritüalizme güçlü bir şekilde inanıyordu. "Etki dememiz gerektiğinde hastalık diyoruz; çünkü hastalık, fiziksel bedenin bölümlerindeki bir değişikliğin etkisidir. Normal bir bedendeki hastalığın sağlık kadar doğal olduğunu açıklamıştır (Johnson ve Kurtz, 2002).

Spiritualizme olan ilgisine ek olarak, D.D. Palmer ayrıca zamanının diğer gizli felsefeleriyle de uğraştı. Uygulamasına ilk olarak Iowa, Burlington'da manyetik bir şifacı olarak başladı ve ilerleyen yıllarda içsel "iç güçler" hakkında düşüncelerini kapsamlı bir şekilde yazacaktı. İç güçleri ve onların kendi kendini düzenleyen etkilerini doğuştan gelen

zeka olarak etiketlemeye devam etti. Vücudun zekası düzgün çalışıyorsa sağlığın korunabileceğini düşündü. Hastalıklar, bu işlevin fazlalığı veya eksikliğinden kaynaklanan durumlar olarak görüldü. Çağdaş sağlık hizmetlerinde vücudun kendi kendini düzenleme ve iç dengeyi sürdürme yeteneği, homeostaz olarak adlandırılır (Peterson ve Bergmann, 2011).

Kayropraktik felsefesine ve onun farklı sağlık bakımı modeline erken kayropraktik odaklanması, bilimsel eğitim ve araştırma ihtiyacına ilişkin iç tartışmayı ortadan kaldırmadı. Kayropraktik'in kuruluşunun ilk günlerinden itibaren, canlılığı vurgulayanlar ile uygulamaya bilimsel bir yaklaşımı vurgulayanlar arasında farklı görüşler ve tartışmalar vardı. D.D. Palmer, Waagen ve Strang'ın belirttiği gibi, her iki yaklaşımın da önemli olduğuna ve kayropraktik felsefesinin erken dönemini oluşturan doğuştan gelen zeka kavramının, kayropraktik için bilimsel bir yaklaşımla birleştirilebileceğine inanıyordu. İlk kayropraktik tartışmalarının ve felsefesi ve sağlık bakım modeli ile ilgili farklı görüşlerin çoğu devam etmektedir. Sonuç olarak, Kayropraktik felsefesi, sınırlarının netliği ve anlaşılması eksikliğinden muzdariptir (Kaptchuk ve Eisenberg, 1998).

Dünya sağlık örgütünün 2005 yılında yayınladığı kılavuzda; Kayropraktik, nöronal-iskelete-kas sistemine ilgilendiren problemlerin teşhis, tedavi ve önlenmesine yönelik, subluksasyon belirleyip, patolojik eklem düzeltip vücudun kendi kendine iyileştirmesini sağlayan ve bu alandaki manuel teknikleri uygulayan bir uzmanlıktır

(Yıldız ve Ağaoğlu, 2013). Kayropraktik uygulamalarının Endikasyonu Tablo 1’de, Kontraendikasyonu ise Tablo 2’ de gösterilmiştir.

**Tablo 1:** Kayropraktik Uygulama Kontraendikasyonları

|                              |
|------------------------------|
| Akut kırıklar                |
| Osteomyelit                  |
| Hematom                      |
| İnstabil Odontoid            |
| Odontoid Hipoplazi           |
| Spinal Kord Tümörleri        |
| Menenjinal Tümör             |
| Vertebral Tümör              |
| Nörolojik Defisit            |
| Arnold Chiari Malformasyonu  |
| Verrtebral Luksasyon         |
| Anevrizmal Kemik Kisti       |
| Kemik Tümörleri              |
| Osteobalstom, Osteoidosteoma |
| Protezler                    |
| Neoplastik Hastalıklar       |
| Siringomiyeli                |
| Hifrosefali                  |
| Kauda Equina Sendromu        |
| Kerning veya Lhermit Bulgusu |

**Kaynak:** Yıldız ve Ağaoğlu, 2013

**Tablo 2:**Kayropraktik Uygulama Endikasyonları

|  |
|--|
| Akut/ Kronik Bel ve Boyun Ağrıları                     |
| Tenidinit, Burkulma                                    |
| Servikal, Torakal ve Lumbal bölgeye ait disk hernileri |
| Kronik ve Akut Yumuşak Doku zorlanmaları               |
| Miyofasiyal ağrı sendromu                              |
| Mesleki ve spor ile ilgili yaralanmalar                |
| Eklem Disfonksiyonları                                 |
| Radikülopatiler  |
| Skolyoz  |
| Koksik Dislokasyonu                                    |
| Fleksiyon ve ekstansiyon yönlü ani zorlanmalar         |

**Kaynak:** Yıldız ve Ağaoğlu, 2013

## Kayropraktik Manipülasyon Tekniği

Düzeltilici itme manevrası kontrollü bir güç eşliğinde belirli bir yön ve ekseninde uygulanır. Bu itmenin gücü uygulayıcının kas gücüne ve vücut ağırlığını kullanarak gerçekleştirilmektedir. Kayropraktik'te kullanılan bu düzeltilici itme manevrası, eklemlerin anatomik sınırlarını aşmadan, eklemlerde kavitasyon ve distraksiyon oluşturacak şekilde yüksek hız-düşük amplitüdü (HVLA) olarak uygulanır (Haldeman, 2005).

HVLA, süre, amplitüd, ön yüklenmesi, uygulanan yer ve yönü gibi fiziksel özelliklerin tanımlandığı bir biyomekanik tedavi yöntemidir. Uygulanan kişinin doku elastikiyeti ve sertliği gibi intrinsik faktörler bu düzeltilici manevrayı etkilemektedir (Reed ve ark., 2015). Eklemlerde kavitasyon oluşturan faktörler Tablo 3' de yer almaktadır.

**Tablo 3:** Kavitasyonu Oluşturan Faktörler

|                              |
|------------------------------|
| Süre                         |
| Yüksek Hız                   |
| Düşük Amplitüd               |
| Düzeltilici İtme Manevrası   |
| Uygulama Öncesi Gerilim      |
| Uygulama Esnasındaki Gerilim |

**Kaynak:** Redwood ve Cleveland 2003

Yüksek hızlı-düşük amplitüdü olarak uygulanan manipülasyon, nörofizyolojik ve biyomekanik olarak vücudu etki ettiği düşünülmektedir. Bu sayede interaartiküler yapışıklıkları ve annulus fibrosusun distorsiyonunu kaldırarak omurgayı restore eder. Kas içiği

ve parasipinal dokuları fizyolojik olarak etkiler. Spinal bölgedeki hareketliliğin sağlanması ile paraspinal dokulardaki gerilim ve stresin azaltılması, duysal sinir iletimi akışını değiştirerek, somatosensoriyal bütünlük üzerine olumlu etki eder (Reed ve ark., 2015).

Bu uygulamalar sırasında kısa kaldıraç kolundan yararlanır. Kısa kaldıraç kolu omurun tamamını değil yalnızca spesifik temas noktalarını kullanır. Bu noktalar spinöz veya lateral proseslerdir. Spinöz ve lateral proseslere uygun hızda verilen kuvvet ile bir segmenti diğeri üzerinde hareket ettirilir. Lezyona yakın olarak yapın temasın hastanın stabilizasyonunu da katkı sağlar. Eklem boşluğunda meydana gelen bu hareket, insanların duyabileceği düzeyde eklemlerden ses çıkarır. Bu sessin oluşmaması, düzeltici itme manevrasının başarılı olarak uygulanmadığı anlamına gelmez. Kısa kaldıraç kolu tekniği uzun kaldıraç kolu tekniğine göre düzeltici itme manevrası için kullanılan amplütde olan kuvvet ihtiyacını azalmaktadır. Bu sayede hastanın fiziksel boyutu ne olursa olsun, uygulayıcı bu durum etkilememektedir. (Haldeman, 2005; Redwood ve Cleveland, 2003).

Literatürde spesifik temas noktası uygulayıcının el veya gövdesiyle hastaya temas eden nokta ve hastadaki temas edilen anatomik nokta olmak üzere iki tane anlamı vardır. Omurga üzerindeki spesifik temas noktaları Tablo 4'de verilmektedir (Haldeman, 2005; Redwood ve Cleveland, 2003).

**Tablo 4:** Spesifik Temas Noktaları

|                |                     |
|----------------|---------------------|
| Tüm Omurgada   | Spinöz Prosesler    |
| Servikal Bölge | Artiküler Prosesler |
|                | Lamina              |
| Torakal Bölge  | Transvers Prosesler |
| Lumbal Bölge   | Mamillar Prosesler  |

**Kaynak:** Haldeman, 2005; Redwood ve Cleveland, 2003

Kayropraktik manipülasyon öncesi hastanın değerlendirilmesinde basamakları Tablo 5’ de gösterilmektedir.

**Tablo 5:** Değerlendirme Basamakları

|   |
|---|
| 1.Hasta Hikayesi                          |
| 2.Fizik Muayene                           |
| 3.Ağrının Değerlendirilmesi               |
| 4.Kas ve Yumuşak dokunun Palpasyonu       |
| 5.X-Ray, Termografi, EMG vb. Özel Testler |

**Kaynak:** Peterson ve Bergmann, 2011

## **Kayropraktik Yöntemleri**

Kayropraktik uygulamalarının temelinde yüksek hızlı düşük şiddetli düzeltici itme manevraları olmasına rağmen Diversified, Thompson Drop, Gonstead, Logan Basic olmak üzere 132 tane birbirine benzeyen uygulama teknikleri bulunmaktadır. Uygulayıcılar ise aldıkları eğitim, el becerisi ve kişisel görüşlerine uygun gördükleri bir veya daha fazla tekniği kullanmaktadırlar. Amerika Kayropraktik Derneğinin yaptığı çalışmada klinisyenlerin kullandıkları tekniklerin dağılımı Tablo 6’ da yer almaktadır (Peterson ve Bergmann, 2011).



**Tablo 6:** Kullanılan Tekniklerin Dağılımı

| <b>Kayropratik Tekniği</b> | <b>Kullanım Dağılımı</b> |
|----------------------------|--------------------------|
| Diversified                | %95,5                    |
| Activator                  | %62,8                    |
| Gonstead                   | %58,5                    |
| Cox Fleksiyon/Distraksiyon | %58                      |
| Thompson Drop              | %56                      |
| Sakro-Oksipital            | %41,3                    |
| Palmer Upper Cervical      | %28,8                    |
| Logan Basic                | %28                      |

**Kaynak:** Pehlivanoğlu, 2019

### **Kayropratik' in Günümüzdeki Durumu ve Önemi**

Medline veri tabanında 'kayropratik bilim (Chiropractic Science)' anahtar kelimesi tarandığında güncel olan yaklaşık 900 adet makale bulunmaktadır (Ağaoğlu ve ark., 2018). Kayropratik spinal manipülasyonun nörofizyolojik ve santral nöral plastik etkisi kanıta dayalı tıp normlarında kanıtlanmıştır (Haavik ve Murphy, 2012; Haavik ve ark., 2017). Subklinik ağrılı hastalarda tek bir seansın kortikal ve prefrontal korteksi etkilediği kanıtlanmıştır (Lelic ve ark., 2016).

Kayropratik uygulamalarının temeli spinal manipülasyon olup bunun yanında egzersiz, ergonomi, fiziksel aktivite ve yaşam tarzı önerilerini de içerir. Kayropratik mesleği birçok ülkede yasal olarak çalışmaktadır (Meyer ve ark., 2017). Ama buna karşı ülkemizde tezli yüksek lisans programı dışında başka bir ilerleme bulunmamaktadır.

## KAYNAKÇA

- Ağaoğlu, M.H., Salık, E., Mangan, G.M., Donat, A. (2018). Dd Palmer'in innate intelligence' felsefesiyle başlayan kayropraktik biliminin Dünyada ve Türkiye'de yeri ve önemi. *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 1(2), 93-98.
- Faulkner, T., Foley, J. (2015). The Science, Art & Philosophy of Chiropractic by DD Palmer: Identification and Rarity of Editions in Print With a Survey of Original Copies. *Chiropractic History*, 35(1). *Journal of Traditional Medical Complementary Therapies*, 1(2), 93-98.
- Gibbons, R.W. (1994). Go to jail for chiro. *Journal of Chiropractic Humanities*, 4, 61-71.
- Haavik, H., Murphy, B. (2012). The role of spinal manipulation in addressing disordered sensorimotor integration and altered motor control. *Journal of Electromyography and Kinesiology*, 22(5), 768-776.
- Haavik, H., Niazi, I.K., Jochumsen, M., Sherwin, D., Flavel, S., Türker, K. S. (2017). Impact of spinal manipulation on cortical drive to upper and lower limb muscles. *Brain Sciences*, 7(1), 2.
- Haldemann, S. (2005). *Principles and practice of chiropractic*. Third edition. ABD: McGraw-Hill.
- Johnson, S.M., Kurtz, M.E. (2002). Perceptions of philosophic and practice differences between US osteopathic physicians and their allopathic counterparts. *Social Science & Medicine*, 55(12), 2141-2148.
- Kaptchuk, T.J., Eisenberg, D.M. (1998). Chiropractic: origins, controversies, and contributions. *Archives of Internal Medicine*, 158(20), 2215-2224.
- Keating, J.C., Cleveland, C.S., Menke, M. (2004). *Chiropractic history: A primer*. Davenport, IA: Association for the History of Chiropractic.

- Lelic, D., Niazi, I.K., Holt, K., Jochumsen, M., Dremstrup, K., Yelder, P., ... Haavik, H. (2016). Manipulation of dysfunctional spinal joints affects sensorimotor integration in the prefrontal cortex: a brain source localization study. *Neural plasticity*
- Meyer, A. L., Meyer, A., Etherington, S., Leboeuf-Yde, C. (2017). Unravelling functional neurology: a scoping review of theories and clinical applications in a context of chiropractic manual therapy. *Chiropractic & Manual Therapies*, 25(1), 19.
- Miller, A. (2000). Transcendentalism's inspiration to chiropractic philosophy and practice (Part I). *Today's Chiropractic*, 29(2), 52-77.
- Pehlivanoğlu, B.E. (2019). Atıcılarda aktivatör destekli kayropratik uygulamasının isabet oranı ve atış süresi üzerine etkisinin araştırılması; Plasebe kontrollü çalışma. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Bahçeşehir Üniversitesi SBE.
- Peterson, D.H., Bergmann, T.F. (2011). *Chiropractic technique: principles and procedures*. Philadelphia: Mosby.
- Redwood, D., Cleveland, C.S. (2003). *Fundamentals of Chiropractic-e-book*. Elsevier Health Sciences.
- Reed, W.R., Long, C.R., Kawchuk, G.N., Sozio, R.S., Pickar, J.G. (2018). Neural responses to physical characteristics of a high velocity, low amplitude spinal manipulation: Effect of thrust direction. *Spine*, 43(1), 1.
- Wardwell, W.I. (1998). Why Did Chiropractic Survive?. *Journal of Chiropractic Humanities*, 8, 2-7.
- Yıldız S, Ağaoğlu M. (2013). Dünya Sağlık Örgütü kılavuzları ışığı altında kayropratik. *İntegr Tıp Dergisi*, 1(2), 73-76.

## **BÖLÜM 8**

### **ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA TAMAMLAYICI VE ALTERNATİF TEDAVİ KULLANIMI**

Arş. Gör. Sevda UZUN<sup>1</sup>, Öğr. Gör. Mustafa GÜL<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü,  
Gümüşhane, sevdauzun50@gmail.com

<sup>2</sup> Amasya Üniversitesi, Sabuncuoğlu Şerefeddin Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek  
Okulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Amasya, mustafagul@amasya.edu.tr



## GİRİŞ

Anksiyete bozuklukları, yaşam boyu en sık görülen ruhsal hastalıklar arasında yer almaktadır. Yapılan çalışmalar küresel nüfusun yaklaşık % 3.6'sının bir anksiyete bozukluğundan muzdarip olduğunu ve anksiyete bozukluklarının prevalansının 2005 ile 2015 arasında % 14.9 arttığını göstermiştir (Temel, 2019). Anksiyete bozuklukları kadınlarda erkeklere oranla daha yaygın olarak görülmektedir (World Health Organization, 2017; Callaghan ve ark., 2000; Ekinci ve Ekici, 2003; Tuna ve Baykal, 2013). Literatürde cinsiyetin anksiyeteyi etkilemediğini belirten çalışmalar da mevcuttur (Tel ve ark., 2003, Ulutaşdemir ve ark., 2015).

Kaygı bozukluklarının temel özellikleri arasında; aşırı ve kalıcı korku, endişe veya algılanan tehditlerden kaçınma gibi durumlar görülmektedir (Stein ve ark., 2017). Anksiyete bozuklukları, günlük yaşam aktivitelerine etki eden aşırı korku ve anksiyete ile karakterize edilen bir ruhsal bozukluktur (Sabnosky, 2014).

Özellikle son yıllarda bireylerin anksiyete bozukluklarında artış olduğu görülmektedir. (Dowbiggin, 2009). Anksiyete bozukluklarının tedavisinde medikal tedavi ve psikoterapi gibi yöntemler kullanılmaktadır Tüm bu tedavi yöntemlerine rağmen anksiyete bozukluklarının seyri genellikle kronik ve tekrarlayıcıdır. Psikotrop ilaçlarla yaygın olarak kilo artışı, sedasyon, gastrointestinal rahatsızlık ve cinsel disfonksiyon gibi yan etkiler görülebilmektedir. Bu ilaçların yaygın yan etkileri ve hastalıkların kronik seyri nedeniyle psikiyatri hastalarında ilaç uyumsuzluğu sık görülür. Bu nedenle günümüzde

anksiyete bozukluklarına yönelik modern ve tamamlayıcı tedavi/bakım yöntemleri denenmeye ve geliştirilmeye başlanmıştır (Stein ve ark., 2004; Roy ve ark., 2005; Lindsey, 2009). Tamamlayıcı tedavi' terimi konvansiyonel tedaviler ile birlikte kullanılan yöntemleri, 'Alternatif Tedavi' terimi ise konvansiyonel tedavilerin yerine kullanılan yöntemleri ifade etmektedir.

Tüm dünyada kanser, diabet, kardiyovasküler hastalıklar ve daha birçok kronik hastalıkta yaygın olarak TAT kullanılmaktadır. Tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin sıklıkla kullanıldığını gösteren birçok araştırmaya rastlanmıştır. Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler ruhsal hastalıklarda özellikle anksiyete bozukluklarında birçok ülkede son yıllarda giderek artan bir oranda kullanılmaktadır (Hasan, 2009; Kremser, 2008; Demir Doğan ve Kulakaç, 2016).

### **Anksiyete Kavramının Tanımı ve Tarihçesi**

Anksiyete kavramı ile ilişkili ifadeler milattan önce 4. yüzyılda Hipokrat, ruhsal fenomenlerle ilgili eserinde 'amaçsız anksiyete' olarak isimlendirdiği bir korku durumundan bahsetmektedir. Bu dönemlerde melankoli (siyah safra), mani, histeri kavramları kullanılmaktadır fakat sendromal düzeyde anksiyete bozukluğu tanımlaması yapılamamıştır. Anksiyete kavramının tıp bilimleri alanına girmesi ise 19. yüzyıldan sonra gerçekleşmiştir (Crocq, 2015).

Anksiyete kavramına etimolojik (köken bilim) olarak baktığımızda Grekçe'deki 'agkho' dan Latince'ye geçen boğulma, sıkışma anlamına gelen 'ango' ve 'anxio' köklerinden türediği gibi görmekteyiz. Roma döneminde 'angor' sözcüğü daha çok anlık yoğun korku manasında

kullanılırken, ‘anxietas’ ise daha çok devamlılık gösteren korku hali için kullanılmıştır (Alkın ve Onur, 2007).

Anksiyete terimsel olarak ise korku, endişe, huzursuzluk halini tanımlayan bedensel, bilişsel ve davranışsal bileşenlerin de eşlik ettiği bir duygu olarak kavramsallaştırılmıştır. Anksiyete temel olarak bir duygu olmakla birlikte anksiyete durumuna çoğu zaman üç farklı (bedensel, bilişsel ve davranışsal) belirti kümesinin eşlik ettiği görülmektedir. Bedensel (somatik) ögede çarpıntı, nefes almada zorlanma, boğulma hissi, terleme, titreme gibi çok sayıda fiziksel belirti yer almaktadır (Arkonaç, 1999). Anksiyeteye eşlik eden ikinci belirti kümesi bilişsel ögedir. Kişinin düşünceleri bireyde bir huzursuzluk hissi oluşturmaktadır. Bilişsel içerikte tehlikeli, kaygıyı tetikleyici ve devam ettirici düşünceler hakimdir. Anksiyeteye eşlik eden üçüncü belirti kümesi ise davranışsaldır. Kişi huzursuzluk veya fizyolojik olarak uyarılmayı tetikleyebilecek durum, olay veya yerden uzak durma eğilimi göstermektedir (Alkın ve Onur, 2007).

Anksiyete tehlikeden kaçınma veya kaçma davranışını sağladığı ve bireyin uyum özelliği gösterdiği çoğu durumda patolojik değildir (Beesdo ve ark., 2009). Fakat anksiyete ortada tehlike oluşturabilecek bir durum olmadığında dahi ortaya çıktığında, şiddeti, sıklığı ve sürekliliği arttığında, bireyin işlevselliğini bozduğunda maladaptif durum olarak karşımıza çıkmaktadır (American Psychiatric Association, 2000).



Patolojik anksiyete, herhangi bir yaşta süreğen olarak ya da yoğun şekilde anksiyete ve sıkıntı hissetme veya işlevsellikte bozulmaya sebep olan kaçma/kaçınma ile karakterize olan bir durumdur. Patolojik anksiyete organik bozukluklarda veya farklı birçok psikiyatrik bozuklukta da görülebilmektedir (Beesdo ve ark., 2009).

### **Anksiyete Bozuklukları Kavramının Tanımı ve Tarihçesi**

Psikiyatri literatüründe “bozukluk” tanımı klinik önemi olan ruhsal veya davranışsal bir sendrom olarak tanımlanmıştır. Bu durumun bozukluk olarak ifade edilmesi için işlevsellikte bozulmaya, ciddi yeti yitimi veya özgürlüğün kaybına ile sebep olması gerekmektedir (Sertdemir, 2019).

Kraepelin ilk olarak 1896 yılında psikiyatrik hastalıkları 13 kategoride sınıflandırıp anksiyete bozukluklar için ‘psikojenik nevroz’ kategorisini geliştirmiştir. Şiddetli ve süreğen bir anksiyete durumunu bağımsız bir tıbbi bir durum olarak değerlendirmenin ilk girişimini Freud ‘anksiyete nevrozu’ kavramı ile gerçekleştirmiştir (Bayraktar, 2006).

1952’de yayınlanan DSM-1’de (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı-1) Freud’un görüşlerinden önemli derecede etkilenilmiş ve Freud’un “anksiyete nevrozu” olarak tanımladığı durumlar için ‘anksiyöz reaksiyon’, Freud’un histerik nevroz olarak tanımladığı durumlar için de ‘fobik reaksiyon’ sınıflaması yapılarak anksiyete bozuklukları iki kategoriye ayrılmıştır. 1968’de yayınlanan DSM-2’de ise nevroz kavramında bazı değişiklikler olsa da halen psikanalitik ekolün etkisi devam etmektedir (Bayraktar, 2006).

2013'te yayımlanan DSM-5'te ise anksiyete bozuklukları sınıflandırmasından Obsesif kompulsif bozukluk, akut stres bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğu tanıları çıkarılmıştır. Ayrılık anksiyetesi bozukluğu ise “anksiyete bozuklukları” sınıfına dâhil edilmiştir. Ayrıca DSM-5'te agorafobi ve panik bozukluk tanıları da ayrı ayrı tanımlanmıştır. Ayrıca selektif mutizm kategorisi de anksiyete bozuklukları sınıfına dâhil edilmiştir (American Psychiatric Association, 2013).

DSM-5'te “psikiyatrik bozukluk” tanımına uygun olarak belirlenmiş ve ortak temaları korku, tehlike beklentisi ve endişe olan toplam 11 adet anksiyete bozukluğu kategorisi mevcuttur. Kategorileri birbirinden ayıran ise anksiyetenin odaklandığı durum, semptomların süresi veya spesifik olarak tetikleyici faktörleridir. Bununla beraber bu bozukluklar arasında önemli ölçüde semptomatik olarak benzerlik görülebilmektedir.

### **Klinik Özellikler ve Sınıflandırma**

Anksiyete bozukluğunun temel özelliği ise duygu regülasyonundaki düzensizlik ile bu karmaşık cevap sisteminin kişide belirgin bir işlev kaybına sebep olmasıdır (Sertdemir, 2019). Kaygı bozukluklarında aşırı düzeyde ya da sık yaşanan kaygı mevcut olup yaygın kaygı bozukluğu dışında, özellikle fobilerde olağan dışı yoğun korku yaşanmaktadır (Şahin, 2019).

## **Ayrılma Anksiyetesi Bozukluğu**

DSM-5'e göre ayrılma anksiyete bozukluğunun temel özelliği, evden ve bağlanma figürlerinden ayrılma ile ilgili aşırı anksiyete ve korkuların olma durumudur. Bağlanma figürlerinden ayrı kaldıklarında ise onları kaybedecekleri korkusu yaşamakta ve nerede olduklarını bilmek ve onlarla bağlantı kurmak ihtiyacı hissetmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

## **Sosyal Anksiyete Bozukluğu**

Sosyal anksiyete bozukluğunda kişi yeni kişiler ile karşılaşma, otorite figürleri ile iletişim kurma, toplum içerisinde bulunma, toplum önünde konuşma ve okuma, sınıfta tahtaya kalkma, sınav sunumu yapma gibi yerlerde performans sergileme, sosyal iletişimde bulunma gibi durumlar karşısında anksiyete yaşamaktadır (Ballenger ve ark., 1998).

Korkulan durumlarda kişinin kendine yönelik dikkati artmıştır ve o an genellikle çarpıntı, terleme, yüz kızarması, ağız kuruluğu, kaslarda gerginlik hissi gibi fiziksel belirtiler meydana gelmektedir (Bandelow ve Wedekind, 2014).

## **Selektif Mutizm**

Seçici konuşmazlık, yalnız kaldıkları zamanlar ve çok yakın birkaç kişi hariç, konuşmayan ve sessiz duran çocuklara verilen tanıdır. Bozukluk tipik olarak, normal konuşma geliştikten sonra okul öncesi yaşlarda (2-4 yaşları) başlar. Evde aile üyeleriyle beraberken normal bir şekilde konuşan fakat yabancılar arasında sessiz duran bu tip bir çocuk okula başlayana kadar klinik olarak dikkat çekmeyebilir. Genelde utangaç

olsalar bu çocukların çoğu normal bir zekâyâ ve duyma yetisine sahiptir. Konuştukları zaman bu çocukların normal bir telaffuza, cümle yapısı ve kelime dağarcığına sahip olduğu görülür. Bu durum genelde haftalar veya aylar içinde kendiliğinden gelişir (Şahin, 2019)

### **Yaygın Anksiyete Bozukluğu**

Yaygın anksiyete bozukluğu, günlük konular hakkında aşırı endişe ve huzursuzluk, yorgunluk, konsantre olma zorluğu, sinirlilik, kas gerginliği ve uyku problemlerinin varlığı ile karakterizedir (Andrews ve ark., 2010). Daha küçük yaşlarda çocuklar herhangi bir anksiyete dile getirmeyebilirler; bunun yerine somatik semptomlar ortaya çıkabilmektedir (Mohapatra ve ark., 2013). Bu hastalar, her ne kadar akut panik dönemleri yaşamazlar da genelde çoğu zaman gergin veya kaygılı hisseder ve farklı pek çok konu ile ilgili endişeleri vardır. Sağlıkla, ailevi problemlerle, para, okul ve işle ilgili küçük sorunlar, onlarda aşırı kaygıya, kontrol edilmeyen endişelere, kas gerilmelerine, huzursuzluk, çabuk yorulma ve sinirlenmelere, dikkat ve uyku problemleri gibi duygusal, fiziksel ve zihinsel şikâyetlere yol açar (Şahin, 2019)

### **Özgül Fobi**

Belirli bir nesne ya da duruma karşı sürekli tetiklenen aşırı korkudur. özgül fobisi olan hastalar özgül nesnelere veya durumlara karşı nedensiz bir korku yaşarlar. hasta fobik nesne veya durumdan kaçınarak kaygısını kontrol etmeye çalışır. en çok rastlanan fobi türleri; sosyal fobiler, agorafobi, kan, enjeksiyonlar, hayvanlar, yükseklik, uçakla seyahat etmek ve yaralanmayla ilgili fobilerdir. bu uyaranlardan birine

maruz kalmanın yarattığı kaygı bir panik atak veya daha genelleştirilmiş bir kaygı formunda ortaya çıkabilir (Stinson ve ark., 2007; Şahin, 2019)

### **Panik Bozukluk**

Panik bozukluk tekrarlayıcı ve beklenmedik panik ataklarla karakterize bir bozukluktur. Panik atak durumunda aniden gelen yoğun korku duygusu veya dakikalar içinde beliren en önemli belirti çarpıntıdır. Ayrıca terleme, titreme, nefes darlığı, göğüs ağrısı, bulantı, baş dönmesi gibi bedensel belirtilerle birlikte ölüm korkusu gibi bilişsel belirtilerin de ortaya çıktığı belirtilmektedir (American Psychiatric Association, 2013).

### **Agorafobi**

Agorafobide bireyin endişe yaşadığı durumla ilgili yardım bulmakla ilgili zorluk yaşayabileceğini düşündüğü için yoğun kaygı ve korku yaşamıyla karakterize bir bozukluktur. Örneğin marketlerden, kapalı alanlardan, açık alanlardan, toplu taşıma araçlarından tünellerden vb. durumları yaşamaktan kaçınırlar. Agorafobide birey birilerinin kendilerine eşlik etmesine ihtiyaç duyar ve korktukları bir duruma maruz kaldıklarında çok büyük sıkıntı ve tedirginlik yaşar (Şahin, 2019).

**Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Kaygı Bozukluğu:** Tıbbi olarak birçok durum, panik atağın ve yaygın kaygı semptomlarının ortaya çıkmasına yol açabilir. Örneğin: Beyin tümörü, hiperaktif tiroidi, zehirlenme, civa vd. (Şahin, 2019).

**Maddenin/İlacın Yol Açtığı Kaygı Bozukluğu:** Madde veya ilaç kullanımı kaygı semptomlarının ortaya çıkmasına neden olabilir. Genel olarak kaygı bozukluğu ile bağlantısı olan maddeler kenevir, amfetaminler ve kafeindir. (Şahin, 2019).

**Başka Türü Adlandırılmayan Kaygı Bozukluğu (Diğer Tanımlanmış Veya Tanımlanmamış Kaygı Bozukluğu):** Bu kategoriler, yukarıda tanımlanan grupların hiçbirine uymayan temel kaygı semptomlarının olduğu bozukluklar için kullanılır (Morrison, 2016; Kring ve Johnson, 2015).

### **Anksiyete Bozukluklarında Epidemiyoloji**

Anksiyete bozuklukları yaygın bir psikiyatrik bozukluk sınıfıdır ve bildirilen yaşam boyu oranları % 8.8'den % 21.6'ya kadar değişmektedir. Erkeklerde anksiyete bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı % 19.2 iken kadınlarda % 30.5 olduğu bildirilmektedir (Geniş ve Hocaoglu, 2019). Birkaç istisna dışında, araştırma sürekli olarak düşük hane geliri veya tatmin edici olmayan finansal durumlar ve anksiyete bozuklukları arasında ilişki bulmaktadır (Canio ve ark., 2004). Ailenin yapısı, ebeveynin medeni durumu, eğitim düzeyleri gibi faktörler ile anksiyete arasında anlamlı bir ilişki gösterilememiştir (Canino ve ark., 2004; Ford ve ark., 2003).

### **Anksiyete Bozukluklarında Etiyoloji**

Anksiyete bozukluklarının gelişiminde bir dizi biyolojik, sosyal, kognitif ve davranışsal risk faktörünün etkileşimi söz konusudur. Beyindeki çeşitli yapılar ve birkaç nörotransmitterin anormal işlevi,

anksiyete bozukluklarının gelişmesiyle ilişkilidir. Beyindeki birincil norepinefrin (NE) içeren bölge olan locus coeruleus, ruh halini, bilişi ve uykuyu düzenlemek için NE'yi beynin diğer bölgelerine yansıtır. Korku, duygusal anıları da depolayan amigdala tarafından işlenir. Hipokampus, anıları kodlamaktan sorumludur ve korku şartlandırmasına dahil olur. Stres tepkisine hipotalamus aracılık eder Anksiyete bozuklukları patogeneğinde rol oynayan nörotransmitter (5-HT, serotonin), dopamin, glutamat ve gama-aminobütirik asit (GABA)'dır (DiPiro, 2002; Bystritsky, 2013).

Biyolojik yatkınlığı bulunan bireyin olumsuz çevresel risk faktörlerine (kötü ebeveynlik, travmalar gibi) maruz kalmasıyla duygu regülasyonunda ve stres yanıtında bozulma meydana gelebilmektedir. Bunun sonucunda çocukta öncelikle 'farklılaşmamış korku veya anksiyete duygusu' geliştiği, daha sonrasında ise bireysel farklılıklara göre spesifik anksiyete bozukluklarının şekillendiği düşünülmektedir (Vasey ve Dadds, 2001).

### **Biyolojik faktörler**

Aile çalışmaları anksiyete bozukluklarında ailesel geçiş olduğunu desteklemiştir (Hetteima ve ark., 2001). Anksiyete bozukluğuna sahip olan ebeveynlerin çocuklarında yüksek oranda anksiyete bozukluğu olduğu saptanmıştır (Lieb ve ark., 2005). İkiz çalışmalarında ise çocukluk çağı anksiyete semptomlarının kalıtım oranının üçte bir olduğu belirlenmiştir (Gregory ve Eley, 2011).

## Sosyal Faktörler

İkiz çalışmalarının sonuçları yetişkinlerdeki sonuçlarla benzer şekilde çocukluk çağı anksiyetesinin orta derecede genetik geçiş gösterdiğini ve çevresel faktörlerin de anksiyete etiyolojisine önemli ölçüde katkıda bulunduğunu göstermiştir (Ehringer ve ark., 2006). Ebeveynlik stilinin anksiyete bozuklukları için önemli bir risk faktörü olduğunu gösteren sınırlı sayıda epidemiyolojik çalışma vardır. Ergenler arasında yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin aşırı koruması ve ya da aşırı serbest davranması, çocuklarda artan sosyal fobi oranları ile önemli ölçüde ilişkili bulunmuştur (Lieb ve ark., 2005). Çoğu epidemiyolojik çalışma, çocukluktaki olumsuz deneyimler (Örneğin, ebeveyn kaybı, ebeveyn boşanması, fiziksel ve cinsel istismar) ile anksiyete bozuklukları dahil neredeyse tüm zihinsel bozukluklar arasında ilişki bulmaktadır. Kessler ve arkadaşlarının Amerika Birleşik Devletleri'nde yaptığı çalışmada kayıp olayları (Örn. ebeveyn boşanma), ebeveyn psikopatolojileri (Örn. maternal depresyon), kişilerarası travmalar (Örn. tecavüz) ve daha sonra DSM-III-R bozukluklarının başlangıcı dahil olmak üzere geriye dönük olarak bildirilen çocukluk sorunları arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Kessler ve ark., 1997). Duygusal bir kriz yaşayan engelli çocuk ise; öfke, sağlıksız düşünce yapısı, acı, ümitsizlik duyguları içinde yaşamın anlamını öğrenmeye çalışır (Ulutaşdemir, 2002). Engelli çocukların eğitiminde uzmanın; aileye psikolojik yardımla ilgili gerekli yönlendirmeleri yaparak eğitim verebilmesi, ailenin içinde bulunduğu psikolojik durumda ailenin stres faktörlerine uyum sağlayıp çözümlemesini sağlayabileceği ifade edilmiştir (Ulutaşdemir, 2007).



## **Öğrenme Kuramları**

Davranışçı yaklaşımlar anksiyete bozukluğunun, gelişim sırasındaki öğrenme deneyimleri ve koşullanmalar ile oluşabileceğini göstermektedir. Bu bireysel öğrenme ve deneyimler anksiyete bozuklukları için görülmeyen çevresel risk faktörleri olarak dikkat çekmektedir (Rapee ve ark., 2009). Ayrıca yaşanan travmatik olayların anksiyete bozukluklarında rol oynadığı yapılan çalışmalarla rapor edilmiştir (Kendler ve ark., 1998).

## **Bilişsel Faktörler**

Bilişsel ve bilgi işleme süreçlerindeki kodlama, yorumlama, hatırlama alanlarındaki yanlılıkların çocukluk çağı anksiyetesinin oluşumunda ve devam ettirilmesinde önemli olduğu düşünülmektedir. Bu modele göre anksiyetesi olan çocuklarda dikkati korkulu uyarana yönlendirme, belirsiz durumları ise tehlikeli olarak yorumlama yanlılığı rapor edilmiştir (Hadwin ve ark., 2006).

## **Anksiyete Bozukluklarında Komorbidite**

Anksiyete bozukluklarındaki komorbidite, psikopatopojinin artmasına, işlevsellikte ve yaşam kalitesinde azalmaya neden olmaktadır (Coryell ve ark., 1988; Sheehan, 1998). Örneğin, Sanderson ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (1990) , anksiyete hastalarının % 70'inin en az bir ek Eksen I tanısı aldığı rapor edilmiştir. Başka bir çalışmada DSM-IV yaygın anksiyete bozukluğu tanısı olanların %92'sinin başka bir yaşam boyu DSM-IV bozukluğu gösterdiğini saptamıştır (Ruscio ve ark., 2007).

Literatürde anksiyete bozukluklarının duygudurum, madde ve kişilik bozuklukları ile yüksek oranda eşlik etme eğiliminde olduğunu gösteren ve belirli eş tanı modellerinin (Örneğin, kişilik bozuklukları) varlığının anksiyete bozukluğu olan hastalar arasında daha fazla olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Dreessen ve ark., 1994; Brown ve Barlow, 1995).

Çocuk ve ergenlerdeki komorbiditeye baktığımızda, tek başına bir anksiyete bozukluğunun görüldüğü nadirdir. Çalışmalar anksiyete bozukluğu olan çocukların yaklaşık olarak %40-60 kadarının birden fazla anksiyete bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığını göstermiştir (Kashani ve Orvaschel, 1990). Anksiyete bozukluğu ile dışa vurum bozukluklarının birlikte görüldüğü durumlara nazaran anksiyete bozukluğu ve depresyonun birlikte görüldüğü durumlara göre belirgin şekilde daha az bulunmuştur (Ford ve ark., 2003).

### **Anksiyete Bozukluklarının Tedavisi**

Anksiyete bozuklukları için tedavi seçenekleri arasında farmakoterapi, psikoterapi ve tammamlayıcı ve alternatif tedaviler bulunmaktadır. Bu tedavi seçenekleri, hastanın ihtiyaçlarına ve spesifik anksiyete bozukluğuna göre birlikte veya tek başına uygulanabilir. Farmakoterapinin başlangıcında, hasta semptomların düzelmesi ve yan etkilerin ortaya çıkması açısından sık sık izlenmelidir. Hastalara tüm yeni ilaç tedavileri konusunda danışmanlık verilmeli ve en düşük etkili doz kullanılmalıdır. Nüks riskini azaltmak için semptomların düzelmesinden sonra en az 12 ay boyunca ilaç tedavisine devam edilmelidir. Bazı hastalar ilaçlarından titre edilebilirken, diğerleri ömür

boyu idame tedavisi gerektireceğinden, farmakoterapinin süresi kişiselleştirilmelidir (Sobnosky, 2014).

Anksiyete Bozukluğu olan hastanın başka bir hastalığa bağlı olarak cerrahi girişim geçirmesi yaygın anksiyete bozukluğu belirtilerinde alevlenmeye neden olabileceği gibi operasyon sırasında ilaçların kesilmesi ve ilaç etkileşimleri tedaviyi aksatabilir. Bu nedenle hasta ve ailesinin psikososyal değerlendirmesi, fiziksel tanılama kadar önemlidir. Cerrahi girişim öncesi hasta ve ailesinin eğitimi bir ekip işi olmakla birlikte hastaların ameliyattan hemen önceki günlerde anksiyete düzeyleri yüksek olacağından, hasta eğitimi için en uygun zamanın ameliyat günü değil, ameliyattan 5-7 gün önce başlaması gerektiği belirtilmektedir (Kulakaç ve Uzun, 2020).

### **Farmakolojik Tedavi**

*Seçici serotonin geri alım inhibitörleri* (SSRI'lar), anksiyete bozuklukları için birinci basamak tedavi olarak kabul edilir. Bu ajanlar, postsinaptik reseptörlere bağlanmak için mevcut konsantrasyonu artıran serotonin taşıyıcısı tarafından serotoninin presinaptik geri alımını seçici olarak inhibe eder (Sobnosky, 2014).

*Serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri* (SNRI'ler), bu ajanlar daha az iyi tolere edilebildiklerinden, genellikle bir SSRI'nin başarısızlığından veya yetersiz yanıtından sonra başlatılır. SNRI ajanları hem serotonin hem de norepinefrin geri alımını inhibe eder (Sobnosky, 2014).

*Trisiklik antidepressanların* (TCA'lar), mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır, ancak bunların norepinefrin ve serotonin geri alımına müdahale ettiğine ve ardından postsinaptik reseptörlerde aktivitelerini artırdıklarına inanılmaktadır. Bu ilaç sınıfı, SSRI'lar ve SNRI'larla karşılaştırılabilir bir etkiye sahiptir, ancak yan etkilerin sıklığının artması nedeniyle anksiyete bozukluklarının tedavisinde daha az yaygın olarak kullanılmaktadır (Sobnosky, 2014).

Anksiyete bozukluklarının tedavisinde, *monoamin oksidaz inhibitörleri* (MAOI'ler), özellikle fobik reaksiyonlar yaşadıklarında veya karışık anksiyete-depresif durumlara sahip olduklarında, özellikle diğer tedavilere yanıt vermeyen hastalar için kullanılır. (Sobnosky, 2014; Jayakody ve ark., 2014).

*Buspiron*: Buspiron'un etki mekanizması tam olarak anlaşılamamıştır. Ancak noradrenerjik ve dopaminerjik eylemleri arttırırken serotonerjik aktiviteyi baskıladığına inanılmaktadır (Pande ve ark., 2003; Sobnosky, 2014).

*Gabapentin ve Pregabalin*: Gabapentin ve pregabalin, sosyal anksiyete bozukluğunun tedavisi için etiket dışı olarak kullanılan kalsiyum kanal modülatörleridir. CNS dokularındaki voltaj kapılı kalsiyum kanallarının  $\alpha_2$  --alt birimine bağlanırlar ve daha sonra uyarıcı nörotransmitterlerin salınımını düzenlerler (Pini ve ark., 2014; Cassano ve ark., 2002).

*Benzodiazepinler*: Benzodiazepinler, GABA'nın inhibitör etkilerini arttırmak için GABA-benzodiazepin reseptör kompleksi üzerinde etki eder. Bu ilaç sınıfı, akut anksiyete alevlenmelerinin idare edilmesinde

etkilidir veya bir hasta terapötik bir doz belirlenene kadar SSRI veya SNRI tedavisinin başlangıcında kullanılabilir. Anksiyete bozuklukları semptomları için en sık reçete edilen psikofarmakolojik tedavilerden biri benzodiazepin grubu ilaçlardır (Baldwin ve ark., 2012; Reinhold ve Rickels, 2015). Kısa süreli bir terapi olarak etkili olmasına rağmen, benzodiazepinlerin uzun süreli kullanımı tolerans, alışkanlık ve yoksunluk sendromu ile sonuçlanabilir (Ashton, 2005).

Farmakolojik ilaçların yan etkilerinden endişe duyan anksiyete bozukluğu olan hastalar, tercihen uygulamalı gevşeme, psikoterapi, bilişsel terapi, farkındalık müdahaleleri vb. gibi farmakolojik olmayan tedavileri seçebilirler (Barteley ve ark., 2013)

### **Farmakolojik Olmayan Tedavi**

Bilişsel davranışçı terapi (BDT), anksiyete bozuklukları için terapötik planın ayrılmaz bir parçasıdır. BDT'nin amacı, işlevsiz bilişleri tanımlamak ve düzeltmektir. Bu terapi, hastaların duygusal sıkıntılarını kontrol etmelerine ve kaçınma stratejileri gibi uyumsuz davranışları kullanımlarını azaltmalarına yardımcı olur. Ayrıca kaygı Bozukluklarında Psikodinamik Psikoterapi, Davranışçı Psikoterapi, Bilişsel Psikoterapi, Varoluşçu Psikoterapi, Logoterapi, Şema Terapisi, Gestalt Terapi, Duygu Odaklı Terapi, Transaksiyonel Analiz Terapisi; İntegratif Psikoterapi gibi bir çok farklı terapi çeşidi kullanılmaktadır (Şahin, 2019; Sobnosky, 2014).

Tamamlayıcı ve alternatif tedaviler anksiyete bozukluklarında etkisi kanıtlanmış tedaviler olarak karşımıza çıkmaktadır. Tamamlayıcı ve

alternatif tedaviler arasında çarkıfelek çayı, papatya, sarı kantaron, melisa, gevşeme egzersizi, müzik dans terapisi gibi bir çok tedavi yer alırken bu tedavilerin hastalarda gevşemeyi artırdığı ve anksiyeteyi azalttığı çalışmalarda kanıtlanmıştır (Sobnosky, 2014).

Öte yandan yaşam tarzı değişiklikleri de anksiyete belirtilerini azaltmada etkili olabilmektedir. Bu yaşam tarzı değişiklikleri arasında kafein tüketiminin sınırlandırılması anksiyetenin azaltılması için yapılabilecek yöntemlerden birisidir. Yüksek dozlardaki kafeinin anksiyeteyi şiddetlendirdiği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Öte yandan anksiyete bozukluğu olan hastaların genel popülasyona kıyasla kafeinin etkilerine karşı daha duyarlı ve reaktif oldukları rapor edilmiştir. Hem aerobik hem aerobik olmayan egzersizin, anksiyete bozukluğu semptomlarını azaltmada fayda sağladığı yapılan çalışmalarda kanıtlanmıştır. Yaşam tarzı değişiklikleri, BDT, farmakoterapi veya her ikisiyle birlikte yardımcı tedavi olarak kullanılmalıdır (Sobnosky, 2014).

Gevşeme nefes teknikleri, kaygıyı tetikleyen durumlarda faydalı olduğu belirtilmektedir. Hastaların günlük tutmalarının desteklenmesinin, anksiyete tetikleyicileri konusunda farkındalığı artırma ve kişisel başa çıkma davranışları konusunda öz farkındalık geliştirebilmelerine katkı sağladığı yapılan çalışmalarda rapor edilmiştir (Sobnosky, 2014).

### **Tamamlayıcı ve Alternatif Tedaviler**

Tamamlayıcı ve alternatif tedavilerin (TAT) birçok farklı tanımı mevcut olsa da Birleşmiş Milletler Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün yapmış

olduğu tanım bu alanda en çok kabul edilen tanım olmuştur (Karayağız Muslu ve Öztürk, 2008). Bu tanıma göre “tamamlayıcı ve alternatif tıp; belirli bir zaman diliminde belli bir toplum veya kültürdeki politik olarak baskın olan sağlık sisteminin dışında kalan bütün sağlık hizmetlerini, yöntemlerini, uygulamalarını ve bunlara eşlik eden teori ve inançları kapsayan geniş bir sağlık alanı”dır (National Institute of Health, 1997). Tamamlayıcı ve alternatif tıp, tipik olarak geleneksel tıbbi bakımın bir parçası olmayan veya olağan Batı uygulamalarının dışında kökenleri olan sağlık bakımı yaklaşımları olarak tanımlanabilir. Başka bir ifadeyle ‘Tamamlayıcı tedavi’ terimi konvansiyonel tedaviler ile birlikte kullanılan yöntemleri, ‘Alternatif tedavi’ terimi ise konvansiyonel tedavilerin yerine kullanılan yöntemleri ifade etmektedir (National Center for Complementary and Integrative Health-NCCIH, 2015).

## **Tat Yöntemlerinin Sınıflandırılması Ulusal Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Merkezi’nin (NCCAM) Sınıflandırması 2012**

### **I. Biyolojiye dayalı tedaviler**

- ✓ Bitkisel ürünler
- ✓ Hayvansal ürünler
- ✓ Vitaminler
- ✓ Mineraller
- ✓ Yağ asitleri
- ✓ Proteinler
- ✓ Probiyotikler

## II. Zihin-Beden uygulamaları

- ✓ Meditasyon
- ✓ Yoga
- ✓ Akupunktur
- ✓ Gevşeme egzersizleri
- ✓ Nefes egzersizleri
- ✓ Hipnoz
- ✓ Qi gong
- ✓ Tai chi

## III. Manipülatif ve Bedene Dayalı Sistemler

- ✓ Karyoterapi (Şiropraksi)
- ✓ Osteopati
- ✓ Masaj
- ✓ Refleksoloji

## IV. Diğer uygulamalar

- ✓ Hareket terapileri (pilates gibi)
- ✓ Enerjiye dayalı uygulamalar (manyetik terapi, ışık terapisi, reiki, terapötik dokunma gibi)
- ✓ Bütünleştirici tıbbi uygulamalar (Geleneksel Çin Tıbbı, Ayurvedik Tıp) (National Institute of Health, 1997).



## **Anksiyete Bozukluklarında Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Kullanımı**

### **I. Biyolojiye Dayalı Tedaviler**

Bitkilerle tedavi yöntemi kökeni Çin'e dayanan bilinen en eski tedavi şekillerindendir. 20. Yüzyılda her ne kadar bitkisel ilaçlar yerini endüstriyel ilaçlara bırakmış olsa da endüstriyel ilaçların %25'nin aktif etken maddesi bitkilerdir. Bitkisel ilaçların TAT amacıyla kullanılmasına ilgi gün geçtikçe artmaktadır. Amerika'da yılda 1.5 milyar dolar bitkisel diyet ilavelerine harcanmaktadır. WHO tarafından yayınlanan raporlarda 90'dan fazla ülkede 20.000'den fazla tıbbi bitkinin tedavi amacıyla kullanıldığı bildirilmiştir (Şahin, 2019).

Psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan biyolojiye dayalı tedaviler şunlardır;

#### **Kava**

Kavanın anksiyete bozukluklarının semptomlarında önemli etkileri olduğu araştırmalarla kanıtlanmıştır. Kava bitkisinin Yoğun anksiyete yaşanan durumlarda değil de hafif ve orta derecede yaşanan anksiyetede oldukça etkili olduğu ve "doğal" çareleri kullanmak isteyen hastalar oldukça önemli bir alternatif tedavi olduğu söylenebilir (Singh, 2005; Ernst, 2002).

#### **St John's Wort (Sarı Kantaron)**

Seratonerjik, dopaminerjik ve GABA'erjik etkileri olduğuna dair farmakolojik kanıtlar bulunan Hypericum Perforatum'un hiperisin ve

hiperforin adlı iki etkin içeriği vardır. Obsesif kompulsif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, alkol bağımlılığı somatoform bozukluklar gibi birçok psikiyatrik bozukluğun tedavisinde kullanıldığı çok sayıda çalışmada bildirilmiştir (Kobak ve ark., 2005).

### **Passiflora (Passion Flower/ Tutku ieği/ çarkıfelek ayı)**

Yapraklarından elde edilen ayı sedatif ve trankilizan etkilidir. Yaygın anksiyete bozukluğu olan hastalarla yapılan bir çalışmada, Passiflora Incarnata'nın oksazepam kadar etkili olduğu ve iş performansında daha az bozulmaya yol açtığı belirlenmiştir. Yapılan deneysel bir çalışmada hastalara 30 gün boyunca verilen 45 damla çarkıfelek tentrsnn 30 mg oksazepam etkisine sahip olduğu ve bireylerin anksiyete puanında belirgin bir azalma olduğu saptanmıştır (Akhondzadeh ve ark., 200).

### **Melisa (Leman Balm/Melissa Officinalis L.)**

Ülkemizde de yaygın olarak kullanılan, yapraklarından çay yapılarak tüketilen bir bitkidir. Anksiyolitik etkisinin yanı sıra biliş ve bellek üzerindeki etkileri birçok klinik çalışmada gösterilmiştir (şahin, 2016).

### **Kediotu**

Kediotu yıllar boyu sınırlı, gergin ruh hali için kullanılmış bir bitkidir. Günümüzde anksiyolitik etkisi araştırmalarla kanıtlanmış olup anksiyete bozukluklarında kullanılmaktadır (Andreatini, 2002).

## **D vitamini**

Monoaminlerin sentezlenmesinde de rolü olduğundan hem duygudurumun düzenlenmesinde, hem de bilişsel işlevler üzerinde etkisi vardır. D vitamini eksikliği ile ilişkili olması muhtemel olan psikiyatrik bozukluklar otizm spektrum bozuklukları, bilişsel bozukluklar, demans, şizofreni ve depresyondur (Güleç ve ark., 2012). Güncel kanıtlar özellikle depresif semptomları azaltmak için antidepresanlara D vitamini takviye edilmesini desteklemektedir (Sarris ve ark., 2016).

## **Papatya**

Flavonoid apigenin içerir; benzodiazepin reseptörlerine afinitesi vardır, histamin sistemi ile de etkileşime girebilir. Antidepresan ve anksiyolitik etkilerinin olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Keefe ve arkadaşlarının (2016) yaptığı randomize kontrollü çalışmada papatyanın yaygın anksiyete bozukluğunda etkileri sonuçları olduğu saptanmıştır. Hastalarda anksiyete semptomlarında azalmalar gözlenmiş ve yapılan ölçeklerle bireylerin toplam anksiyete puanlarının düştüğü belirlenmiştir (Keefe ve ark., 2016).

## **E vitamini**

Yapılan çalışmalarda depresyon ve anksiyete bozukluklarında serumda antioksidan vitaminlerin (A, C, E vitaminleri) seviyelerinin düşük olduğu saptanmıştır. Yapılan araştırmalarda bu vitaminlerin replasmanı yapılarak psikiyatrik tablonun gerilediği görülmüştür (Koekkoek, 2016).

## **II. Zihin Beden Uygulamaları**

### **Gevşeme ve Nefes Egzersizleri**

Gevşeme tekniklerinin; çeşitli hastalıklar veya girişimlere bağlı anksiyete belirtileri, uykusuzluk, panik atak, depresyon, travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda semptomları azalttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Şahin, 2016).

### **Müzik ve Dans Terapisi**

Parkinson hastalığında, Alzheimer hastalığında, depresyon, anksiyete bozuklukları, şizofreni, otizm spektrum bozuklukları tedavisinde faydalı etkilerinin olabileceği yapılan çalışmalarda gösterilmiştir. Yapılan sistematik incelemelerde müzik temelli müdahalelerin farklı popülasyonlarda kaygı ve stresi azaltmaya yardımcı olabileceğini öne sürmektedir (Bradt ve ark., 2013)

### **Meditasyon Yöntemleri**

Genel olarak meditasyon kişinin duygu, düşünce ve duyumlarına karşı farkındalık oluşturmasını ve bunları yargılamadan gözlemlemeyi öğrenmeyi amaçlar. Meditasyon için çeşitli yöntemler geliştirilmiştir. Bu yöntemlerin hepsinin tek amacı vardır; zihni boşaltmak. Bu yöntemler özellikle depresyonda ve anksiyete bozukluklarında kullanıldığında olumlu sonuçların alındığı görülmüştür (Caterino ve ark., 2018).

## **Akupunktur**

Vücut üzerinde bulunan belirli noktalara iğne batırmak suretiyle uygulanan akupunkturun, ağrı azaltıcı, iyileştirici ve bağışıklık sistemi üzerinde düzenleyici etkisinin olduğu düşünülmektedir. Akut ve kronik ağrı kontrolünün yanı sıra; depresyon, uyku bozuklukları, psikosomatik hastalıklar, kaygı bozuklukları, kekemelik ve tiklerin tedavisinde kullanılmaktadır (Şahin, 2016).

## **Refleksoloji**

Akupunktur temellerine doğrultusunda yapılan, bireyin el, ayak, yüz ve kulaklarındaki refleks noktalarına elle bası tekniği kullanarak beyne ileti gönderilmesi ve sonucunda bireyin organlarında tepki meydana getirilmesi yöntemidir. Psikiyatride panik atak ve depresyon tedavisinde destekleyici olarak uygulandığı çalışmalar mevcuttur (Çakıroğlu, 2013).

## **Hipnoz**

Hipnoz; bakışla, sözle veya bazı yardımcı nesnelere kullanılarak, telkin ile oluşturulan bilince yönelik bir yöntemdir. Agorafobi, sosyal fobi, sınav kaygısı, travma sonrası stres bozukluğunda uygulanmaktadır (Akgül ve ark., 2016).

## **Yoga**

Yoganın bir çok yöntemi olmakla birlikte en çok kullanılan, fiziksel postür alma, nefes teknikleri, meditasyon ve relaksasyonu aynı anda kullanabilmektir. Kronik ağrı, depresyon, anksiyete ve psikozun

tedavisinde yararlı olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Akgül ve ark., 2016).

## **Reiki**

Noninvaziv, manipülatif olmayan nazik dokunuşla uygulanan rahatlatıcı bir şifa terapisi. Reiki, ellerin hafifçe giydirilmiş vücudun üzerine veya üzerine yerleştirilmesi, el pozisyonlarının yavaş ilerlemesiyle öne ve arkaya doğru çalışmayı içerir (Hangauer ve ark., 2017). Reiki'nin ürettiği derin gevşemenin anksiyeteyi azalttığı ve ağrı algısını hafiflettiği ve bireylerde psikospiritüel bir iyilik hissi uyandırdığı bildirildi (Hunt ve ark., 2005).

## **SONUÇ VE ÖNERİLER**

Anksiyete bozuklukları da yaşam kalitesi üzerinde önemli bir olumsuz etki yaratmaktadır Anksiyete bozukluklarını önlemek ve bunlarla mücadele etmek için etkili bir tedavi yöntemi bulmak son derece önemlidir. TAT yöntemlerine yönelim mevcut psikofarmakolojik tedavilerin hem sınırlı etkinliği hem de önemli yan etkileri sebebiyle son yıllarda gittikçe artmaktadır. Psikiyatri hastaları ve psikiyatri dışı kronik tıbbi hastalığı olan kişiler arasında kullanımın bu kadar yaygın olması nedeniyle, psikiyatristler, diğer branş doktorları, hemşireler ve sağlık ekibinde yer alan diğer profesyoneller hastaların TAT kullanımını sorgulamalı, onların bu konudaki sorularına yanıt verebilecek düzeyde bilgi sahibi olmalı, kullanmakta oldukları ilaçlarla etkileşim riski ya da diğer riskleri öngörmeli ve gerektiğinde müdahalede bulunmalıdır. Tamamlayıcı tedaviler ile ilgili alana geçerli

ve güvenilir ölçüm araçlarının kazandırılması ve tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamalarının ruh sağlığı ve hastalıkları alanında yaygınlaşması gerekmektedir. Ayrıca TAT kullanım yöntemlerinin çeşitleri ve kullanılan yöntemlerin fayda ve zararları konusunda özellikle ülkemizde yapılan çalışmaların sayısının artırılması önerilmektedir.

## KAYNAKLAR

- Akhondzadeh, S., Naghavi, HR., Vazirian, M., Shayeganpour, A., Rashidi, H., Khani, M. (2001). Passionflower in the treatment of generalized anxiety: A pilot double-blind randomized controlled trial with oxazepam. *J Clin Pharm Ther*, 26, 363-367.
- Akyol, A. D., Yıldırım, Y., Toker, E., Yavuz, B. (2011). The use of complementary and alternative medicine among chronic renal failure patients. *Journal of Clinical Nursing*, 20 (7-8), 1035-1043.
- Andreatini, R., Sartori, VA., Seabra, ML., Leite, J.R. (2002). Effect of valepotriates (valerian extract) in generalized anxiety disorder: a randomized placebo-controlled pilot study. *Phytother Res*, 16, 651-654.
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PloS One*, 5(10), e13196.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)*. Arlington, VA: Amerikan Psikiyatri Yayınları.
- Arkonaç, S. (1999). Genç ve Yaşlı Yetişkinde Yaş Stereotipleri. *Psikoloji Çalışmaları*, 21, 1-20.
- Ashton, H. (2005). The diagnosis and management of benzodiazepine dependence. *Current opinion in Psychiatry*, 18(3), 249-255.
- Baldwin, DS., Waldman, S., Allgulander, C. (2011). Evidence-based pharmacological treatment of generalized anxiety disorder. *Int J Neuropsychopharmacol*, 14, 697-710.
- Ballenger J.C, Davidson J.R, Lecrubier Y, Nutt D.J, Baldwin D.S, den Boer J.A.... (1998). Consensus statement on panic disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *J Clin Psychiatry*, 59(8), 47-54.



- Bartley, CA., Hay, M., Bloch, M.H. (2013). Meta-analiz: Anksiyete bozukluklarının tedavisi için aerobik egzersiz. *Prog Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatry*, 45, 34-39.
- Bayraktar, F. (2006). İlköğretimde zorbalık ve kurban olma: Ergenlik öncesi çocuklarda zorbaların, kurbanların, zorba/kurbanların ve katılmayan grubun karşılaştırılması. *Türk Psikoloji Bülteni*, 38, 43-58.
- Bandelow, B., Wedekind, D. (2014). Soziale Phobie. *Der Nervenarzt*, 85(5), 635-647.
- Beesdo, K., Knappe, S., Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics*, 32(3), 483-524.
- Bradt, J., Dileo, C., Potvin, N. (2013). Music for stress and anxiety reduction in coronary heart disease patients. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).
- Brown, T. A., Barlow, D.H. (1995). Long-term outcome in cognitive behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63,754-765.
- Bystritsky, A., Khalsa, S.S., Cameron, M.E., Schiffman, J. (2013). Anksiyete bozukluklarının güncel teşhisi ve tedavisi. *PT*, 38(1), 30-57.
- Canino, G., Shrout, P.E., Rubio-Stipec, M... (2004).The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry*, 61,85-93.
- Çallaghan, P., Tak-Ying, S.A., Wyatt, P.A. (2000). Factors related to stres and coping among Chinese nurses in Hong Kong. *J Adv Nurs*, 31(6), 1518-27.
- Cassano, P., Fava, M. (2002). Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), 849-857.
- Catarino, A., Bateup, S., Tablan, V., Innes, K., Freer, S., Richards, A., Blackwell, A. D. (2018). Demographic and clinical predictors of response to internet-enabled cognitive-behavioural therapy for depression and anxiety. *BJPsych Open*, 4(5), 411-418.

- Coryell, W., Zimmermann, M., Winoku, G., Cadoret, R. (1988). Baseline neuroendocrine function and diagnostic stability among patients with a non-manic psychosis. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci*, 237,197-199.
- Crocq, M.A. (2015). A history of anxiety: from Hippocrates to DSM. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 319.
- Çakıroğlu G. (2013). *Refleksoloji*. İstanbul: Kassandra Yayınları.
- Demir Doğan, M, Kulakaç N. (2016). The use of complementary and alternative medicine in the patients who have respiratory disorders in Turkey. *Journal of Alternative Medical Research*, 2(2), 117.
- DiPiro J.T, Talbert R.L, Yee G.C. (2002). *Farmakoterapi: Patofizyolojik bir yaklaşım*. New York, NY: McGraw-Hill Medical.
- Dressen, L., Ataltz, A., Luttel, C., Sallael-tS, S. (1994). Personality disorders do not influence the results of cognitive behavior therapies for anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 265-274.
- Dowbiggin, I.R. (2009). High anxieties: The social construction of anxiety disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(7), 429-36.
- Ehringer, M.A, Rhee, SH, Young, S, Corley, R, Hewitt, J.K (2006). Genetic and environmental contributions to common psychopathologies of childhood and adolescence: A study of twins and their siblings. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34, 1-17.
- Ekinci, H., Ekici, S. (2003). Yöneticiler üzerindeki etkileri açısından stres kaynakları ve bir uygulama. *Uludağ Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 22(2), 93-111.
- Ernst, E. (2003). The risk-benefit profile of commonly used herbal therapies: Ginkgo, St. John's wort, ginseng, echinacea, saw palmetto, and kava *Ann Intern Med*, 136, 42-53.
- Ford, T., Goodman, R., Meltzer, H. (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42,1203-11.

- Geniş, B., Hocaoğlu, . (2019). Travmatik beyin hasarının psikiyatrik yn. Klinik Psikiyatri Dergisi, 22(4).
- Gregory, A. M., Eley, T. C. (2011). The genetic basis of child and adolescent anxiety. *Anxiety disorders in children and adolescents*, 161-178.
- Gulec, M., Ozcan, H., Oral, E., Selvi, Y., Aydin, A. (2012). The relationship between insomnia and major depressive disorder: a chicken and egg situation?. *Psychiatry and Behavioral Sciences*, 2(1), 28.
- Hadwin, J. A., Garner, M., Perez-Olivas, G. (2006). The development of information processing biases in childhood anxiety: A review and exploration of its origins in parenting. *Clinical Psychology Review*, 26(7), 876-894.
- Hangauer, M.J., Viswanathan, V.S., Ryan, M.J., Bole, D., Eaton, J.K., Matov, A., ... McCormick, F. (2017). Drug-tolerant persister cancer cells are vulnerable to GPX4 inhibition. *Nature*, 551(7679), 247-250.
- Hettema, J.M., Neale, M.C., Kendler, K.S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1568-1578.
- Hunt, O., Burden, D., Hepper, P., Johnston, C. (2005). The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic review. *European journal of orthodontics*, 27(3), 274-285.
- Jayakody, K., Gunadasa, S., Hosker, C. (2014). Exercise for anxiety disorders: systematic review. *British Journal of Sports Medicine*, 48(3), 187-196.
- Kashani, J. H., Orvaschel, H. (1990). A community study of anxiety in children and adolescents. *The American Journal of Psychiatry*.
- Khalid, R., Hasan, S. S. (2009). Test anxiety in high and low achievers. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 97-114.
- Kessler, R.C., Davis, C.G., Kendler, K.S. (1997). ABD Ulusal Komorbidite Araştırmasında ocukluk ağı sıkıntısı ve yetişkin psikiyatrik bozukluğu. *Psychol Med*, 27, 1101-1119.

- Kendler, K. S., Gardner, C.O. (1998). Twin studies of adult psychiatric and substance dependence disorders: are they biased by differences in the environmental experiences of monozygotic and dizygotic twins in childhood and adolescence?. *Psychological Medicine*, 28(3), 625-633.
- Kobak, K.A., Taylor, L.V., Warner, G., Futterer, R. (2005). St. John's wort versus placebo in social phobia: results from a placebo-controlled pilot study. *J Clin Psychopharmacol*, 25, 51-58.
- Koekkoek, W.A.C., Van Zanten, A.R. (2016). Antioxidant vitamins and trace elements in critical illness. *Nutrition in Clinical Practice*, 31(4), 457-474.
- Kremser, T. A. A. K. S. A. H., Evans, A., Moore, A., Luxford, K., Begbie, S., Bensoussan, A., ... Zorbas, H. (2008). Use of complementary therapies by Australian women with breast cancer. *The Breast*, 17(4), 387-394.
- Kring, A. M. Johnson, S. L. (2015) *Anormal Psikoloji*, Muzaffer Şahin (Çev. Ed.), Ankara: Nobel.
- Kulakaç N., & Uzun, S. (2020). Koroner arter hastalıklarının cerrahi tedavisi ve hemşirelik bakımı. *Akademisyen Kitapevi*. ISBN: 9786257795883.
- Lindsey, PL.(2009). Psychotropic medication use among older adults: what all nurses need to know. *J Gerontol Nurs*, 35(9), 28-38.
- Lieb, R., Becker, E., Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 445-452.
- Mohapatra, S., Agarwal, V., Sitholey, P. (2013). Pediatric anxiety disorders. *Asian journal of Psychiatry*, 6(5), 356-363.
- Morrison, J. (2016). *DSM-5'i Kolaylaştıran Klinisyenler için Tanı Rehberi*, Muzaffer Şahin (Çev. Ed.), Hanife Uğur Kural (Çev.) Ankara: Nobel.
- National Institute of Health. (1997). Panel on definition and description. Defining and describing complementary and alternative medicine. *CAM Research Methodology Conference*. April 1995. *Altern Ther and Health Med*, 3, 49-57.

- National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH) (2015). Available on-line at: <https://nccih.nih.gov/health/integrative-health#cvsa>. Erişim tarihi: 27.10.2020.
- O’Keefe, E.L., DiNicolantonio, J.J., Patil, H., Helzberg, J.H., Lavie, C.J. (2016). Lifestyle choices fuel epidemics of diabetes and cardiovascular disease among Asian Indians. *Progress in cardiovascular diseases*, 58(5), 505-513.
- Onur, E., Alkın, T., Tural, Ü. (2007). Panic disorder subtypes: further clinical differences. *Depression and Anxiety*, 24(7), 479-486.
- Pande A.C, Crockatt J.G, Feltner D.E, Janney C.A, Smith W.T, Weisler R, Londborg P.D, Bielski R.J, Zimbroff D.L, Davidson J.R.T, Liu-Dumaw M. (2003) Pregabalin in generalized anxiety disorder: a placebo-controlled trial. *Am J Psychiatry*, 160, 533-540.
- Pini, S., Abelli, M., Troisi, A., Siracusano, A., Cassano, G. B., Shear, K. M., Baldwin, D. (2014). The relationships among separation anxiety disorder, adult attachment style and agoraphobia in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 741-746.
- Rapee, R.M., Schniering, C.A., Hudson, J.L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 5, 311-341.
- Reinhold, J.A., Rickels, K. (2015). Pharmacological treatment for generalized anxiety disorder in adults: an update. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 16(11), 1669-1681.
- Roy, R., Jahan, M., Kumari, S., Chakraborty, P.K. (2005). Reasons for drug-non compliance of psychiatric patients: a centre based study. *J Indian Acad Appl Psychol*, 31, 24-28.
- Ruscio, A.M., Chiu, W.T., Roy-Byrne, P., Stang, P.E., Stein, D.J., Wittchen, H.U., Kessler, R.C. (2007). Broadening the definition of generalized anxiety disorder: effects on prevalence and associations with other disorders in the

- National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(5), 662-676.
- Sarris, J., Murphy, J., Mischoulon, D., Papakostas, G. I., Fava, M., Berk, M., Ng, C. H. (2016). Adjunctive nutraceuticals for depression: a systematic review and meta-analyses. *American Journal of Psychiatry*, 173(6), 575-587.
- Sertdemir, M. (2019). Anksiyete bozukluğu tanısı olan çocuk ve ergenlerde nörotrofik faktör düzeyleri. Necmettin Erbakan Üniversitesi Uzmanlık Tezi, Konya.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 22-33.
- Singh, Y.N. (2005). Potential for interaction of kava and St. John's wort with drugs. *J Ethnopharmacol*, 100,108-13.
- Sobnosky, J.L. (2014). Overview and management of anxiety disorders. *Us Pharmacist*, 39(11), 56-62.
- Stein, M. B., Craske, M. G. (2017). Treating anxiety in 2017: optimizing care to improve outcomes. *JAMA*, 318(3), 235-236.
- Stein, D., Kurtzman, L., Stier, S., Remnik, Y., Meged, D., Weizman, A. (2004). Electroconvulsivetherapy in adolescent and adult psychiatric inpatients- a retrospective chart design. *J Affect Disord*, 82(3),335-42.
- Şahin, M. Korku, kaygı ve kaygı (anksiyete) bozuklukları. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(10), 117-135.
- Tel, H., Karadağ, M., Tel, H., Aydın, Ş. (2003). Sağlık çalışanlarının çalışma ortamındaki stres yaşantıları ve başetme durumlarının belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(2), 13-23.
- Temel, M.K. (2019). Modern psikososyoklinik gelişmelerin eseri antidepresan kullanım bozukluğu: Tıp etiğince sorun teşkil eden bir olgu. *Anadolu Kliniği*

Tıp Bilimleri Dergisi, 24(3), 206-216.

Tuna R., Baykal, Ü. (2013). Onkoloji hemşirelerinde iş stresi ve etkileyen faktörler  
Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 21(2), 92-100.

Ulutaşdemir, N. (2002) Özürlü çocuk ve hemşirelik bakımı. Ufkun Ötesi Bilim  
Dergisi, 2(2), 33-41.

Ulutaşdemir, N. (2007) Engelli çocukların eğitimi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi,  
4(2), 119-130.

Ulutaşdemir, N., Balsak, H., Berhuni, Ö., Özdemir, E., Ataşalan, E. (2015). The  
impacts of occupational risks and their effects on work stress levels of a health  
professional (The sample from the Southeast Region of Turkey).  
Environmental Health Preventive Medicine, 20(6), 410-421.

Vasey, M.W., Dadds, M.R. (Eds.). (2001). The developmental psychopathology of  
anxiety. Oxford University Press.

World Health Organization. (2017). Policy options on mental health: A WHO-  
gulbenkian mental health platform collaboration.

## BÖLÜM 9

### YAŞLI BİREYLER İÇİN EVDE BAKIM MODELİNİN KULLANIMI

Öğr. Gör. Canan SARI<sup>1</sup>, Arş. Gör. Leyla ADIGÜZEL<sup>2</sup>,  
Prof. Dr. Birsal Canan DEMİRBAĞ<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Trabzon Üniversitesi, Tonya Meslek Yüksekokulu, Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü, Trabzon, sari\_adi@hotmail.com

<sup>2</sup> Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon, leylaozkara@gmail.com

<sup>3</sup> Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Trabzon, cdemirbag@gmail.com





## GİRİŞ

Tıp biliminde yaşanan gelişmeler sonucunda, enfeksiyon hastalıklarına bağlı ölüm sıklığı azalırken, doğuştan beklenen yaşam süresi, uzun süreli tedavi ve bakım gerektiren kronik hastalığa sahip birey sayısı ve yaşlıların nüfus içindeki oranı gittikçe artmıştır (Erci, 2014).

Yaşlılık; fiziksel, psikolojik ve sosyal boyutları olan, bireyin ruhsal ve fiziksel kazanımlarını tekrar eski haline getiremeyecek şekilde yavaş yavaş kaybetme durumu olarak tanımlanmaktadır (Umutlu ve Tekin Epik, 2019). Başka bir ifadeyle yaşlılık, bireylerin fiziksel, psikolojik ve sosyal açılardan bağımsızlıklarını kısmen de olsa yitirdikleri, yaşamın birçok alanında kayıplar yaşadığı bir dönemdir (Uzun, 2020). Yaşlılığın fiziksel boyutu, kronolojik yaşa bağlı oluşan fizyolojik değişim sürecini, psikolojik boyutu, başta öğrenme ve algı olmak üzere yaşa bağlı bilişsel yeteneklerde azalma ile oluşan süreci, sosyal boyutu ise toplumun yaşlı gruptan beklediği değer ve kavramları içermektedir (Umutlu ve Tekin Epik, 2019).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanımlamaya göre 65 yaş ve üstü kişiler yaşlı olarak kabul edilmektedir. 2019 yılında dünyadaki yaşlı nüfus rakamının 703 milyon 711 bin 487 kişi olduğu ve yaşlı bireylerin dünya nüfusunun %9,3'ünü oluşturduğu bilinmektedir. Dünya genelinde en yüksek yaşlı nüfusa sahip üç ülke ise sırasıyla Monako (%33.2), Japonya (%28.4) ve Almanya'dır (%22.4). Türkiye ise 167 ülkenin bulunduğu bu sıralama içinde 66. sırada yer almaktadır (www. ailevecalisma.gov.tr).

Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2019 yılına ilişkin verilerin sunulduğu "İstatistiklerle Yaşlılar" çalışmasına göre, 2014 yılında 65 yaş üstü nüfus sayısı 6 milyon 192 bin 962 kişi iken, bu sayının son beş yılda yüzde 21.9 yükselerek 7 milyon 550 bin 727 kişi olduğu, yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranının ise yüzde 8'den yüzde 9,1'e yükseldiği belirlenmiştir (www. ailevecalisma.gov.tr; Öztürk Başol, 2019).

Yapılan araştırmalar genç nüfus ile kıyaslandığında yaşlı bireylerde, kronik hastalık görülme sıklığının daha fazla olduğunu, uzun süreli bakıma daha fazla gereksinim duyduğunu, kendi ev ortamlarında kalarak bakım almayı tercih ettiklerini belirlenmiştir (Oğlak, 2011). Fakat ülkemizde çalışan kadın sayısının artışı, geniş aileden çekirdek aileye geçiş ile yaşanılan konutların giderek küçülmesi ve ekonomik problemler yaşlı bireylerin aile ortamındaki bakım olanaklarını gittikçe azaltmaktadır. Bu durum dikkate alındığında, yaşlılarda bakımına yönelik çalışmalara daha fazla ağırlık verilmesi gerektiği sonucu ortaya çıkmıştır (Karahana ve Güven, 2004).

Toplum içinde yaşlı nüfusun desteklenmesi için yapılan uygulamaların temel amacı; yaşlı bireylerin yaşam sürecine olumlu katkı sağlayarak yaşam kalitesini artırmak, kişi veya çevreye karşı bağımsızlık düzeyini en üst seviyede kullanmalarını desteklemek, çevresine bağımlı olma durumunu azaltmak ve toplum içinde aktif kalmalarını sağlamak olmalıdır (Kurtoğlu ve Koç, 2019).

Yaşlılar, kronik hastalıkların varlığı, stres ve çevreye karşı adaptasyon düzeyinin azalması gibi nedenler ile bağışıklık sistemi zayıfladığı için

daha sık hastalanan bireylerdir. Buna ilaveten yaşlılıkla birlikte koordinasyon, algı ve duyuların azalması başta sağlık hizmeti olmak üzere sosyal ve ekonomik yönden yaşlıların hem kurumsal hem de toplumsal bakım hizmetine olan ihtiyacını artırmıştır (Karahan ve Güven, 2004).

Kurumsal bakım hizmetleri başta hastaneler olmak üzere, huzurevi ve bakım merkezlerinde verilmektedir. Yaşlı bireyin hastanede daha uzun süre kalışına bağlı devletlere getirdiği maddi yük, nüfusun artışına bağlı hastanelerin yatak kapasitesinin azalması, teknolojinin gelişimine paralel sağlık hizmetlerinin artık ev ortamında da verilebilmesi, çoğu yaşlının zaten ev ortamında kalmak istemesi kurumsal bakıma alternatif farklı sağlık modelinin kullanılma gerekliliğini ortaya koymuştur. Yaşlılarda kurumsal bakım hizmetleri modeline alternatif olarak düşünülerek kullanımı kabul görülen model, topluma dayalı bakım hizmeti modelidir (Van Bilsen ve ark., 2008). Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi tarafından yaşlı sağlığı için belirlenen beş öncelikli alan içinde evde bakım hizmetlerinin geliştirilmesi için kamusal mekanizmaların güçlendirilmesi dördüncü sırada yer almaktadır (Ulutaşdemir, 2019).

Topluma dayalı bakım hizmeti modeli; yaşlı bireyin olabildiğince kendi ortamında kalmasını sağlayarak, ihtiyaç duyduğu bakım hizmetinin yaşadığı ortamda verilmesi ile kurumsal bakım maliyetinin azaldığı, yaşam kalitesi ve hasta memnuniyetinin arttığı, yaşlı bireyin onurunu koruyan ve toplum tarafından dışlanmasının önlenildiği modeldir. Topluma dayalı bakım hizmetleri modeli başta tele bakım, tele tıp ve

tele evde bakım olmak üzere destekleyici teknolojilerin kullanıldığı, gündüz bakım, gece bakım ve evde bakım modellerini içermektedir (Erci, 2015).

## **EVDE BAKIM MODELİ**

Yaşlılar için topluma dayalı bakım hizmetlerinden biri olan evde bakım modeli, yaşlı bireyin başta sağlık hizmeti olmak üzere beslenme, alışveriş, ev içi düzenleme/tasarım, temel ihtiyaçların karşılanması ile öz bakım desteğinin sağlandığı; hastanede yatışın kısıtlanmasına bağlı maliyetin azaldığı, sağlık sektörü dışında farklı sektörlerinde katılımının sağlanarak disiplinlerarası işbirliğinin sürdürüldüğü ve sağlık hizmetinin devamlılığının sağlanmasında en çok kabul görülen sistemlerden biridir (Çav, 2019).

Evde bakım hizmeti; akut, kronik veya kalıcı engelliliği olan özürülü veya yaşlı birey ve ailesine kendi yaşam ortamında, bağımsızlığını en yüksek seviyeye taşıyan, hastalık ve engelleri en alt seviyeye indiren, yaşam süreçlerinde mutlu ve huzurlu sürdürerek topluma dahil olmalarını sağlayan, koruyucu, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin bir arada verildiği, hizmeti alan bireylerin ihtiyaçlarına göre planlamanın yapıldığı, bakım alan bireyin aile üyelerinin özellikle kadınların yükünü hafifletmek için sunulan tıbbi destek, fizyolojik, psikolojik ve sosyal hizmetleri içeren bakım modelidir (Çoban ve Esadoğlu, 2004; Bahar ve Parlar, 2007).

Evde bakım hizmetleri, gelişmiş batı ülkeleri başta olmak üzere, dünyanın birçok ülkesinde genel sağlık ve sosyal hizmetler içinde yer alan hizmettir. Ülkelerin genel sağlık ve sosyal hizmet sistemlerinin özelliğine göre evde bakım hizmeti kamu kurumları, özel ya da gönüllü kuruluşlar tarafından verilmektedir. Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları evde bakım hizmetlerini sunmak amacıyla organizasyonlar oluşturmaktadır (Yörük, Çalışkan ve Gündoğdu, 2012).

Uluslararası düzeyde evde bakım hizmetinin verilmesi amacıyla oluşturulmuş ortak bir hizmet listesi bulunmamaktadır. Bu sebeple ülkeler kendi listelerini kendileri oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün evde bakım modelinde sunduğu hizmetler ise:

- Hastaların değerlendirilmesi ve takip edilmesini sağlamak,
- Sağlığı korumak, geliştirmek ve rehabilite etmek,
- Banyo yapmak, giysi giymek ve beslenmek gibi kişisel bakım ihtiyaçların desteklenmesi, karşılıklı yardımlaşma ve kendini savunabilmesi sağlamak,
- Tıbbi bakım ile hemşirelik bakımının bir arada sunmak,
- Başta engelli ve yaşlı bireyler olmak üzere ev ortamının kişisel ihtiyaçların karşılanacağı biçimde düzenlemek,
- Aışveriş, çamaşır yıkama ve temizlik gibi ev işlerine hizmet desteği vermek,
- Kamu olanaklarına erişimi sağlamak,
- Rehabilitasyon hizmetinin ev ortamında yapılmasını desteklemek,

- Sağlık ile ilgili destekleyici alet, ilaç ve ekipmanları temin etmek ve kullanımını sağlamak,
- Değerlendirme, izleme ve tekrar değerlendirmeyi düzenlemek,
- Başta demans, inkontinas ve mental sorunlar olmak üzere yaşlı bireye özelleşmiş destek hizmetlerini sağlamak,
- Bakım vericinin bakım hizmeti alması gereken kişiye daha iyi hizmet verebilmesi amacıyla bilgi, danışmanlık ve sağlık eğitimi olmak üzere bakım öncesi, sırası ve sonrasında desteklemek,
- Palyatif bakım hizmetinin desteklenmesine katkı sağlamak,
- Danışmanlık hizmeti ve duygusal destek vermek,
- Kişilerarası sosyal etkileşimin geliştirilmesini sağlamak,
- Fiziksel aktivite için olanakları sağlamak,
- Toplumun bakım rolünü kabullenmesi konusunda desteklenmesini sağlanmaktır (Işık ve ark., 2016).

## **DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE EVDE BAKIMIN TARİHÇESİ**

Evde bakım hizmetlerinin tarihçesi 1700’l yıllarda dini amaçlar ile evde yapılan hasta ve fakirlere gerçekleştirilen ziyaretler ve Roma’da doğum yaptırmak amacıyla gelen ebelerin hastaların evlerine gelirken kendi alet ve çantalarını yanlarına getirmesiyle başlamıştır (Erci, 2014; Aksoy ve ark., 2015).

Ortaçağ Avrupası’nda evde bakım hizmetleri karantina uygulamaları ile hasta kişinin sağlam olan kişilere hastalığı bulaştırmasının engellenmesi ile gerçekleştirilmiştir. Bazı kuruluşlar 19. yüzyıldan itibaren bakıma muhtaç kişilere yardım etmek amacıyla organize resmi

girişimlerin oluşmasında ve bu girişimlerin hızlanmasında aktif rol oynamıştır (Yılmaz ve ark., 2010).

Evde bakım hizmetleri ile ilgili kapsamlı ilk kayıtlar 1796 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) Boston Dispanseri tarafından tutulmuştur. Bu dispenserin esas felsefesi ise hastaların evlerinden ayrılmadan, kendi ev ortamında şifa bulması gerektiğine odaklanmaları olmuştur (Aksoy ve ark., 2015). ABD'de 1947 yılı evde bakım hizmetlerinin sunulmasında milat olmuştur. 1947 yılı öncesine kadar evde bakım hizmeti sadece hemşirelik hizmeti ile sınırlı iken, 1947 yılı sonrasında New York Montefiore Hastanesinde evde bakım biriminin kurulması hastane destekli ilk evde bakım uygulamasıdır. 1960 yılında yaşlılar için evde bakım hizmeti ücretsiz verilmeye başlanmış, 1965 yılından sonra ise ABD'deki Medicare ve Medicaid sigorta sistemleri ile evde bakım hizmetleri karşılanmaya başlanmıştır. 1982 yılında ABD'de Ulusal Evde Bakım Birliği kurulmuş, 1990 yılında ise evde bakımın hizmet kapsamı ve hizmeti veren kuruluş sayısı artmıştır (Yılmaz ve ark., 2010; Erci, 2014; Aksoy ve ark., 2015).

ABD'de evde bakım hizmetini veren kuruluşlar; kişisel bakım ve hasta bakıcılığı hizmetleri, evde tıbbi malzeme desteği hizmetleri, evde infüzyon desteği hizmetleri ve hemşirelik hizmetleri dört ayrı gruba ayrılmıştır. ABD'de ilk ziyaretçi hemşireler ise 'Bölge Hemşiresi' olarak adlandırılmıştır (Erci, 2014; Aksoy ve ark., 2015).

Evde sağlık hizmetleri ve halk sağlığı hemşireliğinin gelişiminde en önemli etkiyi yapan ülke İngiltere'dir (Altuğ Özsoy ve Koca, 2015).



Önceleri kilisedeki hemşirelerin hastaları evlerinde ziyaret ederek başladıkları halk sağlığı hemşireliği, 1860 yılında Florence Nightingale'in verdiği hemşirelik hizmetleri ile desteklenmiştir. Bu dönemde William Rathbone isimli zengin bir İngiliz eşine evde bakması için ücretli hemşire çalıştırmıştır. Evde çalışan hemşire sadece hasta bakmak ile kalmamış evde yaşayan bireylere sağlık eğitimide vermiştir. Daha sonra sistemin aktif ve kaliteli olmasını sağlamak amacıyla 1982 yılında Liverpool'da 1.5 yıllık eğitim veren okul açılmıştır. Bu okuldan mezun olanlara “Halk Sağlığı Hemşiresi” ünvanı verilmiştir (Sapçı, 2017).

Ayrıca Avrupa ülkelerinden Kanada, Avustralya, Yeni Zelanda, Japonya, Hollanda gibi ülkeler evde bakım modeline yaygın olarak işlerlik kazandırmaktadır. Yıllardır yurt dışında kullanılan evde bakım modelinin önemli noktası yaşlı bireylere kendi yaşam ortamında huzurlu bir şekilde bakım verilmesinin sağlanması ve sağlık harcamalarında meydana gelen düşüştür (Damış ve Solak, 2014).

Türkiye'de 'evde muayene' kavramı ilk defa 1934 yılında Zührevi hastalıklar ve fuhuşla mücadele amacıyla muayeneye gelemeyecek kadar hasta olduğu haber verilen kadınlar için uygulanmıştır. Burada temel hedef antibiyotikler henüz üretilmediği için bulaşıcı hastalıkların bulaşıcı hastalıkların hızlıca kontrol edilmesi olmuştur. Daha sonra bulaşıcı hastalıklarda evde sağlık ve bakım uygulamalarına yönelik mevzuat genişletilerek seyyar hekimler tarafından ücretsiz sunulan evde muayenenin köylerde yaşayan herkesi kapsamı sağlanmış ve ilk kez evde tedavi hizmet kapsamına alınmıştır. O tarihlerde nüfusun

%76'sının köyde yaşadığı düşünüldüğünde evde tedavi hizmetinin köyleri kapsamı verilen hizmetin ülkenin büyük kısmına hizmet verildiği düşüncesini oluşturmaktadır. Daha sonra 1963-1967 tarihleri arasında hazırlanan Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda evde tedavi hizmetlerinin örgütlenmesi amacıyla gerekli birimin kurulması için pilot bölge çalışmalarının yapılması gerektiği vurgulanmıştır (Çoban, Esadoğlu ve İzgi, 2014). Birinci Kalkınma Planında evde tedavi hizmetleri kurumsal tedavi hizmetlerine karşı alternatif olarak görülmüş hem maliyetin azaltılması hem de sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması için bir araç olarak düşünülmüştür. Fakat evde yapılan hasta muayenesi mesai saatleri içerisinde sağlık ocağı hekiminin takdirine bırakılmıştır. Ayrıca sağlık ocağı hekiminin gerek görmesi durumunda uzman hekimleri konsültasyon yolu ile hastanın evine getirme yetkisi verilmiştir. Evde verilen bu hizmet için ücret ödenmeyeceği ifade edilmiştir (Işık ve ark., 2016).

1969 yılında hastane bünyesinde evde ve ayakta tedavi sisteminin geliştirilmesi için belli kurumlar tarafından seçilen hastanelerde servisler kurularak evde tedavi hizmetlerinin ikinci basamak sağlık kuruluşlarında örgütlenmesi hedeflenmiştir. Daha önceki ifadelerde evde tedavi, evde muayene ve tedavi ya da ev ziyareti olarak kabul gören evde bakım terimi ilk kez Millî Eğitim Bakanlığına Bağlı Sağlık Merkezlerinin Kuruluş ve Çalışmaları Hakkında Yönetmelik'te ifade edilmiştir. 1988 yılında ruh sağlığı hizmetlerinin evde bakım uygulamaları içerisinde yer alabileceği ifade edilmiştir. Daha sonra Sağlık Bakanlığı'nın yürüttüğü Güvenli Annelik Projesi'nde yapılan ev

ziyaretlerinde gebelik, çocuk bakımı ve aile planlaması ile ilgili eğitimlerin verilmesi planlanmıştır. 1983 yılında resmi gazete yayınlanan yönetmelikte hem uzman hekimlere hem de dış hekimlerine eve gitme zorunluluğu yetirilmiştir (Çoban, Esadoğlu ve İzgi, 2014).

Ülkemizde ilk kez 2001 yılında geniş çaplı bir organizasyonla Eczacıbaşı Sağlık Hizmetleri grubu tarafından hastaneden taburcu olan yaşlılara ve bakıma muhtaç olan hastalara verilmiştir. Evde sağlık hizmetlerinin işletim, yönetim ve sunumu ile ilgili yasa taslağı 2004 Ekim ayında yapılmış, 2005 yılında ise kabul edilmiştir. Daha sonra bu yönetmelik 2010 yılında revize edilmiş, bu yönetmelikte hizmetin aile hekiminin sorumluluğuna verilmiştir (Fadıloğlu, Ertem ve Şenuzun Aykar, 2013).

## **TÜRKİYE’DE SUNULAN EVDE BAKIM HİZMETLERİ**

Ülkemizde verilen evde bakım hizmetleri evde sosyal bakım ve evde sağlık hizmetleri olmak üzere iki grup altında toplanmıştır.

- A- Evde sosyal bakım; çoğunlukla sosyal hizmet sektörü tarafından sağlanmaktadır. Hizmet alan bireylerin çoğu yaşlı ve yalnız yaşayan kişilerdir. Yemek pişirme, temizlik, ev işleri, fatura yatırma, kişisel bakım gibi hizmetler evde sosyal bakım amacıyla sunulmaktadır (Aslan, Uyar ve Güzel, 2018).
- B- Evde sağlık hizmetleri; tanı koyucu, tedavi ile rehabilite edici, uzun süreli ve hospis bakımı kapsamaktadır. Evde sağlık bakım hizmetleri yaşlı, kronik hastalığa sahip ve terminal dönemdeki hastalığı olan bireyleri kapsamaktadır.

Evde sağlık hizmeti verilen hizmetin kapsamına göre üç grup altında toplanmıştır (Ekici ve Sur, 2015).

- a) Birinci grup evde sağlık hizmeti: Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında verilen hizmettir. Yeni doğanın evde ziyareti, evde yapılan basit pansuman ve enjeksiyonlar bu grupta verilen hizmetlerdir.
- b) İkinci grup evde sağlık hizmeti: Kişinin hasta yakınının da katılımı ile kendi ev ortamında teşhis ve tedavisinin profesyonel bir ekip tarafından sunulduğu hizmettir. Evde verilen doğum uygulaması ikinci grup evde sağlık hizmetidir.
- c) nc grup evde sağlık hizmeti: Kişinin hasta yakınının da katılımı ile kendi ev ortamında teşhis ve tedavisinin profesyonel bir ekip tarafından ev ortamı ya da ev ortamı olarak kabul görülen bir kurumda sunulan hizmettir. Periton diyalizi, hemodiyaliz ve palyatif bakım uygulaması üçüncü grup evde sağlık hizmetidir (Henhard vd, 2006).

## **YAşLILARA EVDE BAKIM HİZMETİ VEREN SAĞLIK PROFESYONELLERİ**

Evde bakım hizmeti hem yaşlı birey hem de ailesine fiziksel, duygusal, ekonomik ve çevresel boyutlarda hizmet sunduğu için interdisipliner ekip anlayışı içinde hizmet sunumu gerçekleşmelidir. Evde bakım hizmeti ekibinin yeleri yaşlı bireyin bakım gereksinimi ve sağlık durumuna göre hekim, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, psikolog,

sosyal hizmet uzmanı, sağlık yöneticisi, eczacı, konuşma terapisti ve ev ekonomistinden oluşmaktadır (Aksu ve Fadıloğlu, 2010).

Çağdaş hemşirelik anlayışında; bakım verme, eğitimcilik, danışmanlık, liderlik, hasta savunuculuğu gibi birçok role sahip olan hemşireler, evde bakım hizmeti ekibinin önemli üyesidir. Evde bakım hemşiresi bakım verdiği yaşlı birey ve ailesine odaklanan, akut, kronik veya terminal dönemdeki hastalara kendi yaşadıkları ortamda gerekli sağlık hizmetinin verilmesi amacıyla hemşirelik tanısı koyup amaç ve hedeflerini belirleyerek uyguladıkları hemşirelik girişimlerinin sonucunu değerlendiren sağlık profesyonelidir. Evde bakımda hizmetinde tıbbı tedavi yerine daha çok hemşirelik bakımı uygulandığı için ekibin en önemli üyesi hem lider hemde eğitici olarak görev alan halk sağlığı hemşiresidir (Erci, 2014).

Amerikan Hemşireler Birliğine göre ev sağlığı hemşireliği; toplum sağlığı hemşireliği ve diğer hemşirelik uzmanlıklarından seçilen teknik becerilerin bir sentezidir. Evde bakım hemşireliği ise eski ve yeni birçok hemşirelik disiplini içeren hasta bakımı odaklı halk sağlığı hemşireliğinin özel bir dalıdır (Erci, 2014).

Sağlık Bakanlığı tarafından sunulan evde sağlık hizmetlerinin uygulanmasına yönelik usul ve esasları içeren yönergeye göre toplum sağlığı hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları aşığıda sıralanmıştır:

- Tedavi ve bakım hizmetini sunarken hekim veya diğer hekiminden gerekli yazılı ve imzalı talimatı alır, uygular ve hemşire formuna

kayıt eder. Yaptığı hemşirelik uygulamalarının sonucunu değerlendirerek gözler ve uygulama sonuçlarını kayıt eder,

- Evde sağlık hizmeti dahilinde kişilere uygulanacak işlemlerde hekim, dış hekime ve evde bakım hizmeti ekibinin diğer üyelerine destek sağlar,
- Bakım hizmeti sunduğu hastanın yaşamsal bulgularını alır, kaydeder, meydana gelen değişiklikleri hekime bildirir,
- Tedavi planına göre belirlenen parenteral, oral veya harici uygulanması gereken ilaçları hastalara verir, verdikleri ilaçları kaydeder. Verdiği ilaçların etkileri ve yan etkilerini gözler, kayıt eder ve hekime bildirir,
- Evde bakım hizmeti alan kişi ve ailesine hekimin belirlediği sınırlar dahilinde hastalığı ve hastalığın tedavisi ile ilgili sağlık eğitimi planlar ve uygular,
- Kişilere evde sağlık hizmetleri uygulanması sırasında kullanılan malzemelerin temizliğini yapar. Dezenfekte edilmesi gereken malzemeleri dezenfekte eder, steril edilmesi gerekenleri sterilizasyon için hazırlar,
- Tıbbi atık oluşturan materyallerin ve tek kullanımlık malzemelerin uygun yönetmelik hükümleri gereğince toplanması ve imha edilmesi konusunda birey ve ailesini eğitir,
- Sorumlu tabip veya dış tabibi tarafından iş akış planında belirlenen diğer görevleri yapar (Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2010).

## **EVDE BAKIM HİZMETİNİN AVANTAJLARI VE DEZAVANTAJLARI**

Başta yaşlı bireylere sunulan kurumsal bakım hizmetine alternatif olarak kabul görülen evde bakım hizmetinin avantajlarının yanı sıra dezavantajları da bulunmaktadır. Evde bakım hizmetinin avantajları:

- Evde bakım hizmeti, bakım ihtiyacı olan kişiye özgür ve kendi otonomisinde olma hakkı verme
- Evde bakım hizmetinin aile ve çevre varlığında bulunması hizmetin hasta yönünden cazip kılınmasının sağlanması,
- Evde bakım hizmetinde, hizmeti alan kişinin kendi kurallarına değer verilmesi,
- Evde bakımda, hizmet alanına bağlı enfeksiyona yakalanma olasılığı hastaneye kıyasla daha az olması,
- Hastaların evde bakım maliyetleri, hastaneye kıyasla daha düşük oluşu,
- Evde sağlık hizmetlerinde gelişen teknoloji ile kullanımı kolay ve emniyetli aletlerin varlığı verilen hizmetin kalitesinin artması,
- Evde bakım hizmetleri kişilerin yaşam kalitesini olumlu şekilde etkilemesi,
- Evde bakım hizmetleri bazı hastalara hizmet verebilmek için tek yol olması,
- Evde bakım hizmetleri ile hastanelerin boşuna kullanımının azaltılmasıdır (Genç ve Alptekin, 2013; Özer ve Santaş, 2012).

Evde bakım hizmeti pek çok ülke için yeni bir sektör olduğu için farklı riskleri ve denetim sorunlarını beraberinde getirmektedir. Evde bakım hizmetinin dezavantajları sırası ile:

- Evde bakım hizmetinde meslek ile ilgili disiplin kuralları ve ahlaki ilkelerin belirlenmesi gerekmektedir.
- Kişilere normal bakım alanlarının dışında farklı bir ortamda bakım verilmesi verilecek olan bakımın verimliliğini azaltabilmektedir.
- Sağlık personeli ile hasta ve ailesi arasında iletişim problemleri olabilir.
- Sağlık personelinin devamlı hastanın yanında olamaması verilecek bakım hizmetini kısıtlayabilir.
- Evde özellikle parenteral tedavi alan hastaların hatalı uygulamalar sonucunda sepsis, tromboz ve damar tıkanıklığı gibi sorunlar yaşamasına neden olabilmektedir (Altıntaş ve ark., 2010).

## **EVDE HASTA BAKIMI KONUSUNDA AİLELERİN EĞİTİMİ**

Hasta eğitimi, sağlığın korunup, geliştirilmesi için gerekli olan bilgi tutum ve becerilerin hastanın davranışlarını olumlu yönde değiştirerek etkileme sürecidir. Eğer verilecek olan sağlık eğitimi planlı bir şekilde olursa hastaların kendi bakımlarına katılımı sağlanacak, sağlığı geliştirmek adına olumlu davranışlar sergilenecek ve hastanelere tekrar yatış azalacaktır (Yıldırım, Çiftçi ve Kaşıkçı, 2017).



Yıllar içinde evde bakım hizmetine yönelik ilgi giderek artıp, hizmetin ekip anlayışı ile uygulanması düşünülürken, yaşlı bireyler genellikle ev ortamında ağırlıklı olarak kadınlar tarafından bakılmaktadır. Bu sebeple kadınların mutlaka sağlık eğitimi almaları gerekmektedir. Aile bireylerinin eğitiminde öncelikli sağlık sorunları üzerinde durulmalı, ev ziyareti ile ailenin özellikleri saptanmalıdır. Toplanan bilgilerden sonra eğitim alacakları konular paylaşılmalı, gereksinimler öncelik sırasına göre konulmalı, amaç gerçekleştirilerek hemşirelik girişimleri planlanmalıdır. Saptanan gereksinimler sırasında eğer kişinin ve ailenin eğitilmesi gerekirse ihtiyaç olunan konularda eğitim verilmelidir (Işık ve ark., 2016; Erci, 2014; Karahan ve Güven, 2004).

Fakat yaşlılar kendi ev ortamında ve aile üyeleri tarafından bakılmayı tercih etseler de evde bakım hizmetinin aile üyeleri tarafından verilmesi gittikçe zorlanmıştır. Buna ilaveten;

- Göç ve kentleşme sonucunda geniş ailelerin yerini çekirdek ailelerin alması,
- Çekirdek ailelerin kurulmasına bağlı konutların küçülmesi,
- Aile içinde yaşlıya asıl hizmeti sunan kadınların çalışma hayatına atılması,
- Genç bireylerin yaşlılara karşı tutum ve davranışları,
- Yaşlı ve genç kuşak arasındaki iletişim problemleri,
- Toplumun yaşlılık ile ilgili bilgi eksikliğinin olması

bakım vericilerin sayısının azalmasına ve yaşlıların bakımına yönelik sorunların artışına sebep olmuştur (Karahan ve Güven, 2004).

Evde bakım hizmetine katılacak olan hemşireler fiziksel bakım, duygusal destek, ilaçların doğru ve düzenli kullanımı, görme, işitme, boşaltım, beslenme konusunda eğitim verilmesinin yanı sıra hayatını idame ettirebilmesi için rehabilitasyon hizmeti verilmelidir. Hemşireler ayrıca eğitim verirken risklere öncelik vermeli, kişi ve ailenin konunun önemine yönelik bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. Genel olarak verilen sağlık hizmeti evde verilecek bakım ile sınırlı kalmamalı, hastane ile ev arasında bağlantı kurulmalı, tıbbi desteğin yanı sıra ev ortamının düzenlenmesi, aile bireylerinin eğitilmesini de kapsamalıdır. Hemşire hasta kişini gereksinimine göre düzenli aralıklar ile hastasını ziyaret etmelidir (Erci, 2014).

## **SONUÇ**

Yaşlı bireylere kendi yaşadıkları ortamda, yakınları tarafından bakım verilmesi kendilerini daha iyi hissetmelerini desteklemektedir. Fakat burada en önemli nokta, verilen hizmetin kim tarafından verilmesi gerektiğidir. Eğer evde verilen hizmet aile üyeleri tarafından sunulacak ise; hizmeti sunacak olan bakım vericinin çevresinden yeterince sosyal destek almaması, ileri yaşta ve kronik hastalığa sahip oluşu verdiği bakımın kalitesini azaltmaktadır.

Bu sebeple gerek geçici gerekse kalıcı bakıma ihtiyaç duyan yaşlı bireylerin bakımında aile ilişkileri ile çözüm arayışına girmek yerine, evde sağlık hizmetleri kapsamında profesyonel bakım almasının sağlanması, yaşlının kendi ortamında kalmasını destekleyerek, hem ruhsal hem de fiziksel iyilik halinin sürdürülmesine katkı sağlayacaktır.

## KAYNAKÇA

- Aksoy, H., Kahveci, R., Şencan, İ., Kasım, İ., Özkara, A. (2015). Evde bakım hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve uygulamaları. *Turk Med J*, 7(1), 118-126.
- Aksu, T., Fadıloğlu, Ç. (2010). Solunum sistemi hastalıklarında evde bakım yönetimi. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 126-132.
- Altuğ Özsoy, S., Koca, B. (2015). Dünyada halk sağlığı hemşireliği. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(3), 108-118.
- Altuntaş, M., Yılmazer, T. T., Güçlü, Y. A., Öngel, K. (2010). Evde sağlık hizmeti ve günümüzdeki uygulama şekilleri. *Tepecik Eğit Hast Derg*, 20(3), 153-158.
- Aslan, Ş., Uyar, S., Güzel, Ş. (2018). Evde sağlık hizmetleri uygulamasında Türkiye. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, 1, 45-56.
- Bahar, A., Parlar, S. (2007). Yaşlılık ve evde bakım. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 32-39.
- Çav, E. (2019). Aktif yaşlanma için ulusal evde bakım sistemi. *Turkish Studies*, 14(6), 3145-3166.
- Çoban, M., Esatoğlu, A.F. (2004). Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. *Klinik Tıp Etiği Hukuku*, 12, 109-120.
- Çoban, M., Esatoğlu, A.E., İzgi, M.C. (2014). Türkiye’de evde sağlık ve bakım hizmetleri uygulamalarının mevzuat içindeki tarihsel değişimi. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1(3), 154-176.
- Danış, M.Z., Solak, Y. (2014). Evde bakım hizmetlerinin organizasyonu: Hollanda örneği. *International Journal of Social Science*, 24, 57-71.
- Ekinci, G., Sur, H. (2012). Türkiye’de evde bakım hizmetleri organizasyonu için bir model önerisi. *Sağlıkta Düşünce ve Tıp Kültürü Dergisi*, 24, 68-71.
- Erci, B. (2014). Halk sağlığı hemşireliği. *Amasya: Göktuğ Yayıncılık*, ss. 69-84.
- Genç, Y., Alptekin, K. (2013). Muhtaç yaşlılara evde sağlık ve bakım hizmeti sunulması adlı proje üzerine bir araştırma. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 5, 76-93.

- Hedman, N. O., R. Johansson ve U. Rosenqvist. (2007). Clustering and Inertia: Structural integration of home care in Swedish elderly care. *International Journal of Integrated Care*, 7, 12, 1-9.
- Işık, O., Kandemir, A., Erişen, M.A., Fidan, C. (2016). Evde sağlık hizmeti alan hastaların profili ve sunulan hizmetin değerlendirilmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(2), 171-86.
- Karahan, A., Güven, S. (2004). Yaşlılıkta evde bakım. *Geriatrici*, 5(4), 155-159.
- Kurtoğlu, S., Koç, A. (2019). Dünyada yaşlılara sunulan hizmet örnekleri. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 122-131.
- Oğlak, S. (2011). Türkiye’de yaşlı bireylerin bakım gereksinimlerine yönelik yaşadığı ortamda sunulacak bakım modelleri. *Industrial Relations and Human Resources Journal*, 13(5), 115-130.
- Özer, Ö., Şantaş, F. (2012). Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(2), 96-103.
- Öztürk Başol, R. (2019). Türkiye ve AB ülkelerinde yaşlı nüfusun görünümü. *KOSBED*, 37, 35-46.
- Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. (2010). <http://www.saglik.gov.tr>. Erişim Tarihi: 20.11.2020.
- Sapçı, E. (2017). Halk sağlığı hemşireliği dersi tutum ölçeğinin geliştirilmesi. Yüksek Lisans Tezi. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Sayan, A. (2004). Günümüzde evde bakım. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 7(3), 91-96.
- Ulutaşdemir, N. (2019). Yaşlı bireylerde sağlığın korunması ve geliştirilmesi. Geriatriye disiplinler arası yaklaşım. (Editörler: Ü. Sevil, V. Bayram Değer). ss. 5-24, İstanbul: Güven Plus Grup A.Ş. Yayınları, E-ISBN: 978-605-7594-23-5.
- Umutlu, S., Tekin Epik, M. (2019). Türkiye’de yaşlı nüfus ve sosyal politika uygulamaları. *Sosyal ve Beşeri Bilimleri Dergisi*, 11(1), 29-43.
- Uzun, S. (2020). Yaşlılarda, kadınlarda ve adölesanlarda kişilik algısı değişimi ve nedenleri. *İnsan ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(1), 431-449.

- Van Bilsen, P.M.A., Hamers, J.P.H., Groot, W., Spreeuwenberg, C. (2008). The use of community-based social services by elderly people at risk of institutionalization: An evaluation. *Health Policy*, 87, 285-295.
- Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi. (2020). <http://www.ailevecalisma.gov.tr>. Erişim Tarihi: 20.11.2020.
- Yıldırım, N., Çiftçi, B., Kaşıkçı, M. (2017). Hemşirelerin hasta eğitimi verme durumu ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Atatürk İletişim Dergisi*, 14, 217-230.
- Yılmaz, M., Sametoğlu, F., Akmeşe, G., TAK, A., Yağbasan, B., Gökçay, S., Erdem, S. (2010). Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakımı. *İstanbul Tıp Dergisi*, 11, 3, 125-132.
- Yörük, S., Çalışkan, T., Gündoğdu, H. (2012). Balıkesir Devlet Hastanesi evde bakım hizmet biriminden hizmet alan 65 yaş ve üzeri yaşlı bireylerin bakım alma nedenleri ve sağlanan hizmetlerin belirlenmesi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(1), 12-15.

## BÖLÜM 10

### YÜKSEK RİSKLİ BİR AİLE GRUBU: TEK EBEVEYNLİ AİLELER, YAŞADIKLARI SORUNLAR VE HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI

Doç. Dr. İlknur KAHRİMAN<sup>1</sup>

Arş. Gör. Bahar ÇOLAK<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon, ilknurkahrıman@hotmail.com

<sup>2</sup>Karadeniz Teknik Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Trabzon, b.colak9367@gmail.com



## GİRİŞ

Aile, çocukların sağlıklı bir birey olarak aile içi ve aile dışı yaşama hazırlanmasında öncelikli ve temel rolü bulunan bir yapıdır (Shah ve ark., 2017). Ailenin, çocuklarına karşı yapması gereken birçok sorumluluk bulunmaktadır. Bu sorumluluklar arasında; duygusal doyum ve güven sağlama, sevgi ve şefkat gösterme, ekonomik ve eğitim ihtiyaçlarının karşılanması, öz saygının oluşturulması, sosyal statünün sağlanması, ahlaki eğitim, sağlığı koruma ve sağlık gereksinimlerinin karşılanması ve toplumsal kuralları öğretme yer almaktadır. Bir başka deyişle, aile çocuğun fiziksel, duygusal, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamakla yükümlüdür (Alkan, 2018; Kır, 2011; AEP, 2019). Ancak bazı ailelerin bu sorumluluklarını yerine getirmesinde çeşitli nedenlerden dolayı sorunlar yaşanmaktadır. Bu aileler yüksek riskli aile olarak tanımlanmaktadır. Yüksek riskli aileler çocuğa karşı bu görevlerini tam olarak gerçekleştiremez, aile işlevlerini uygun yerine getiremez ve disfonksiyonel aile olarak tanımlanırlar. Bu aileler çevresel stresörleri yönetmede, güçlük yaşarlar ve aile içi iletişimde de sorun yaşarlar. Bu ailelerin sosyal, ekonomik ve psikolojik olarak bir takım sorunları bulunmaktadır (Dargahi ve ark., 2018). Bu yüksek riskli aile grupları içerisinde yer alan aile türlerinden biri tek ebeveynli ailelerdir (Kılıç ve Arslan, 2018).

Tek ebeveynli aile yapısının çoğunlukla; baba, anne ve çocuk ya da çocuklardan oluştuğu bilinse de son yıllarda aile tanımında mutlaka anne ya da babanın bir arada bulunması gerekmemektedir. Değişen toplum yapısı ile birlikte aile yapısının da değiştiği ve yeni aile



tiplerinin ortaya çıktığı görülmektedir. Ortaya çıkan bu aile tiplerinin başında tek ebeveynli aile (TEA) tipi bulunmaktadır (Aslantürk ve Koç, 2019). Dolayısıyla tek ebeveyn bulunan ailelerde çocuğa karşı ailenin görevlerinde aksaklıklar yaşanma riski yüksektir ve aile işlevinin de olumsuz biçimde etkilenmesi de kaçınılmaz bir sonuçtur (Atila Demir ve Genç Çelebi, 2017; AEP, 2018).

TEA; bir ebeveyn ile yaşayan çocuk ya da çocuklardan oluşan aile tipidir. Ebeveynlik büyük oranda tek bir ebeveyn tarafından yürütülmektedir. Başka bir deyişle, çocuğun yetiştirilmesinden, anne veya babadan biri tek başına sorumlu olmaktadır (Atila Demir ve Genç Çelebi, 2017; Bedel ve Işık, 2015).

Değişen toplum şartları nedeniyle (sosyo-kültürel eğilimler, artan boşanma oranları, plansız hamilelikler, kadınların eğitim ve istihdamı vb.) dünyada TEA oranı giderek artmaktadır (Oshi ve ark., 2018). Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de tek ebeveynli aile oranında artış olduğu görülmektedir. Türkiye ciddi anlamda parçalanmış aile sorunu yaşamaktadır.

Tablo 1’de Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) tek ebeveynli aile istatistikleri yer almaktadır (TÜİK, 2018).

**Tablo 1.** Türkiye'nin tek ebeveynli aile durumu (TÜİK 2018)

|      | <b>Toplam Hane Halklarının TEA Durumu</b> | <b>Anne + Çocuk (Toplam Hane halklarının)</b> | <b>Baba + Çocuk (Toplam Hane halklarının)</b> |
|------|---|---|---|
| 2015 | %7.8                                      | %6.2  | %1.6  |
| 2017 | %8.5                                      | %6.7  | %1.8  |
| 2018 | %8.9                                      | %7.0  | %1.9  |

Ayrıca Türkiye’de anne ve çocuklardan oluşan tek ebeveynlik tipi en fazla %8.5 Bingöl, %8.4 İzmir, %8.3 Adana ve Ankara’da görülürken baba ve çocuklardan oluşan tek ebeveynlik tipinin %3.1 ile Kilis, %2.8 Malatya, %2.7 Gümüşhane ve Trabzon’da görüldüğü bilinmektedir (TÜİK, 2018).

Tek ebeveynli aile yapısının dünyadaki durumuna bakıldığında ise; 2017 Avrupa İstatistik Ofisi (Eurostat) verilerine göre Avrupa’da tek ebeveynli aile oranı %15’dir (AEP, 2018). En fazla tek ebeveynli aile Danimarka’da bulunurken, en az tek ebeveynli ailenin bulunduğu ülke ise Hırvatistan’dır. Amerika’da ise TEA oranının %26 olduğu belirtilmektedir (Gillespieshields, 2020).

## **1. TEK EBEVEYNLİ AİLE TİPLERİ**

Tek ebeveynli ailelerin oluşum yapısına bakıldığında 3 başlık altında toplanabilir. Boşanma, eşlerden birinin ölmesi ve eşlerin ayrı yaşaması sonucu olarak oluşmaktadırlar (Shaha ve ark., 2017; Atıla Demir ve Genç Çelebi, 2017; Schmidt, 2017).

## **1.1. Eşlerden Birinin Ölmesi Sonucunda Oluşan Tek Ebeveynli Aile**

Geçmişte yaşam süresinin günümüze göre daha kısa olması nedeni ile eşin ölümü sonucu oluşan TEA tipi geçmişte daha fazla görülmekteydi. Eşini kaybetmek ebeveyn için oldukça güç bir durumdur. Kendi eşini kaybetmenin kişisel etkilerinden ziyade çocukları, aileyi toparlamak ve yeniden yapılandırmak oldukça zordur (AEP, 2018). Hayatta kalan ebeveyn ve çocuklar arasındaki ilişkiler bu zor süreçle baş etmede önem taşımaktadır.

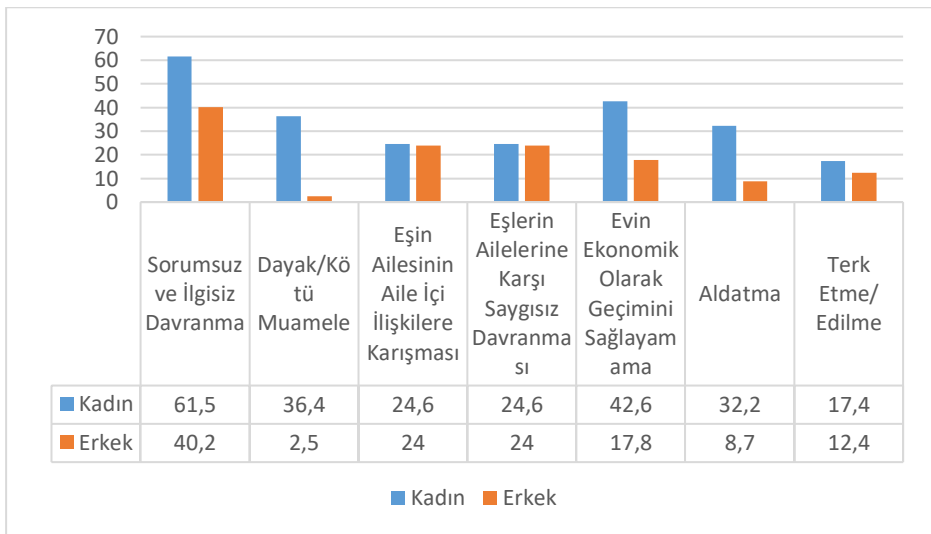
Ölüm sonucu oluşan tek ebeveynli ailelerin gelişiminin üç aşaması bulunmaktadır. Bunlar; yas tutma, yeniden uyum aşaması ve yenilenme- başarı aşamasıdır. Ebeveynin kaybindan sonra aile üyeleri yas sürecine girerler. Bu sürecin uzunluğu aileden aileye değişmektedir. Yas sürecinden sonra ise aile üyeleri hayatlarına yeniden uyum sağlamaya çalışırlar. Son aşamada ise kendilerinin toparlayıp artık yas tutmayıp, hayatlarına uyum sağlamanın yanında yeniden hayatlarını olumlu yaşamaya ve başarılarını sürdürmeye devam ederler (Aydiner Boylu ve Öztop, 2013).

## **1.2. Boşanma Sonucu Oluşan Tek Ebeveynli Aile**

Türkiye’de ve dünyada boşanmaların artış gösterdiği bildirilmektedir (Aslantürk & Koç, 2019). Boşanmaların artması tek ebeveynli aile yapısı artışını da beraberinde getirmiştir. TÜİK 2018 verilerine göre; Türkiye’de kaba evlenme hızı yıllara göre azalırken, kaba boşanma hızı paralel olarak artmaktadır. Türkiye’de hem erkek hem kadınlar için

eşlerin boşanma nedenleri arasında ilk sırada sorumsuz ve ilgisiz davranma gelmektedir. Kadınlar için ikinci sırada eşinin evin ekonomik olarak geçimini sağlayamaması yer alırken erkekler için ikinci sırada boşanma nedeni olarak eşinin ailesinin aile içi ilişkilere karışması gelmektedir (TÜİK, 2018) (Grafik 1).

**Grafik 1.** Türkiye’de eşlerin boşanma nedenleri (TÜİK 2018)



Boşanma sonrası ailenin yeniden şekillenmesi gerekmektedir (Tatlılıoğlu ve Demirel, 2016). Boşanma ile birlikte ilk yaşanan problemler arasında çocuğun hangi ebeveynde kalması gerektiği yer almaktadır. Yasal olarak 0-3 yaş arasında bulunan çocukların anne şefkati, ilgisi ve bakımına gereksinimi olmasından dolayı velayetin anneye verilmesi tavsiye edilmektedir. Fakat çocuğun yaşamını tehdit eden bir durum söz konusu ise velayet babaya verilmektedir (Arabacı, 2008). Yine yasal olarak 3-6 yaş arasında olan çocuk annesine daha az

bağımlıdır ancak babaya verilmesi istisnai bir durum gerektirmektedir. Örneğin; anne çocuğun sağlığına zarar veriyorsa, çocuğa bakamayacak durumda ise ya da annenin kendi sağlığı kötü ise çocuğun velayeti babaya verilmektedir. 7-12 yaş arasındaki çocuğun velayetinin verilmesinde ise yasalarda maddi imkânlar özellikle de sunulan eğitim koşulları önem taşımaktadır. Ebeveynlerden hangisi bu koşulları daha iyi karşılıyorsa velayete daha yakındır. On iki yaşını tamamlamış çocuklarda ise çocuğun da görüşü alınmaktadır ve bu yaş üzerindeki çocukların anneye ihtiyacı ve bağımlılığı daha azdır. Dolayısıyla anneye verilme zorunluluğu yoktur. Yine yasalarda çocuğun seçimine ve ebeveyn imkânlarına bağlı olarak karar verilmektedir (Arabacı, 2008; Kalkavan ve Büken, 2017).

Ebeveyni boşanan çocuklar ebeveynlerinden birinden ayrı yerde yaşamak zorunda kalsalar da her iki ebeveynin de çocuklarına karşı görev ve sorumlulukları devam etmektedir. Ebeveynlerin boşanması ailenin yaşamını sona erdirmese de aile yapısını değiştirmektedir. Boşanma ile birlikte tüm aile sistemindeki yapı değişmektedir. Literatürde boşanma sonucu ile oluşan tek ebeveynli ailelerin ilk yıllarının zor geçtiğini belirtmektedir. Çocuğu alan ebeveyn ekonomik ve sosyal yaşam zorlukları yaşamaktadır. Çocuğu almayan ebeveynde ise en çok çocukla iletişim kurma güçlüğü, çocuğa zaman ayırma ve ebeveynliğini nasıl yürüteceği güçlüğü yaşanmaktadır (Aydiner Boylu ve Öztop, 2013).

### **1.3. Eşlerin Ayrı Yaşaması Sonucu Oluşan Tek Ebeveynli Aile**

Bu TEA tipi eşlerin ayrı yaşaması sonucu oluşmaktadır. Eşlerin ayrı yaşamasının birçok nedeni bulunmaktadır. İsteyerek evlilik dışı çocuk sahibi olmak, istemeyerek evlilik dışı çocuk sahibi olmak ya da bekâr yetişkinlerin evlat edinmesi (Aslantürk ve Koç, 2019; Aydıner Boylu ve Öztop, 2013), eşlerden birinin hapiste olması, eşlerden birinin ortadan kaybolmuş olması, eşlerden birinin kronik rahatsızlık nedeniyle uzun süre hastanede ya da bakım evinde kalması, savaş, terör, deprem, sel gibi doğal afetler ve göçler eşlerin ayrı yaşamasına ve tek ebeveynliğe yol açabilir. Eşlerin ayrı yaşamalarının başka nedenleri arasında ebeveynlerden birinin çalışma ve eğitim nedeniyle başka bir ülkede veya şehirde olması yer almaktadır. Bu ailelerde birliktelik uzun bir süre yoktur. Bu durum geçici olsa da süresi belli olmadığı için ailenin bütünleşmesi uzun zaman alır (AEP, 2018).

## **2. TEK EBEVEYNLİ AİLELERİN KARŞILAŞTIKLARI SORUNLAR**

Tek ebeveynli ailelerin yeni yaşam şartlarına uyum sağlamasında birtakım güçlükler meydana gelmektedir. Parçalanmış olan aile tekrar toparlanmaya çalışır ancak bu süreçte ekonomik, sosyal, psikolojik ve hukuki sorunlar yaşamaktadır (AEP, 2018; ASAGEM, 2011).

### **2.1. Ekonomik Sorunlar**

Tek ebeveyn olarak hayatını sürdürmek hem kadın hem de erkek için ekonomik sorunlara neden olmaktadır. Ancak genellikle çocukların

anneninin yanında kalması, babadan gelen ekonomik desteğin yetersiz kalması, kadınların iş bulmada yaşadıkları güçlükler, kadının ailesinin sağladığı ekonomik desteğin yetersiz olması toplumu kadına karşı ön yargıları, özellikle eğitimsiz kadınların iş bulma güçlüklerinden dolayı tek ebeveyn olan kadınlar daha fazla ekonomik sıkıntı yaşamaktadır (Karaca Aydın, 2019; Taylor ve Conger, 2017). Kotwal ve Prabhakar (2009)'ın çalışmasında, bekar annelerin çoğunluğu için finansal sorunların ana stresör olduğu belirtilmiştir (Kotwal ve Prabhakar, 2009).

## 2.2. Sosyal Sorunlar

Ailede kalan anne ya da babanın çocuk ya da çocuklarının ihtiyaçlarını tek başına karşılaması sonucu zamanın ve gelirin kısıtlı olmasından dolayı sosyal hayatı olumsuz etkilenmektedir. Özellikle bizim gibi ataerkil toplumlarda bekâr bir ebeveyn (özellikle anne) toplumun ön yargı ile yaklaşımları bu ebeveynlerin sosyal hayatlarını olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle ebeveynlerin kendi kabuklarına çekilmesine, insanlardan ve sosyal çevreden uzaklaşmalarına yol açmaktadır (Taylor ve Conger). Genellikle kendileri gibi tek ebeveyn şeklinde yaşayanlarla arkadaşlık kurmaktadır. Ayrıca ebeveynler, anne ve babadan oluşan ailelerle görüştiklerinde çocuklarının kötü hissedeceğini düşündüklerinden dolayı da sosyal hayattan kendilerini çekebilirler (Opçin, 2018).

Sosyal hayatı olumsuz etkilenen ebeveyn gruplarından biri de boşanma sonucu oluşan tek ebeveynlerdir. Bir ebeveynin eşini ölüm sonucu

kaybetmesinde insanlar daha fazla destek verirken boşanma sonucu tek ebeveyn kalmış bir bireye çevrenin desteği çok daha az olmaktadır. Bu durum da en fazla tek ebeveyn annelerde görülmektedir (AEP, 2018).

Sosyal hayatını etkileyen bir diğer faktör tek ebeveynin de küçük bir çocuğa ya da engelli bir çocuğa sahip olmasıdır. Küçük çocuklar ebeveynlerine tam bağlı oldukları için daha fazla ilgi ve bakıma ihtiyaç duymaktadırlar. Dolayısıyla ebeveynin kendine zaman ayırması mümkün olmamaktadır (Dargahi ve ark., 2018; Aydıner Boylu ve Öztop, 2013; Karaca Aydın, 2019; Opçin, 2018). Engelli çocuğun eğitimi amacına uygun, programlı, ebeveynle işbirliği yapılarak ve ebeveynin aktif katılımıyla yapılmalıdır (Ulutaşdemir, 2007). Kotwal ve Prabhakar (2017)'in çalışmasında, bekâr annelerin çoğunluğunun sosyalleşmekten çekindiği ve depresyon nedeniyle giyinme stillerini değiştirdiği ve kötü yeme alışkanlıkları geliştirdiği belirtilmiştir (Kotwal ve Prabhakar, 2009).

### **2.3. Psikolojik Sorunlar**

Ölüm veya boşanma sonucu gibi tercihle oluşmayan bir şekilde tek ebeveyn olarak hayatına devam edecek olan bir ebeveynin ilk olarak bu yeni duruma adapte olması gerekir. Aksi takdirde buna uyum sağlayamayan ailelerde birçok uyumsuzluk ve sorunlar meydana gelmektedir (Dargahi ve ark., 2018; AEP, 2018). Tek ebeveyn olma bireyler için birçok psikolojik sorunları beraberinde getirmektedir. Ebeveynler bu süreçte suçluluk, mutsuzluk, karamsarlık, öfke, yalnızlık ve çaresizlik gibi birçok olumsuz duygu yaşamaktadırlar. Bu



ebeveynlerde ruhsal yük oldukça fazla görülmektedir (Dargahi ve ark., 2018).

Tek başına sorumluluk alan ebeveynlerde ilk dönemlerde olumsuz duygular yaşanırken zaman geçtikçe olumsuz duygular yerini olumlu duygulara bırakmaktadır (SDAM, 2018). Dargahi ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında tek ebeveyn olarak yaşayan bireylerin alkol-madde kullanımı, intihar, kendine zarar verme gibi çeşitli riskler taşıdığı belirtilmektedir (Dargahi ve ark., 2018). Benzer şekilde Kong ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ise bekâr ebeveynlerin eşli ebeveynlere göre daha zayıf zihinsel sağlığa sahip olduğu vurgulanmaktadır (Kong ve ark., 2017). Yapılan başka bir çalışmada bekâr annelerin çoğunluğunun kendilerini yalnız, çaresiz, umutsuz, kimlik eksikliği ve güven eksikliği hissettikleri bildirilmiştir (Kotwal ve Prabhakar, 2019).

#### **2.4. Hukuki Sorunlar**

Hem dünyada hem de ülkemizde tek ebeveynli ailelerin çoğunlukla boşanma nedeniyle hukuksal süreçte çatışmalar yaşadığı (Treloar, 2018; Feyzioğlu ve Kuşçuoğlu, 2011) özellikle de ülkemizde yaşanan sorunların nafakaya ilişkin olduğu belirtilmektedir (Feyzioğlu ve Kuşçuoğlu, 2011). Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü'nün tek ebeveynli aileler ile yürüttüğü araştırmada; hukuksal süreçte sıkıntı yaşayan ebeveynler, boşanma davasının uzun sürmesinin ya da boşanma kararının hızlı çıkmamasının sorun oluşturduğunu belirtmiştir. Ayrıca boşanma davasına eşleri gelmediği için duruşmanın

ertelenmesi ve uzun bir zaman sonra davanın düşmesi, baro tarafından atanan avukatların çoğunlukla bu süreçle yeteri kadar ilgilenmemesi ya da konuyla ilgili olarak yeteri kadar yönlendirilmemesi kadınların hukuksal süreçte yaşadığı sorunlar arasında belirtilmiştir (ASAGEM, 2011).

### **3. TEK EBEVEYNLİ AİLE OLMANIN YAŞ DÖNEMLERİNE GÖRE ÇOCUKLARA ETKİSİ**

Tek ebeveynli ailede yaşamının çocuklar üzerinde birçok etkisi bulunmaktadır. Ailenin çocuğa karşı görevlerinin tam olarak yerine getirmesi için aile yapısının tam olması gerekmektedir. Ancak tek ebeveyne sahip ailelerde bir takım aksaklıklar yaşamakta ve bu aksaklıklar çocuklar üzerinde birçok soruna neden olabilmektedir. Bu sorunlar bebeklik dönemi, oyun dönemi, okul öncesi dönem okul dönemi ve ergenlik dönemi olarak ele alınmıştır.

#### **3.1. Bebeklik Dönemi (0-1 yaş)**

Psikoseksüel dönem kapsamında Freud'un oral dönem olarak nitelendirdiği 0-1 yaş döneminde bebeğin temel güven duygusunun oluşması çok önemlidir. Temel güven duygusu oluşmadığı takdirde anne bebek arasındaki bağlanma güvenli şekilde gelişemez ve çocuk gelecekteki yaşamında ciddi psikolojik sorunlar yaşayabilir (Yiğit, 2012).

Oral dönem olarak adlandırılan bu yaş döneminde bebeğin beslenmesi önem taşımaktadır. Bu dönemde bebeklerin beslenmesi yalnızca

fizyolojik gereksinimlerin karşılanması amaçlı değildir. Bebeğin beslenmesinin çocuğun gelişimi üzerinde birçok olumlu etkisi bulunmaktadır. Çünkü bu dönemde haz bölgesi ağızdır. Bebek annesi veya bakım vereni tarafından sevgi ve şefkatle beslenirse, paylaşma duygusunun kazanılması konusunda önemli bir temel atılmış olmaktadır. Bebek bu dönemde pasif bir yapıya sahip olduğu için sürekli dışarıdan bakım almaya mecburdur (Yiğit, 2012; Bakırcıoğlu, 2015). Ancak bu “alma” ya bağlılık bebeğe önemli bir işlev kazandırmaktadır. Bebeğin kazandığı ilk toplumsal işlev, almak, almayı bilmek ve elde etmektir. Yani çocuk kendisine anne tarafından verilen şeyleri alırken, toplumsal anlamda almayı da öğrenir. Çocuk kendisine veren kişilerden verilmiş olmayı da değerlendirerek “vermek-verebilmek” yetisini de kazanmaktadır (Bakırcıoğlu, 2015).

Bu dönemde sürekli bakım veren kişinin (anne ya da sürekli bir bakıcı) bebekliğin ilk aylarındaki eksikliği, çocuğun motor, bilişsel, duygusal ve sosyal gelişiminde önemli aksamaya ve yetmezliğe, hatta geriliğe yol açabilmektedir (Yiğit, 2012). Özellikle yedinci aydan sonra yaşanan boşanma, ölüm, terk edilme ve benzeri durumlardan kaynaklanan tek ebeveynlik durumu bebeğin hem o andaki hem de gelecekteki duygusal gelişimini etkilemektedir. Çünkü bebek bu dönemde kendilik değerlerini oluşturmaktadır. Anne sevgi gösteriyorsa bebekte “ben değerliyim düşüncesi oluşur”. Dolayısıyla bebeğin anneye bağımlılığı üst seviyededir ve bebek annesinden ayrılmak istemez (Yiğit, 2012; Bakırcıoğlu, 2015). Bunun yanında bebeklik döneminde önemli olan duyarlı bir bakım sürecinin tek ebeveynlik nedeni ile tam

sağlanamaması da bebeklerin gelişimsel sürecine olumsuz yansiyabilir. Aile yapısındaki herhangi bir değişim duyarlı bakım sürecine yansiyarak, ailenin duygusal atmosferini değiştirmekte ve ailenin günlük rutinlerini bozarak bebeğin güvenlik algısını doğrudan etkileyebilmektedir. Duygusal gelişim yanında bilişsel, sosyal, dil gelişimlerinin de etkilendiği bilinmektedir (Babaroğlu, 2018; Erdim ve Ergün, 2016).

Erdim ve Ergün'ün çalışmasında; tek ebeveynlik sürecinde bebeklerin yeme, uyku ve boşaltım problemleri gibi sorunlar yaşadığı belirtilmektedir (Erdim ve Ergün, 2016). Rosenkrantz Aronson ve Huston'ın çalışmasında ise evli annelerin bekâr annelere göre anne-bebek bağlanmasının daha olumlu olduğu belirtilmiştir (Rosenkrantz Aronson ve Huston, 2004).

Dolayısıyla tek ebeveyn olarak ebeveynin tüm bu bilgileri bilerek hareket etmesi önem taşımaktadır. Bu dönemde ebeveynlerin ayrılığı ile bebeğin bakımında önemli derecede tutarsızlıklar yaşanır, bebek ihmal edilirse, özellikle anneden ayrılırsa ebeveyn-bebek bağlanmasının temeli sarsılacak, bebek ileri yaşamında çeşitli psikolojik sorunlar ile karşılaşabilecek ve ilk toplumsal işlevini kazanamayacaktır. Bu dönemde bebeğe yaşatılan olumsuz duygular temeli sağlam olmayan bir kişilik gelişiminin oluşmasına neden olacaktır.

### **3.2. Oyun Çocukluğu Dönemi (1-3 yaş)**

Psikoseksüel dönem kapsamında Freud'un anal dönem olarak nitelendirdiği 1-3 yaş döneminde çocuğun anal ve üretral kasların üzerinde kontrol kazanması onu oral dönemin edilgen durumundan etkin duruma geçişini sağlamaktadır. Bu dönemde tuvalet eğitimi çok önemlidir (Bakırcıoğlu, 2015). Çocuğa tuvalet eğitimi verilirken sabırlı, şefkatli ve psikolojik olarak da ebeveynin hazır olması gerekir. Ancak tek ebeveynli olmanın getirdiği streslerle birlikte çocuğun tuvalet eğitiminde bir takım sorunlar yaşanabilir (Babaroğlu, 2018). Eğer ebeveyn stresini çocuğa belirtir ve bu süreçte çocuğa katı bir tutum sergilerse çocukta çeşitli, psikolojik sorunlara (obsesif kişilik, cimrilik vb.) yol açmasına neden olacaktır. Bu dönemde sevdiği ebeveyninden ayrılan çocuklar terkedilme ve unutulma korkusu, parmak emme tırnak yeme, tanıdık oyuncaklarını arama, sinirli ve uyumsuz davranışlar, ağlama nöbetleri gibi sorunlar yaşayabilmektedir (Erdim ve Ergün, 2016).

### **3.3. Okul Öncesi Dönem (3-6 Yaş)**

Psikoseksüel dönem kapsamında Freud'un fallik dönem olarak nitelendirdiği 3-6 yaş döneminde oedipus ve elektra kompleksleri yaşanmaktadır. Oedipus kompleksi erkek çocukların annesine olan sevgisinden dolayı babası gibi davranması, elektra kompleksi ise kız çocuğunun basına olan düşkünlüğünden dolayı annesini taklit etmesidir (Babaroğlu, 2018). Bu durum çocukların cinsel kimliklerinin oluşmasını sağlamaktadır. Dolayısıyla tek ebeveynli ailelerde bir

ebeveynin eksikliği çocukların cinsel kimliği açısından gelişmesinde olumsuzlar yaşanmasına neden olabilir. Bu yaş grubu çocukların fantezik düşünme özellikleri bulunmaktadır. Bu nedenle ebeveynlerinin ayrılmalarından dolayı kendisini suçlayabilir. Terkedilme korkusu yaşama, boşanma için kendini suçlama, kendine güvende azalma, insan ilişkileri ile ilgili kafa karışıklığı yaşama, başkalarıyla ilişkilerinde (Örn; kardeşler, ebeveynler) daha agresif davranma, saç yolma, tırnak yeme, parmak emme, kekemelik, enürezis, enkoprezis vb. psikosoyal sorunlar yaşayabilmektedir (Yiğit, 2012).

### **3.4. Okul dönemi (6-12 yaş)**

Psikoseksüel dönem kapsamında Freud'un latent dönem olarak nitelendirdiği 6-12 yaş döneminde çocuk için okul ve arkadaşlar önem taşımaktadır. Bu dönemdeki çocukların aile sıcaklığına ve bir arkadaş grubunun içine dâhil olma ihtiyacı vardır. Tek ebeveynlikten kaynaklı sorunlar çocukların kişilik gelişimlerine olumsuz yansıtılabilmektedir ve arkadaş ilişkileri de olumsuz etkilenebilmektedir. Bu dönemdeki çocukların özellikle boşanma ve terk edilme gibi nedenler ile ailenin parçalanmasına tepkileri daha fazla olabilmektedir. Bu çocuklar tek ebeveynli olmayı utanılacak bir durum olarak görmektedir bu nedenle de çevreleriyle kurduğu iletişimi kısıtlamaktadırlar (Bedel ve Işık, 2015). Bu çocukların duygusal ve sosyal gelişimleri önemli şekilde etkilenmektedir (Oshi ve ark., 2018). Okul başarısında düşme, okuldan kaçma, depresyon, iştahsızlık, kaza yapma riski, uyku bozuklukları, anksiyete, korku, güvensizlik, ebeveynlerin barışmasını çok isteme, günlük rutin davranışlarında bozulma, unutkanlık ve regresyon

görülebilmektedir (enürezis, parmak emme vb.) (Tatlıhoğlu ve Demirel, 2016; Erdim ve Ergün, 2016). Alkan (2018)'ın çalışmasında parçalanmış aile çocuklarının okul başarısının olumsuz etkilendiği belirtilmiştir (Alkan, 2018). Nawaz ve arkadaşlarının (2019) okul çocuklarında yaptıkları araştırmada bekâr ebeveynlerden doğan çocukların ebeveyn reddi arttıkça sosyal becerilerinin de düştüğü belirlenmiştir (Nawaz ve ark., 2019).

### **3.5. Ergenlik Dönemi (12-18 yaş)**

Psikoseksüel dönem kapsamında Freud'un genital dönem olarak nitelendirdiği 12-18 yaş döneminde çocuk ergenliğe girmenin getirdiği hem fiziksel hem ruhsal stresleri yaşar (Yiğit, 2012). Aynı zamanda bu dönem çocuğu kimlik bulma süreci içerisindeki bunalımını yaşamaktadır. Dolayısıyla kendisi ile ilgili birçok sıkıntı yaşayan çocuk ebeveynlerinden birinin yokluğu başa çıkmakta zorlanır. Yetişkinliğe geçiş evresi olan bu dönemde ergen hem bağımsız olmak ister hem de anne babası yanında güvende olmak ister (Babaroğlu, 2018). Bu karmaşık duygular içerisinde olan ergene yönelik anne baba tutumları onun duygusal gelişimi üzerinde oldukça etkilidir (Oshi ve ark., 2018). Ebeveynleriyle birlikte yaşarken sosyal gelişmesinde zengin bir ortama sahip olan, rol modeli olan ebeveyniyle aynı ortamı paylaşan çocuk, ebeveynlerden birinin ayrılığı ile bu zengin ortamdan mahrum kalmaktadır. Ebeveynlerinden birinden uzaklaşmayla beraber çocuğun bu ortamı dağılmakta, boşluğa düşmekte ve bu durumda günlük yaşantısını etkilemektedir (Kılıç ve Arslan, 2018). Tek ebeveynli aile olmaya karşı, öfke, üzüntü, yalnızlık, güçsüzlük, utanç, suçluluk,

anksiyete, depresyon ve hayal kırıklığı gibi duygular yaşama, isyankâr davranışlar gösterme, aile ve arkadaşlarından uzaklaşma, cinsel kimlikte bozulma kendisini eksik, güçsüz, yalnız, küskün, mutsuz hissetmesine sebep olur (Türkaslan, 2007). Ayrıca bu ergenlerde alkol ve madde kullanım oranı, intihar riski yüksek olduğu (Dargahi ve ark., 2018; Oshi ve ark., 2018) ve çalışan ergenlerin iş dışı yaralanma riskinin de yüksek olduğunu bildirilmektedir Wong ve Breslin, 2017). Olumlu anne baba tutumları ergenin duygusal gelişimini olumlu yönde desteklerken, olumsuz anne baba tutumları duygusal geçiş sürecini daha fazla olumsuz etkileyebilmektedir (Erdim ve Ergün, 2016).

Tek bir ebeveynle yaşayan ergenlerin bir diğer sorunu da obezitedir. Çalışmalar tek ebeveynli olarak yaşayan ergenlerde obezite riskinin yüksek olduğunu göstermektedir (Kim ve ark., 2018; Duriancik ve Goff, 2019).

Literatürde boşanma sonucu parçalanmış aile çocuklarının, ölüm nedeniyle parçalanmış aile çocuklarına göre daha fazla eğitimde başarısız oldukları, düşük benlik saygısına sahip oldukları, ruh sağlığı problemleri yaşadıkları, içine kapanık oldukları, depresyon yaşadıkları, suç ve şiddet gösterme eğilimi taşıdıkları, intihar riski taşıdıkları belirtilmektedir (Şentürk, 2008; Şentürk, 2006). Risk altında olan çocukların önce sokağa düştükleri, daha sonra da cezai sorumluluk yaşıyla birlikte ıslahevi veya cezaevine düştükleri görülmektedir. Bu nedenle, çözüme ulaşma açısından en önemli sorun risk grubundaki çocukların okullarında tutulabilmesi, sokağa düşmelerinin engellenebilmesi olarak ortaya çıkmaktadır. Suça bulaşmış çocuklarla arkadaşlık



eden bir çocuğun suça yönelmesi olasılığı da oldukça yüksektir. Erken yaşta alkol ve sigara ile tanışan çocukların suça yönelmesi daha kolay olmaktadır (Çopur ve ark., 2105).

#### **4. TEK EBEVEYNLİ AİLE VE ÇOCUKLARINA KARŞI HEMŞİRENİN SORUMLULUKLARI**

Hemşireler öncelikle yüksek riskli grupları belirlemelidir. Çocukların tek ebeveynli aile süreci ile nasıl baş edecekleri konusunda yol göstermelidir (Schmidt, 2017). Kriz durumunun yönetilmesinde ailelere danışmanlık yapılmalıdır. Ebeveynlere çocuklarının yaş dönemlerinin özelliklerini açıklayarak çocuğun yaşayabileceği problemler ve bu problemler nasıl yaklaşabilecekleri açıklanmalıdır. Hemşireler çocuklarının yaşadığı sorunları hemşirelik sürecini kullanarak ele alabilirler. Durumsal düşük benlik saygısı, Aile içi süreçlerde değişim, Bireysel baş etmede yetersizlik gibi hemşirelik tanıları tek ebeveynli aile çocuklarında en sık kullanılan hemşirelik tanılarıdır (Arifoğlu, 2008).

Boşanma kararı alan ebeveynlerin bu kararı çocuğa uygun bir dille anlatılması gerektiğini hemşire açıklamalıdır ve çocuğun boşanma nedeninin kendisi olmadığı açıkça ifade edilmelidir. Çocuğa istediğinde ebeveynini görebileceğinin söylenmesi gerektiği açıklanmalıdır. Çocuklarda ortaya çıkan uyum ve davranışların küçük çocuklarda oyunla tedavi edilebileceği, büyük çocuk ve ergenlerde ise iç görü kazandıran tedavilerin olduğu aileye açıklanmalı ve aile yönlendirilmelidir. Ölüm sonucu bir ebeveynini kaybetmiş olan çocuklar için de

ebeveynlere sürekli ve nitelikli bir duygu alışverişinin çocuğun bu dönemi kolay atlatabileceği açıklanmalıdır. Çocuğun yas yaşamasına izin verilmesi gerektiği ve duygularını açıkça ifade etmesi gerektiği belirtilmelidir (Bakırcıoğlu, 2015).

Hemşireler tek ebeveynli ailelerin yaşadığı ekonomik sorunlara yardımcı olmak için öncelikle ailenin kaynaklarını etkili bir şekilde kullanabilmesine yardımcı olmalıdır. Hemşireler danışmanlık rolünü kullanarak ebeveyne etkin bir şekilde destek olabilmektedir. Ebeveynlere kaynak yönetimi ve zaman yönetimi konusunda yol gösterebilir. Bir aile bütçesi planını birlikte oluşturma, doğru ve verimli para idaresini planlama, beklenmedik olaylara ve risklere karşı bütçe oluşturma konusunda nerelerden yardım edinebileceğini açıklayabilir. Düşük gelirli ve eğitimi olmayan tek ebeveyn kadınlar için iş imkânı sunan kaynaklar hakkında bilgilendirme yapılabilir. Sermaye ve eğitim desteği veren vakıflar, dernekler, sanayi, ticaret ve esnaf odaları, belediyeler, kooperatifler (KOSGEB, İŞKUR, halk eğitim merkezleri vb.) iş imkânı sunan kaynaklar arasında yer almaktadır. Tüm bu bilgiler ebeveyne anlatılıp kendine uygun bir bütçe planlaması ve iş bulmasına yardımcı olunabilir (AEP, 2018). Ayrıca belediyelerin uygun birimlerinde geçici veya sürekli işler için işçi alımında tek ebeveynlere öncelik tanınması için yerel politikalar oluşturulmalıdır (Atila Demir ve Genç Çelebi, 2017).

Hemşireler bireylere tek ebeveynliğe alışma sürecinde destek olmalıdır. Ebeveynin kendine zaman tanınmasına, kendisini ifade etmesine fırsat verilmelidir. Ebeveynin sıkıntılarını ve sorunlarını kendi içinde

yaşamaması gerektiği önerilmelidir. Çevreden alacağı sosyal desteğinin önemli olduğu açıklanmalı ve sosyal destek kaynakları sınırlandırılması gerektiği belirtilmelidir. Özellikle ebeveynin arkadaşlarıyla iletişim kurması ve paylaşımında bulunması gerekmektedir. Ebeveynin hayatını sürdürdüğü çevre kendisini yoruyorsa ve üzerinde baskı oluşturuyorsa çocuklarının da görüşünü alarak başka bir yere taşınması için danışmalık sağlanabilir. Çocuklarla birlikte sosyal hayatı planlı yaşaması gerektiği belirtilir ve hemşire desteği ile planlama yapılabilir. Sosyal ilişkiler konusunda ebeveynin çocuklara örnek olduğu belirtilmeli ve ebeveynin sağlıklı bir sosyal hayatının olması çocuğu da olumlu etkileyeceği açıklanmalıdır ayrıca ebeveynin Sanatsal ya da sportif aktivitelere yönlendirilmesi önem taşımaktadır (AEP, 2018).

Kadının kendi sağlık düzeyini ve yaşam kalitesini belirleyebilecek sorumlulukları kazanmasını ve uygulamasını sağlamak için sağlık eğitimi verilmelidir (Ulutaşdemir, 2002a). Çocuk ve ailenin fiziksel gereksinimlerini karşılamak kadar, onların yaşadıkları kriz ile baş etmelerine yardımcı olmak ta hemşirenin görevidir (Ulutaşdemir, 2002b). Hemşire özellikle tek ebeveyn olan bireye baş etme tekniklerini öğretmelidir. Bu durumdan dolayı ebeveynin kendinin suçlamaması gerektiği ve ebeveynin kendini açıklaması için fırsat tanınmalıdır. Özellikle psikolojik sorunların üstesinden gelmede sosyal desteğin çok önemli olduğu belirtilmelidir. Yakın arkadaşlık ilişkilerini ve sosyal bağlantıları sürdürmeyi ihmal etmemesi ve sosyal etkinliklere katılmaya çalışması önerilmelidir (Tatlılıoğlu ve Demirel, 2016).

## KAYNAKÇA

- 40 Facts About Two Parent Families. (2020). <https://gillespieshields.com/40-facts-two-parent-families>. Erişim Tarihi: 13 Ocak 2020.
- Aile Eğitim Programı (AEP). (2019). Aile yaşam becerileri. Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı. [https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/4771/01\\_03\\_aile-ya%C5%9Fam-becerileri-kitab%C4%B1.pdf](https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/4771/01_03_aile-ya%C5%9Fam-becerileri-kitab%C4%B1.pdf). Erişim Tarihi: 14 Ocak 2020.
- Aile Eğitim Programı (AEP).(2018). Tek ebeveynli aileler. T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü. <https://www.Aep.Gov.Tr/Wp-Content/Uploads/2019/01/Tek-Ebeveynli-Aileler.Pdf>. Erişim Tarihi: 14 Ocak 2020.
- Alkan, EÖ. (2018). Aile parçalanmasının çocuğun okul başarısına etkisi: Trabzon örneği. Karadeniz Araştırmaları Enstitüsü Dergisi, 4(5), 167-225.
- Arabacı, G. (2008). Boşanmanın çocuklar bakımından sonuçları. Yüksek lisans tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Anabilim Dalı, Konya.
- Arifoğlu, Ö. (2008). Boşanmış aile çocuklarına hemşirelik yaklaşımı. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 15(1), 76-84.
- Aslantürk, H. Koç, F. (2019). Sosyal hizmet lisans öğrencilerinin evlat edinme yoluyla kurulmuş tek ebeveynli aileler hakkındaki görüş ve düşünceleri: Kocaeli üniversitesi örneği. Toplum ve Sosyal Hizmet, 30 (3), 814-842.
- Atila Demir, S., Genç Çelebi, Ş. (2017). Tek ebeveynli ailelerin sorunları: nitel bir araştırma. Yalova Sosyal Bilimler Dergisi, 8 (13), 111-128.
- Aydiner Boylu, A., Öztop H. (2013). Tek ebeveynli aileler: sorunlar ve çözüm önerileri. Sosyo-ekonomi, 19 (19).

- Babaroğlu, A. (2018). Çocuk psikolojisi ve ruh sağlığı. 5. Baskı. , Ankara: Vize Basın Yayıncılık.
- Bakırcıoğlu, R. (2015). Çocuk ve Ergende Ruh Sağlığı. 6. Baskı. Ankara: Anı Yayıncılık,
- Bedel, A., Işık, E. (2015). Tek ebeveyni olan ve iki ebeveyni olan öğrencilerin kişiler arası problem çözme ve yaşam doyumu düzeylerinin karşılaştırılması. Kuramsal Eğitim Bilim Dergisi, 8 (1), 70-85.
- Çopur Öztürk, E., Ulutaşdemir, N., Balsak, H. (2015). Çocuk ve suç. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1(2), 120-124.
- Dargahi, S., Sharif, AR., Sangdeh, KJ., Nazari., M., Bakhtiari, Z. (2018). Comparing parental monitoring affiliation with delinquent peers and high-risk behaviors in single-parent and two parent male adolescent. Journal of Research & Health, 8 (5), 411-417.
- Durancik, DM., Goff CR. (2019). Children of single-parent households are at a higher risk of obesity: A systematic review. Journal of Child Health Care, 23 (3), 358-369.
- Erdim, L., Ergün, A. (2016). Boşanmanın ebeveyn ve çocuk üzerindeki etkileri. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 3(1), 78-84.
- Feyzioğlu, S., Kuşcuoğlu, C. (2011). Tek ebeveynli aileler. Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi, 26(26), 97-110.
- Kalkavan, İ., Büken, E. (2017). Boşanma davalarında çocuğun velayet hakkı için uygun ebeveynin belirlenmesi. Adli Tıp Bülteni, 22(1), 54-63.
- Karaca Aydın, S. (2019). Kadınlar için tek (yalnız) ebeveynlik ve zorlukları. Atatürk Üniversitesi Kadın Araştırmaları Dergisi, 1(1), 23-34.

- Kılıç, M., Arslan, A. (2018). Parçalanmış aileye mensup lise öğrencilerinin sosyalleşmesinde sporun etkisi. *Electronic Journal of Social Sciences*, 17 (66), 505-517.
- Kır, İ. (2011). Toplumsal bir kurum olarak ailenin işlevleri. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 10 (36), 381-404.
- Kim, N., Cho, YG., Kang, JH., Park, HA., Kim, K., Hur, YI., Kwon, D. (2018). The differences in obesity rates according to status of co-residence with their parents in Korean adolescents: The implication of the gender of single parent living with adolescents. *Korean Journal of Health Promotion*, 18 (4), 177-183.
- Kong, KA., Choi, HY., Kim, SI. (2017). Mental Health among single and partnered parents in south Korea. *PLOS ONE*, 12 (8).
- Kotwal, N., Prabhakar, B. (2009). Problems faced by single mothers. *Journal of Social Sciences*, 21 (3), 197-204.
- Nawaz, S., Ali, U., Najmussağib, A., Ahmed, M., Rehna, T. (2019). The relationship between parental rejection and social skills among children of single parents. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, 8(2), 195-202.
- Opçin, E. (2018). Tek ebeveynli ailelerde çocuk yoksulluğu: tekirdağ ili alan çalışması. Yüksek lisans tezi. Kırklareli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırklareli.
- Oshi, S., Abel, W., Agu, C., Omeje, J., Whitehorne-Smith, P., Ukwaja, K., Ricketts-Roomes, T., Meka, I.A., Weaver, S., Rae, T., Oshi, D. (2018). Single parent family structure as a predictor of alcohol use among secondary school students: evidence from Jamaica. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 19(1), 19-23.
- Rosenkrantz Aronson, S., Huston, AC. (2004). The mother-infant relationship in single, cohabiting, and married families: A case for marriage? *Journal of Family Psychology*, 18 (1), 5-18.

- Schmidt, A. (2017). Child from Single Parent Family in Preschool Environment. *Studia Edukacyjne*, 44, 363-375.
- Shah, I., Haider, Z., Halipoto, JA. (2017). Personality traits among adolescents of single parent family and two parents family. *Grassroots*, 51(1), 215-227.
- Strateji Düşünce ve Analiz Merkezi (SDAM). (2018). Sebep ve sonuçlarıyla Türkiye’de boşanma sorunu. <http://sdam.org.tr/image/foto/2018/10/06/Sebep-ve-Sonuclariyla-TurkiyedeBosanmaSorunu1538816314.pdf>. Erişim Tarihi: 14 Ocak 2020.
- Şentürk, D. (2008). Aile kurumuna yönelik güncel riskler. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 14(14), 7-32.
- Şentürk, Ü. (2006). Parçalanmış aile çocuk ilişkisinin sebep olduğu sosyal problemler (Malatya uygulaması). Doktora Tezi. İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya.
- T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü Yayınları. (ASAGEM). (2011). Tek ebeveynli aileler araştırması. Yayın No: 148, Ankara.
- Tatlıoğlu, K., Demirel, N. (2016). Sosyal bir gerçeklik olarak boşanma olgusu: sosyal psikolojik bir değerlendirme. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4 (22), 59-73.
- Taylor, Z.E., Conger, R.D. (2017). Promoting strengths and resilience in single-mother families. *Child Development*, 88(2), 350-358.
- Treloar, R. (2018). High-conflict divorce involving children: Parents’ meaning-making and agency. *Journal of Social Welfare and Family Law*, 40(3), 340-361.
- Türkarlan, D. (2007). Boşanmanın çocuklar üzerine olumsuz etkileri ve bunlarla başetme yolları. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 11(11), 99-108.

- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). (2018). <http://Tuik.Gov.Tr/Start.Do> Erişim Tarihi: 22 Kasım 2019.
- Ulutaşdemir, N. (2002a) Kadına yönelik şiddet. Sağlık ve Toplum, 12(4), 15-21.
- Ulutaşdemir, N. (2002b) Özürlü çocuk ve hemşirelik bakımı. Ufkun Ötesi Bilim Dergisi, 2(2), 33-41.
- Ulutaşdemir, N. (2007) Engelli çocukların eğitimi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(2), 119-130.
- Wong, I.S., Breslin, F.C. (2017). Risk of work injury among adolescent students from single and partnered parent families. American Journal of Industrial Medicine, 60 (3), 285-294.
- Yiğit, R. (2012). Çocukluk dönemlerinde büyüme ve gelişme. Ankara: Sistem Ofset Yayınevi.











**IKSAD**  
Publishing House



**ISBN: 978-625-7687-05-8**