



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**YENİDOĞAN TARAMA PROGRAMINI REDDEDEN
AİLELERİN TARAMA PROGRAMLARINA İLİŞKİN BİLGİ,
TUTUM VE DAVRANIŞLARI İLE RET NEDENLERİNİN
BETİMLENMESİ**

HAZIRLAYAN: RUKİYE DUYGU ERDEM KURT
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Doç. Dr. HAKAN BAYDUR
Doç. Dr. GÜLTEN UÇAN

MANİSA- 2019



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HAZIRLAYAN: RUKİYE DUYGU ERDEM KURT
YÜKSEK LİSANS TEZİ

SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Doç. Dr. HAKAN BAYDUR

Doç. Dr. GÜLTEN UÇAN

TEZ JÜRİSİ

Doç. Dr. HAKAN BAYDUR

Dr. Öğrt. Üyesi ŞEYDA YILDIRIM

Doç. Dr. SAFİYE ÖZVURMAZ

MANİSA- 2019

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarında etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışması ve yazımı sırasında telif haklarını ihlal edici bir davranışım olmadığını beyan ederim.

Rukiye Duygu KURT

TEŞEKKÜR

Öncelikle tezimin her aşamasında bilgi birikimini benimle paylaşan, sadece tez ile ilgili değil hayatımı ilgilendiren farklı konularda da bana yol gösteren değerli tez danışmanım Doç.Dr. Hakan BAYDUR' a, tez yazım sürecinde her türlü desteğini sabır ve güler yüzle sunan ikinci tez danışmanım Doç.Dr. Gülten UÇAN' a, beni motive eden ve desteğini benden esirgemeyen değerli şube müdürüm Dr. Lütfiye Serap GÖNENÇ' e, sunduğu katkı sebebiyle değerli başkan yardımcım Dr. Neşe Zeren NOHUTCU' ya, veri toplama sürecinde özveriyle bana destek olan çalışma arkadaşım Funda ÇİÇEK' e, çalışmakta olduğum İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Çocuk Ergen Kadın Üreme Sağlığı Hizmetleri Biriminde görevli bana güvenen bütün çalışma arkadaşlarıma, enerjimi yüksek tutmam için çabalayan meslektaşım Alev ANAYURDU KESKİN' e, bana benden daha çok inanan sevgili eşim Murat KURT' a ve her zaman yanımda olduklarını bildiğim annem Yurdağül ERDEM, babam Durmaz ERDEM ile kardeşim Burcu ERDEM' e teşekkürlerimi borç bilirim.

Rukiye Duygu KURT

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ŞEKİLLER DİZİNİ	viii
TABLolar DİZİNİ	ix
KISALTMA VE SEMBOLLER DİZİNİ.....	x
ÖZET.....	1
SUMMARY	2
1. GİRİŞ ve AMAÇ	3
1.1. Araştırmanın Konusu	3
1.2. Araştırmanın Amacı	3
1.3. Sayıtlar	4
1.4. Araştırmanın Önemi	4
1.5. Araştırmanın Sınırlılıkları	5
2. GENEL BİLGİLER.....	7
2.1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETİ NEDİR?	7
2.1.1. Halk Sağlığı	9
2.1.1.1. Koruyucu sağlık hizmetleri.....	14
2.1.1.1.1. Primer (birincil) koruma	15
2.1.1.1.2. Sekonder (ikincil) koruma	15
2.1.1.1.3. Tersiyer (üçüncül) koruma.....	15
2.1.1.2. Halk sağlığı hizmetleri bağlamında sunulan koruyucu sağlık hizmetleri	16
2.1.1.2.1. Toplum sağlığı hizmetleri	16
2.1.1.2.2. Bulaşıcı hastalıklar ve kontrol programı.....	17
2.1.1.2.2.1. Tüberküloz	17
2.1.1.2.2.2. Aşı	17
2.1.1.2.3. Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve programlar.....	18
2.1.1.2.3.1. Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kronik durumlar	18
2.1.1.2.3.2. Obezite, diyabet ve metabolik hastalıklar	18

2.1.1.2.4. Çocuk ergen kadın ve üreme sağlığı hizmetleri.....	18
2.1.1.2.5. Çevre sağlığı hizmetleri	19
2.1.1.2.6. Çalışan sağlığı hizmetleri.....	19
2.1.1.2.7. Ruh sağlığı programları tütün ve diğer bağımlılık yapıcı maddeler	20
2.1.1.2.7.1. Ruh sağlığı programları.....	20
2.1.1.2.7.2. Tütün ve diğer bağımlılık yapıcı maddeler	20
2.1.1.2.8. Kanser taramaları	21
2.1.1.2.9. Yenidoğan tarama programı (NTP)	22
2.2. SAĞLIK DAVRANIŞI	25
2.2.1. Sağlık İnançları.....	27
2.2.2. Sağlık Davranış Modelleri.....	28
2.2.2.1. Aşama modelleri	28
2.2.2.1.1. Değişim aşamaları modeli.....	29
2.2.2.1.2. Sağlık eylem süreci yaklaşımı	30
2.2.2.2. Sosyal biliş modelleri.....	30
2.2.2.2.1. Sağlık inanç modeli.....	31
2.2.2.2.2. Korunma güdüsü kuramı.....	32
2.2.2.2.3. Planlanmış davranış kuramı	33
2.2.2.3. Diğer modeller	34
2.2.2.3.1. Kendini dengeleme modeli	34
2.2.2.3.2. Önlem alma modeli.....	35
2.2.2.3.3. Etkinleştirilmiş sağlık eğitimi modeli	35
2.2.3. Sağlık Okuryazarlığı.....	36
2.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Reddedilmesi.....	39
2.2.4.1. Koruyucu sağlık hizmetlerinin reddedilmesi.....	41
2.3. SOSYAL HİZMET NEDİR?	47
2.3.1. Sosyal Hizmetin Tarihi Gelişimi	48
2.3.2. Sosyal Hizmet Uygulama Alanları.....	51
2.3.2.1. Çocuk refahı.....	51
2.3.2.2. Gençlik refahı	52
2.3.2.3. Yaşlılık refahı	53

2.3.2.4. Aile refahı	53
2.3.2.5. Engellilik refahı	54
2.3.2.6. Adli sosyal hizmet	55
2.3.2.7. Toplum kalkınması	56
2.3.2.8. Okul sosyal hizmeti	56
2.3.2.9. Yerel yönetimler ve sivil toplum örgütleri	57
2.3.2.10. Tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet	57
2.3.2.10.1. Türkiye’de sağlık alanında sosyal hizmet uygulaması	60
2.3.2.10.1.1. Birinci basamak sağlık kurumlarında sosyal hizmet	60
2.3.2.10.1.2. İkinci basamak sağlık kurumlarında sosyal hizmet	61
2.3.2.10.1.3. Üçüncü basamak sağlık kurumlarında sosyal hizmet	62
2.3.2.10.2. Halk sağlığı sosyal hizmeti ve sosyal çalışmacı (sosyal hizmet uzmanı)	62
2.3.2.10.3. Koruyucu sağlık hizmetlerinde sosyal hizmet müdahalesi	64
2.3.2.10.4. Reddedenlere yönelik sosyal hizmet bağlamında temel uygulama basamakları	68
2.3.2.10.5. Tıbbi uygulamada etik ve sosyal hizmet etiği	73
3. GEREÇ VE YÖNTEM	76
3.1. Araştırmanın Yöntemi	76
3.2. Araştırma grubu ve seçimi	77
3.3. Veri Toplama Süreci	77
3.4. Veri Toplama Aracı	78
3.5. Verilerin İşlenmesi ve Analiz Süreci	79
3.6. Geçerlik ve Güvenilirlik	79
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları	80
3.8. Araştırmanın Etik Yönü	81
4. BULGULAR	82
4.1. SOSYO-DEMOGRAFİK BULGULAR	82
4.2. ANALİZ VE YORUMLAMA	87
4.2.1. İçsel Atıf	88
4.2.1.1. Duygusal sorunlar	91
4.2.1.2. Sağlık inancı	93

4.2.1.2.1. Doğal yaşam.....	93
4.2.1.2.1.1. Baş etme becerisi.....	98
4.2.1.3. Anelik tutumu	101
4.2.1.3.1. Koruma içgüdüsü	103
4.2.1.3.2. Bebeğe bağımlılık	104
4.2.1.4. Deneyimler.....	105
4.2.2. Dışsal Atıf.....	106
4.2.2.1. Sağlık hizmeti	107
4.2.2.1.1. Hizmete erişim	107
4.2.2.1.2. Hekimin iktidarı	110
4.2.2.1.3. Hizmetin niteliği (ekonomik nedenler).....	112
4.2.2.1.3.1. Özel	116
4.2.2.1.3.2. Kamu	118
4.2.2.1.4. Sağlık personeli.....	119
4.2.2.1.4.1. İletişim becerisi	121
4.2.2.1.4.2. Sağlık eğitimi	123
4.2.2.1.5. Tıbbi uygulamalara duyulan güvensizlik.....	126
4.2.2.1.5.1. Aşı	127
4.2.2.1.5.2. Aile (kültür ve geleneksel uygulamalar)	130
4.2.2.1.5.2.1. Eş.....	132
4.2.2.1.5.2.2. Akraba	134
4.2.2.1.6. Dini inanç	135
4.2.2.1.7. Medya	136
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	141
KAYNAKLAR	151
EKLER.....	166
Ek 1. Görüşme Formu	166
Ek 2. Gözlem ve Değerlendirme Formu	169
Ek 3. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı.....	171
Ek 4. Etik Kurul Onayı.....	172
Ek 5. Kurum İzni	173

Ek 6. Özgeçmiş	175
Ek 7. Benzerlik Raporu Bildirimi	176



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Tema Ağacı.....	87
Şekil 2: Ekolojik Sistem Yaklaşımı'na göre Yenidoğan Tarama Programı'nın reddedilme sebepleri	141



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Sosyo- Demografik Bulgular	83
---	----



KISALTMA VE SEMBOLLER DİZİNİ

HLS-EU-Q:	Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Anketi
KETEM:	Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi
NTP:	*Yenidoğan Tarama Programı
TDK:	Türk Dil Kurumu



* Alanda ve uygulamada Neonatal Tarama Programı olarak geçmektedir.

Başlık: Yenidoğan tarama programını reddeden ailelerin tarama programlarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışları ile ret nedenlerinin betimlenmesi

Öğrencinin Adı: Rukiye Duygu KURT

Danışman: Doç. Dr. Hakan BAYDUR, Doç. Dr. Gülten UÇAN

Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet Anabilim Dalı

ÖZET

Amaç: Bu araştırmanın amacı, birinci basamak sağlık kurumlarında sunulan koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yer alan Yenidoğan Tarama Programı (NTP)'nin reddedilme nedenlerinin betimlenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Araştırma nitel araştırma türü olan fenomenolojik tiptedir. NTP'yi reddeden 15 ebeveyn ile ikamet adreslerinde yüz yüze görüşme yapılmıştır. Yapılan görüşmeler kaydedilmiş ve deşifre edilerek yazılı hale getirilmiştir. Yazılı metin içerik analizi ile yorumlanmıştır. Verilerin işlenmesi ve analizinde MAXQDA programı kullanılmıştır.

Bulgular: Yapılan görüşmeler sonucunda, bireylerin sağlık davranışlarını içsel ve dışsal unsurlar ile ilişkilendirdikleri görüşmüş olup elde edilen bulgular; Atıf Kuramı, Sağlık İnanç Modeli ile Ekolojik Sistem Yaklaşımı çerçevesinde yorumlanmıştır.

Sonuçlar: Annelerin bebeklerinden topuk kanı örneği alınırken koruma içgüdüğü ile hareket ederek bebeklerine zarar geleceğine inandıkları tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık personeli ve bireyler arasında yaşanan iletişim sorunları ve yeterli bilgilendirme yapılmamasının NTP' nin reddetmesine neden olduğu bulunmuştur. Sağlık sisteminde hekimin iktidarının devam ettiği, bireylerin hekimlerin söylemleri doğrultusunda sağlık davranışı geliştirdikleri ancak bu durumun NTP için geçerli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. NTP' nin reddedilmesinde etkili olan diğer unsurların ise dini inançlar, aile, kültür ve geleneksel uygulamalar ile doğal yaşam isteği, alternatif tıp tercihi, kamu kurumlarına duyulan güvensizlik ve medyanın olumsuz etkisi olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar kelimeler: Sağlık hizmetinin reddedilmesi, koruyucu sağlık hizmeti, Yenidoğan Tarama Programı, sosyal hizmet, halk sağlığı.

Title: Describing the understanding, attitude and behaviors of families who rejected the newborn screening program and the reasons for rejection

Student name: Rukiye Duygu KURT

Thesis Advisor: Hakan BAYDUR, Assoc.Prof., Gülten UÇAN, Assoc.Prof.,

Department: Social Work

SUMMARY

Objective: The purpose of this study is to describe the reasons for rejection of the Newborn Screening Program within the scope of preventive health services presented in primary health care institutions.

Material and method: The research is a phenomenological study which is a qualitative research type. A face-to-face interview was conducted with 15 parents, who refused to participate Newborn Screening Program, at their permanent addresses. The interviews were recorded and deciphered. The script was interpreted by content analysis method. MAXQDA was used for data processing and analyzing.

Results: As a result of the interviews, individuals discussed their health behaviors with internal and external factors. The results were interpreted within the framework of the Citation Theory, Health Belief Model and Ecological System Approach.

Conclusion: It was found that mothers believed that their babies would be harmed while taking a heel blood sample and they acted with a protection instinct. In addition, communication problems between individuals and health-care personnel and insufficient inform were found to cause the rejection of Newborn Screening Program. It is concluded that the doctor's power maintained in the health-care system and individuals develop health behaviors in direction of the doctors discourse but this case does not valid to Newborn Screening Program. Other factors effective in the rejection of Newborn Screening Program were found to be religious beliefs, family, desire for natural life depending on culture and traditional practices, the choice of alternative medicine, the distrust of public institutions and negative impact of the media.

Key words: Rejection of health care, preventive health care, Newborn Screening Program, social work, public health

1. GİRİŞ ve AMAÇ

1.1. ARAŞTIRMANIN KONUSU

Bu araştırmanın konusu, Sağlık Bakanlığı tarafından birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında yürütülen NTP' yi reddeden ailelerin bilgi, tutum ve davranışları ile ret nedenlerinin sosyal hizmet bağlamında ve Sağlık Davranış Modelleri ile betimlenmesidir.

1.2. ARAŞTIRMANIN AMACI

Koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde sunulan NTP bazı aileler tarafından çeşitli gerekçelerle reddedilmekte, bireyler kendisi ya da ailesi için sağlık hizmeti almak istememektedir.

Bu araştırmanın amacı, birinci basamak sağlık kurumlarında sunulan koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yer alan NTP' nin reddedilme nedenlerinin belirlenmesi ve sosyal hizmet bakış açısıyla ve Sağlık Davranış Modelleri' ne dayalı olarak ret nedenlerinin betimlenmesidir. Ret nedenlerinin tespit edilmesi ile bireylerin sağlık davranışları anlaşılabilir olarak literatüre katkı sağlamak amaçlanmaktadır. Ayrıca NTP' yi reddeden bireylerin ret nedenlerini yorumlayarak sağlık davranışları üzerine sosyal hizmet disiplininin müdahale yöntemleri geliştirmesini sağlamak amaçlanmakta, böylece bireylerin sağlık ve refahını geliştirmelerine katkı sağlanması hedeflenmektedir.

1.3. SAYILTILAR

Yapılan araştırmanın nitel araştırma olması nedeniyle 15 ebeveyn ile görüşme yapılmış olup araştırma sırasında kullanılan görüşme formu ile gözlem ve değerlendirme formu araştırmanın amacını gerçekleştirebilecek kapasitededir.

Araştırmada kullanılan veri toplama aracının bireylerin tarama programlarına yönelik bilgi, tutum ve davranışları ile ret nedenlerinin betimlenmesi için yeterli olduğu varsayılmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin görüşme formu sorularına verdiği yanıtların doğru ve güvenilir olduğu kabul edilmektedir.

1.4. ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

NTP' nin reddedilme durumu, ailelerin sosyoekonomik koşulları, kültürü, maneviyatı ve aile dinamikleri gibi çeşitli faktörlerden etkilenmekte, bu nedenle her bireyin reddetme sebebi birbirinden farklılık göstermektedir. Halkın sağlığını korumak ve sağlıklı bir neslin olmasını sağlamak için koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında sunulan NTP' nin ret nedenlerinin tespit edilmesini sağlamak bu yönde çalışmaların yapılmasını sağlayacak ve doğru bilgilendirme sonucunda bireylerin sağlık davranışlarında değişim olacaktır.

Son zamanlarda tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de aşı reddi başta olmak üzere koruyucu sağlık hizmetlerinin reddedilmesi durumunun giderek yaygınlaştığı görülmektedir. Hatta ret olgularının aktüel basında da yer almaya başladığı izlenmektedir. Ret nedenlerinin çok çeşitli olduğu, bunun nedenlerinin tespitine yönelik birçok araştırmanın gerek dünyada gerekse ülkemizde yapılmaya başlandığı görülmektedir. Araştırmaların bir kısmı niceliksel çalışmalar olup daha çok kalıp sorular ile olayı anlamaya dönük çalışmalardır. Bir kısmında ise niteliksel çalışmanın yapıldığı ve olayın niçin ve nasılının sorgulanmaya çalışıldığı görülmektedir. Araştırma sonuçları bireylerin yeterince bilgi sahibi olmadıklarını ya da bilgi sahibi olsa bile kendi bilgi ve deneyimlerini ön planda tuttuklarını göstermektedir. Elde edilen bulgular koruyucu sağlık hizmeti reddi ile ilgili pek çok benzer sonuçlara erişse de olayın özünü daha iyi anlayabilmek için Sağlık Davranış Modelleri' nin de dikkate

alınarak daha sistematik bir şekilde inceleme yapılması gerekliliğini de göstermektedir. Elde edilen dağınık bilgilerin daha sistemli ve kavramsal çerçevesi daha sağlam bir şekilde tasnif edilmesi sorun ile baş edilmesi için yapılacak olan girişimlere de yol gösterici olacaktır. Diğer taraftan üzerinde durulması gereken önemli bir nokta ise sağlık hizmet sunucularının koruyucu sağlık hizmetinin reddi ile ilgili topluma ve reddedenlere yönelik yapacakları girişimlerin bilimsel bulgulara ve yöntemlere dayalı olarak oluşturulması gereğidir. Sorunun bireysel ve toplumsal yanı öne çıkan yapısı vardır. Dolayısıyla kötü sağlık sonucu doğurma olasılığı olan sorun alanının biyo-psiko-sosyal açıdan ele alınması gereği öne çıkmaktadır. Bu bağlamda halk sağlığı hizmeti sunulan birimlerde bu sorun ile savaşmada görevlendirilen kişilerin birey, grup ve toplumla çalışma yöntemlerini bilen, bu alanda beceri ve uygulama geleneği olan meslek dallarından sosyal hizmet uzmanları oldukları görülmektedir. Dolayısıyla sorunu tanılamak, girişim planını bireysel ve toplum düzeyinde kurgulamak, uygulamak ve sonuçları değerlendirmek önemlidir. Bu araştırma ile Sağlık Davranış Modellerini de dikkate alarak sosyal hizmet bağlamında NTP reddi ortaya konulmaya çalışılmıştır. Böylece daha sistematik ve bilimsel temellere dayalı sağlık hizmet sunumuna rehberlik edilmesi düşünülmüştür.

1.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

NTP kapsamında yapılan testleri reddeden ancak ikamet adresinde görüşme yapılmasını kabul etmeyen bir ebeveyn ile ikamet adresinde kendisine ulaşılamayan bir başka ebeveyn ile görüşme yapılamamıştır. Yapılan araştırma, araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ebeveynler ve araştırmada yer alan sorulara verdikleri cevaplarla sınırlıdır.

Araştırma İzmir ilinde ikamet eden ve NTP' yi reddeden bireyler ile sınırlandırılmıştır.

Sağlık hizmetleri ve tarama programlarının reddedilmesi geniş kapsamlı bir konudur. Ancak yapılan araştırma, koruyucu sağlık hizmetleri alanında yer alan NTP' nin reddedilme nedenlerinin betimlenmesi olarak sınırlandırılmıştır.

Yapılan araştırma, araştırmacı tarafından ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri, ekonomik durumları, sağlık davranışları ve ret nedenlerini anlamaya

yönelik olarak hazırlanmış görüşme formu soruları ile sınırlıdır. Bunun yanı sıra araştırma, araştırmanın yapıldığı süre olan Şubat 2018- Nisan 2018 tarihleri ile sınırlıdır.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. SAĞLIK VE SAĞLIK HİZMETİ NEDİR?

Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'na göre sağlığın tanımı; “sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” dir (<http://www.euro.who.int>*, Erişim Tarihi: 02 Mayıs 2019). Bu tanımın sağlığın öncülleri tarafından kabul edilmesi ile beraber, sağlığın korunması ve geliştirilmesi açısından da yapılan tanımlamalar mevcuttur. Sağlığı bu şekilde değerlendiren öncüller, sağlık durumunu normal, uyumlu ve dengeli gibi kavramlar çerçevesinde ele almışlardır. Bu yaklaşıma göre sağlık, vücudumuza giren enerjinin girişi ve çıkışı arasındaki denge ve kişisel ile sosyal koşullardan etkilenen bir durumdur. Bir başka yaklaşıma göre ise sağlık, bireyler arasındaki iyi ilişkilerdir. Ayrıca sağlık, bireyin uyumlu, yapıcı, iyimser olarak üretken olması ve bu doğrultuda yaşamında denge sağlamasıdır. Yapılan farklı tanımlamalara rağmen sağlığın tanımındaki ortak nokta, sağlığın farklı kavramları bir arada bulunduran bir yapıda olmasıdır. Bu doğrultuda sağlığın negatif sağlık, nötral sağlık ve pozitif sağlık olmak üzere üç çeşidi bulunmaktadır. Negatif sağlık kavramı tam olarak tanımlanamamıştır, ancak sağlıklı olamamak söz konusu olduğunda hastalık, engellilik, rahatsızlık ve sakatlık gibi durumların tek başına ya da çeşitli komplikasyonlarla birlikte uzun ya da kısa dönemde yaşanması olarak belirtilmektedir. Nötral sağlık ise herhangi bir hastalığın olmaması ve dengeli sağlık durumu olarak tanımlanır. Nötral sağlığın korunması için tarama programları ile hastalığı erken teşhis edip müdahalede bulunmak yaşamsal öneme sahiptir. Pozitif sağlık da “tam bir iyilik hali” olarak tanımlanmaktadır. Buradaki iyilik

*http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/152184/RD_Dastein_speech_wellbeing_07Oct.pdf

kavramının göreceli bir kavram olduğu dikkate alınarak yaşam kalitesinin artırılması yönünde çalışmalar yapılmalıdır (Tabak 2000).

Sağlık kavramının Türkçe karşılığı “sıhhat, esenlik, sağaltma, sağaltım” gibi kelimeler olup “ölü olmamak” anlamına gelen “sağ” ifadesinin kökünden türetilmiştir ve kavram yaygın bir şekilde kullanılmaktadır (Sargutan 2005).

Sağlık hizmeti ise, kişinin yaşamının devam etmesi ve yaşam kalitesinin artması için önemlidir. Bu doğrultuda da sağlık hizmeti veren kurumların kalitesini değerlendirmek söz konusudur. Sağlık hizmetlerinin ana hedefi, toplumun ihtiyaçlarına uygun bir şekilde sağlık hizmeti sunmak, bunu yaparken de toplumun taleplerini dikkate almaktır (Yazgan 2009).

Sağlık hizmeti; koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetlerden oluşmaktadır. Belirtilen hizmetler bir bütündür, tedavinin tek yönlü yapılması uygun değildir. Sağlık hizmeti sunarak insanların hasta olmasını önlemek önemlidir. Birey tedavi olduktan sonra sekellerin kalabileceği düşünülerek bireyin içinde bulunduğu duruma alışana kadar sağlık hizmeti sunumuna devam edilmelidir. Bu nedenle sağlık hizmetinin bir bütün olduğu görülmelidir (Aslantekin 2011).

Sağlık hizmetinin kaliteli olması hasta memnuniyetini sağlar. Aldığı sağlık hizmetinden memnun kalan hasta, tekrar sağlık hizmetine ihtiyaç duyduğunda aynı sağlık kurumunu tercih etmek isteyecektir (Özgen 1995).

Sağlık hizmeti folk sektör, popüler sektör ve profesyonel sektör olmak üzere üç sektör tarafından sunulmaktadır. Folk sektör, sağlık ile ilgili herhangi bir eğitim almamış ancak sunduğu sağlık hizmeti ile toplumun güvenini kazanmış olan sektördür (Tabak 2000). Örneğin evde doğum yapmak isteyen bir kadının ebelik eğitimi olmamasına rağmen başarılı doğum yaptırdığına inandığı bir kadına doğumunu evde yaptırtması buna örnek verilebilir.

Popüler sektör ise sağlık eğitimi olmayan kişilerin deneyimlerine ve bilgi birikimlerine güvenilerek alınan sağlık hizmetidir. Popüler sektör oldukça yaygındır ve Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre bir toplumda sağlık hizmeti alan bireylerin %70-80'i popüler kültürden sağlık hizmeti almaktadır. Ayrıca yapılan araştırmalara göre toplumun dörtte biri yaşadığı sağlık sorunu nedeniyle doktora danışmakta, geriye kalan dörtte üçlük kısım ise sağlık konusunda güvendiği kişilere rahatsızlığını danışmaktadır. Profesyonel sektör ise alanına uygun mesleki eğitim

olarak aldığı eğitimi belgeleyebilen sağlık personellerinin oluşturduğu sektördür. Hemşire, ebe, doktor, psikolog, sosyal çalışmacı gibi meslek grupları aldıkları eğitim doğrultusunda yasalar tarafından belirlenen çerçevede sağlık hizmeti sunmaktadırlar (Tabak 2000).

Bireylere sağlık hizmeti sunan sağlık kurumlarının varlığı toplumun sağlığının geliştirilmesi için oldukça önemlidir. Sağlık hizmetinin her koşulda verilmesi zorunludur ve herkes sağlık hizmeti alma hakkına sahiptir. Sağlık hakkı sosyal haklar içerisinde yer alır ve sağlık hizmeti verilirken bireylerin gereksinimlerini dikkate almak gerekir. Sağlık hizmeti alanında son yıllarda artış gösteren kalite ve hizmet kalitesi ile ilgili araştırmalar bu konunun ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Sağlık hizmetlerinin geliştirilebilmesi için öncelikle verilen sağlık hizmetinin kalitesi bilinmelidir. Bireylerin sağlık hizmeti alımında memnun olmadığı durumların tespit edilmesi halinde sağlık hizmetlerini geliştirmek daha kolay olacaktır. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek önemli bir adımdır (Özer Kulkul ve Işıkkhan 2006).

Sağlık hizmeti sunumunda kalite, hizmetin iyi olması ile ilgili bir sonuca vararak sağlık alanında var olan bilgi ve teknolojinin en iyi duruma gelebilmesi ve bireyler tarafından kabul edilen kriterleri öne sürmektedir (Özgen 1995).

Sağlık hizmetlerinin amacına ulaşması için toplumdaki tüm bireylerin ihtiyaçlarını dikkate alarak yaşam süresinin ve kalitesinin artırılması, eşitlik ilkesini dikkate alarak kaliteli, verimli, etkili yönetimin sağlanması, bölgeler ya da gruplar arasında sağlık alanında farklılıkların azaltılması ve toplumun bilinçlendirilmesi hedeflenmektedir (Sargutan 2005).

Koruyucu, önleyici ve rehabilite edici hizmetlerden oluşan sağlık hizmeti, toplumun sağlığını korumak ve toplumda ortaya çıkan hastalıkları tedavi etmek için oldukça önemlidir. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumunda, halk sağlığı dikkate alınması gereken bir konudur.

2.1.1. Halk Sağlığı

“Halk sağlığı” kavramı hakkında çok fazla tartışmaların yaşandığı bir kavramdır. Kavram; araştırmacılar, yorumlayıcılar ve uygulayıcılar tarafından çeşitli şekillerde kullanılmakta olup “halkın sağlık sorunu” kavramı ile ilişkilendirilerek yorumlanmaktadır. Toplumda yaşanan her sağlık sorunu halk sağlığı olarak kabul

edilmez, bazı olayların halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmesi için çaba harcamak gerekir. Örneğin özellikle son yıllarda evre kirliliği, alkol ve madde bağımlılığı, bulaşıcı hastalıklar ve aile içi şiddet gibi konular halk sağlığı sorunları olarak görülmektedir. Bu doğrultuda bir durumun halk sağlığı sorunu olarak görülebilmesi için toplumdaki yaygınlığına bakarak karar vermek gerekmektedir. Bu da epidemiyolojinin alanına girmektedir. Halk sağlığı sorunu olarak kabul edilen konuların tek bir etkene bağlı olmadığı, altta yatan farklı sebeplerin de olduğu açıktır. Bu nedenle nedensellik kavramı da dikkate alınmalıdır. Ayrıca halk sağlığı sorunlarının üzümünde bireysel çaba yeterli değildir, toplumsal hareketlere ihtiyaç vardır (Dawson ve Verweij 2016).

"Halk Sağlığı" kavramı dilimize İngilizce ve Fransızca' dan çevrilmiştir. Ancak kavramın doğru evirisi "Kamu Sağlığı" olmasına rağmen dilimize halk sağlığı olarak yerleşmiştir. Halk Sağlığı kavramı 19. yy' dan beri kullanılmakta olup geçen zaman içerisinde anlamsal bazı değişiklikler olmuştur (Fişek 1983). Halk sağlığının anlamı ile ilgili çok çeşitli tanımlar mevcuttur. Örneğin;

Halk sağlığı; evre sağlığı, toplumdaki bulaşıcı hastalıkların kontrolü, kişisel temizlik konusunda yapılan eğitimler, hastalıkların erken tanı ile önlenmesi, tıbbi ve hemşirelik hizmetlerinin birlikte çalışması, toplumdaki bireylerin hayatını sağlıklı sürdürebilmesi için toplumsal çabaların olmasıyla hastalıkları nleme, yaşam süresini uzatma, sağlığı ve verimliliği artırma bilim ve sanattır (Winslow 1920).

Halk sağlığı, devlet adına çalışan kamu görevlilerinin yetki ve görevleri çerçevesinde toplumun sağlığını korumak için önlem almasıdır. nemli olan devletin rolüdür. Devlet halk sağlığını tehlikeye atan durumlar karşısında müdahalede bulunmalıdır (Rothstein 2002).

Halk sağlığı; evre hijyeni, bireysel hijyen sağlama, bulaşıcı hastalıkların kontrolü, tıp ve hemşirelik uygulamalarının bir araya gelmesi ve bireylerin sağlıklı olarak yaşamlarına devam edebilmeleri ve uygun koşulların sağlanması için örgütlenmiş toplum çabaları ile hastalıkları engelleyen, yaşam süresini uzatan, sağlığı geliştiren bilim ve sanat olarak tanımlanmaktadır (Tabak 2000).

Halk sağlığı, toplumsal çabayla hastalıkları nleme, yaşam süresini uzatma ve sağlığın geliştirilmesi bilim ve sanattır (Acheson 1988).

Tanımlardan görüldüğü üzere bazı tanımlar dar anlam ile yapılmışken bazı tanımlar ise ayrıntılı yapılmıştır.

Halk sağlığı kavramı iyiliği ve refahı iyileştirme üzerine odaklanmaktadır. Halk sağlığı kavramına belirgin sınırlar koymak mümkün değildir. Ancak önemli olan kullanışlı ve belirli sınırları olan bir tanım ortaya koymaktır. Halk sağlığı ile ilgili yapılan tanımların iki ortak noktası vardır. Öncelikle yapılan tanımların büyük bir çoğunluğu sağlığın korunması ve geliştirilmesi için yapılması gereken müdahaleleri açıklamaktadır. Bir diğeri ise halk sağlığının bireysel değil toplumun tamamını ya da toplum içinde en azından bir grubu ilgilendiren bir durum olduğu kabul edilmektedir (Dawson ve Verweij 2016).

Toplumun sağlık durumunun belirlenmesi, belirlenen sağlık durumu ile ilgili sorunlar, bu sorunların hangisi veya hangilerinin öncelikli olduğu ve sonrasında bu sorunların engellenmesi veya kontrol altına alınması için müdahalede bulunulması ve bu müdahalenin değerlendirilmesi halk sağlığının esasını oluşturur (Ay 2011). Halkın sağlığı toplumun tamamını ilgilendiren bir konudur. Halk sağlığı alanında yapılan çalışmaların toplumsal farkındalık yaratması gerekmektedir. Ancak herhangi bir halk sağlığı sorununa müdahalede bulunurken müdahaleden kimlerin faydalandığını tespit etmek kolay değildir. Etkili bir birincil önlemede bulunurken bireysel olarak kimlere müdahalede bulunulduğu tespit edilemeyebilir ancak müdahalenin istatistiksel analizi yapıp sonuçlar ortaya çıkarılabilir. Ancak elde edilen sonuçların sadece basit bir istatistik sonucu olduğu düşünülmemelidir. Önemli olan müdahalede bulunup sonuca ulaşırken etik uygunluğa göre hareket etmektir. Herhangi bir halk sağlığı sorununa müdahalede bulunurken kolektif müdahale çok önemlidir. Kolektif müdahale halk sağlığı alanında toplumun doğrudan katılımını ifade eder. Bunu gerçekleştirmenin üç yöntemi vardır. Öncelikle alanında uzman kişilerin görevlerini yerine getirmesidir. Örneğin bağışıklama programları, güvenli cinsel sağlık eğitimi ve tarama programları gibi sağlık alanında görev alan bireyler yaptıkları çalışmalar ile halk sağlığına katkıda bulunmuş olurlar. Bir diğer yöntem ise bireylerin kendi sağlık davranışlarına dikkat etmeleridir. Örneğin spor yapmak, sağlıklı beslenmek ve sigarayı bırakmak gibi sağlık davranışlarında bulunarak bireysel sağlığa özen göstermek halk sağlığı için faydalıdır. Son yöntem ise bireyin kendi yararına olmasa bile toplum yararı ve toplumun iyilik halini dikkate alarak hareket etmesidir. Örneğin bağışıklama programına yüksek

katılım sağlamak tüm toplumun yararına olacak bir davranıştır (Dawson ve Verweij 2016).

Halk sağlığı kavramı “toplumsal iyilik” kavramı ile birlikte açıklanmaktadır. Günümüzde “toplum hekimliği” olarak adlandırılan bakış açısının temelinde toplumsal iyilik kavramı yer almaktadır. Toplum hekimliği, bazıları için gelişmemiş bölgelere sağlık hizmetinin verilmesinin sağlanması için yapılan bir projedir. Bazı insanlar için ise modern tıbbın içinde yer alan bir konudur. Toplum hekimliğini modern tıp kapsamında yorumlayanlara göre toplum hekimliği, toplumun beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması için sosyal ve fiziksel çevreye yönelik bütüncül bakış açısıyla gerekli önlemlerin alınmasıdır (Fişek 1983).

Toplumsal iyilik kavramının önemli noktaları şunlardır;

Toplumsal Eşitlik: Sağlık hizmeti sosyal adalet ilkesi doğrultusunda herkese eşit olarak sunulmalıdır.

Çevreyle Bütünlük: Birey çevresi ile iletişim ve etkileşim halindedir. Sağlık hizmeti sunumunda çevresel etkenler de dikkate alınmalıdır.

Yaşamın Bütünlüğü: Birey sadece hasta olduğu zaman değil yaşam boyu sağlık hizmeti sunulup halk sağlığı korunmalıdır.

Toplumsal Etmenler: Hastalık sadece fizyolojik ve biyolojik bir olay değildir. İnançlar, ekonomik durum, sosyo-kültürel özellikler de dikkate alınmalıdır.

Hizmetin Boyutu: Sağlık hizmeti sadece sağlık sektörü tarafından değil eşgüdümlü çalışan diğer sektörler tarafından da sağlanmalıdır.

Korumaya Öncelik: Hastalıkların ortaya çıkmaması ya da halk sağlığını tehdit ederek yayılmaması için koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmelidir.

Risk Gruplarına Öncelik: Toplumda kaynakların dağılımı ve kullanımını sınırlıysa çocuklar, yeterli beslenemeyenler, engelliler gibi risk gruplarına öncelik verilmelidir.

Önemli Hastalıklara Öncelik: Bir toplumda fazla görülen, ölüm ve sakatlık gibi olumsuz durumlara neden olan hastalıkların erken tanı ve tedavisine öncelik verilmelidir.

Entegre Hizmet: Koruyucu, iyileştirici ve geliştirici hizmetler bütün olarak değerlendirilmelidir.

Multidisipliner Ekip Çalışması: Sağlık alanında çalışan çok çeşitli meslek elemanları bulunmaktadır. Halk sağlığını korumak ve geliştirmek için ekip üyelerinin işbirliği yaparak çalışması gerekmektedir.

Sağlık-Kalkınma İlişkisi: Ekonomik kalkınma durumu iyi olan bir toplumda sunulan sağlık hizmeti de daha iyi olmaktadır.

Öz Sorumluluk: Toplumdaki bireyler kendi sağlık durumlarının bilincinde olarak sorumluluk almalıdırlar.

Halkın Katılımı: Toplumun beklenti ve talepleri dikkate alınarak sunulan sağlık hizmeti daha başarılı olmaktadır.

Evrensellik: Her ülkenin kendine özgü halk sağlığı sorunları olabilir, ancak içinde bulunduğumuz evrensel dünyada sağlık hizmetlerinin gelişmesi için ülkelerarası işbirliği önemlidir.

Koşullara Uygunluk: Ülkelerin ya da bölgelerin sosyo-kültürel özellikleri farklı olabilmektedir. Bu nedenle farklılıkları dikkate alarak sunulan sağlık hizmeti daha başarılı olmaktadır (Tabak 2000).

Halk sağlığı, halk sağlığı alanında çalışan çeşitli profesyoneller için belirli bir yönelime ve çerçeveye sahip bir uygulama alanıdır. Profesyoneller arasında klinik sosyal hizmet uzmanları, hemşireler, sağlık eğitimcileri, iş sağlığı ve güvenliği uzmanları ve doktorlar gibi meslek elemanları yer almaktadır. Ayrıca epidemiyologlar, yöneticiler ve politika yapımcılar gibi klinisyen olmayan profesyoneller de halk sağlığı alanında çalışmaktadırlar (Sable ve ark. 2011).

Sosyal hizmet uzmanları halk sağlığı alanında halkla birlikte çalışmaya hazırdırlar. Çünkü sağlık çalışanları ile aynı değerlerin, teorilerin ve uygulama yöntemlerinin birçoğunu paylaşmaktadırlar. Paylaşılan değerler; sosyal, ekonomik ve çevresel adaleti geliştirmeye yönelik bir çabayı ve çeşitli nüfuslar arasında farklılıkları ortadan kaldırmayı odaklanmayı içerir. Ayrıca sosyal çalışma ve halk sağlığı müdahaleleri öncelikle ezilen, korunmasız ve risk altındaki gruplara odaklanmaktadır (Wilkinson ve ark. 2002).

Halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi için koruyucu sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması çok önemlidir. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetlerinin ne olduğunun anlaşılması gerekmektedir.

2.1.1.1. Koruyucu sağlık hizmetleri

Toplumda ortaya çıkabilecek çeşitli hastalık risklerini en aza indirmeyi, halk sağlığını koruyarak yaşam kalitesini artırmayı amaç eden sağlık hizmetlerine koruyucu sağlık hizmetleri denilmektedir (Akdur 2006).

Koruyucu sağlık hizmetleri, hastalıkların engellenmesi için sunulan sağlık hizmetleridir. Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye yönelik koruyucu hizmetler ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler olarak ikiye ayrılmaktadır. Kişiye yönelik koruyucu hizmetler; sağlık eğitimi, yeterli ve dengeli beslenme, hijyen, doğum kontrolü, aşi, erken tanı ve tedavidir. Çevreye yönelik koruyucu hizmetler ise; işi yeri güvenliği ve sağlığı, besin güvenliği, konut hijyeni, hava kirliliğinin takibi, yeterli ve temiz su temin edilmesi ve atık kontrolüdür (Tabak 2000). Ayrıca sahip olunan kaynakların verimli kullanılması, toplumun evre konusunda bilinçlendirilmesi gibi davranışlar çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine örnek olarak verilebilmektedir (Sargutan 2005).

Sosyal devlet anlayışi sağlık hizmetlerinin devlet eliyle yapılmasını sağlamaktadır. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulmaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumunda maddi durum göz önünde bulundurulmaz, önemli olan halk sağlığını korumak ve geliştirmek için hastalıkların azaltılmasıdır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde tüm toplumun yararını dikkate almak söz konudur (Kurtulmuş 1998).

Kamu kurumları tarafından maddi talepte bulunmadan sunulan koruyucu sağlık hizmetleri; Sağlık Evleri, Aile Sağlığı Merkezleri, dispanserler, revirler, Ana ocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri ve laboratuvarlar tarafından verilmektedir (Kavuncubaşi 2000).

Hastalıkları önlemek için bireylere sunulan koruyucu sağlık hizmetleri, aslında toplumun sağlığının geliştirilmesini sağlar. Ayrıca orta ve uzun vadede çeşitli risklere sebep olan ve toplum sağlığını tehlikeye atan çevresel faktörler de değerlendirilmektedir (elikay ve Gümüş 2010).

Koruyucu sağlık hizmetlerinin kişiye ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler olarak ele alınmasının yanı sıra koruyucu sağlık hizmetleri; primer (birincil) koruma, sekonder (ikincil) koruma ve tersiyer (ncl) koruma olarak üç düzeyde incelenmektedir.

2.1.1.1.1. Primer (birincil) koruma

Primer koruma, bireysel ya da toplumsal düzeyde sağlığın korunması amacıyla; sağlıklı beslenme, bağışıklama, evre güvenliği ile psikolojik ve fiziksel olarak iyi olmak için önlem alınmasıdır (Tabak 2000).

Halk sağlığının geliştirilmesi hedeflenerek evre güvenliği, bağışıklama, sağlıklı beslenme, fizyolojik ve psikolojik olarak iyiliğin sağlanması için tedbir alınmasıdır (Hayran ve Sur 1998). Kısaca hastalıklar daha oluşmadan önce bireyin hastalıklara karşı korunması için alınan tüm tedbirler birincil koruma başlığı altında incelenir.

2.1.1.1.2. Sekonder (ikincil) koruma

Sekonder koruma, herhangi bir hastalık tespitinde erken tanı ve tedavi ile hastalığın ilerlemesinin önlenmesi için uygulanan korumadır (Tabak 2000).

Toplum sağlığını korumak için erken tanı ve tedavi için gerekli önlemlerin alınmasıdır (Hayran ve Sur 1998). İkincil korumada esas olan hastalıkların presemptomatik döneminde teşhis edilmesi ve uygun tedaviye yönlendirilmesini esas alır. Böylece bireyler için uygun tedavisi olan hastalıklara yönelik erken tanı hizmeti sunulur. Böylece bireyler için uygun tedavisi olan hastalıklara yönelik erken tanı hizmeti sunulur. İkincil koruma ile bireyleri hem yaşam süreleri uzatılır, hem de yaşam kalitesi yüksek daha sağlıklı bir ömür geçirmeleri sağlanmış olur.

2.1.1.1.3. Tersiyer (ncl) koruma

Tersiyer koruma rehabilite edici hizmetler olarak değerlendirilmektedir. Çünkü bazı durumlarda hastalıklara bağlı olarak engellilik gibi sorunlar oluşabilmektedir. Bu noktada hastalığın olumsuz etkisinin en aza indirgenmesi ve kişinin yaşam kalitesinin arttırılması için tersiyer korumaya ihtiyaç vardır (Tabak 2000).

Rehabilite edici hizmetler olarak belirtilen tersiyer koruma, hastalık nedeniyle ortaya çıkan sekillere engel olmak, hastanın sağlık durumuna uyum sağlayarak yaşam standartlarının arttırılması için tedbir alınmasıdır (Hayran ve Sur 1998). ncl koruma ile ayrıca hastalıkların nks etmesi de nlenmeye çalışılır. Bireyin toplumsal yaşam içerisinde daha sağlıklı bir yaşam sürdürmesi temin edilmiş olur.

2.1.1.2. Halk sağlığı hizmetleri bağlamında sunulan koruyucu sağlık hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, halk sağlığı hizmetleri içerisinde ele alınıp alanda genellikle birinci basamak sağlık hizmetlerine entegre edilerek sunulan hizmetlerdendir. Bununla birlikte ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunulan birimlerce de sağlandığı görülebilir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin toplum içerisinde nasıl ve nerede sunulacağına ilişkin yasal düzenlemelerde hizmetin en uçta örgütlendiğı yer olarak Sağlık Bakanlığı'na bağlı İl Sağlık Müdürlükleri Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlıkları olduğı görülmektedir. Başkanlığa bağlı Aile Sağlığı Merkezleri ve birimleri, Sağlıklı Hayat Merkezleri başta olmak üzere birçok hizmet biriminin örgütlendiğı görülmektedir. Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde ise verilen hizmetlerin etkinliğı ve verimliliğı için koruyucu sağlık hizmetleri; toplum sağlığı hizmetleri, bulaşıcı hastalıklar ve kontrol programı, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve programlar, çocuk ergen kadın ve üreme sağlığı hizmetleri, çevre sağlığı hizmetleri, çalışan sağlığı hizmetleri, ruh sağlığı programları tütün ve diğer bağımlılık yapıcı maddeler ve kanser olmak üzere çeşitli şubelere ayrılmıştır. Her şubenin verdiğı hizmet farklı olup ortak noktaları ağırlıklı olarak koruyucu sağlık hizmeti sunulmasıdır.

Halk sağlığı hizmetleri bağlamında sunulan koruyucu sağlık hizmetleri ve bu hizmetlerin görevleri aşağıda yer almaktadır:

2.1.1.2.1. Toplum sağlığı hizmetleri

Toplum sağlığı hizmetlerinin görevleri; sağlık hizmetinin verilebilmesi için gerekli personel planlamasını yapmak, sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak için eğitimler organize etmek, toplumdaki göç dalgalarını takip etmek, koruyucu ağız diş sağlığı hizmetlerinin verilmesini sağlamak, cezaevlerinde verilen sağlık hizmetlerinin devamlılığını sağlamak, evde sağlık ve bakım hizmetlerini yürütmek, hizmet içi eğitimler yapmak, Milli Eğitim Müdürlükleri ile koordineli çalışarak öğrenciler için koruyucu sağlık hizmeti sunmak, üniversiteler ile işbirliğı yapmak ve gezici sağlık hizmeti sunmaktır (<https://hsgm.saglik.gov.tr>*, Erişim tarihi: 17 Ocak 2019).

* https://hsgm.saglik.gov.tr/dosya/mevzuat/yonergeler/THSK_tasra_yonergesi_guncel.pdf

2.1.1.2.2. Bulaşıcı hastalıklar ve kontrol programı

Bulaşıcı hastalıklar ve kontrol programının görevleri; sağlık hizmetinin verilebilmesi için diğer birimler ile işbirliği yaparak personel planlaması yapmak, diğer kamu/özel kurum veya kuruluşlarla koordineli çalışmak, personele yönelik hizmet içi eğitim planlamak, bulaşıcı ve zoonotik hastalıklar ile ilgili hizmet planı hazırlamak, bulaşıcı hastalıklar ile ilgili sağlık hizmeti sunmak için ihtiyaç duyulan malzemeleri uygun bir şekilde depolayıp ihtiyaç halinde dağıtımını yapmak, verilen hizmetleri değerlendirerek aksaklıkları tespit etmek, herhangi bir bulaşıcı hastalığın ortaya çıkması durumunda hastalığın bulaşma ve yayılma durumunu tespit ederek gerekli alan çalışmasını yapmak, hastalığın ana kaynağını ve bulaşma sırasını belirleyerek hastalığın ortadan kaldırılması için diğer kurumlarla işbirliği yapmak, ihbar edilmesi zorunlu olan hastalıklarla ilgili ihbarların zamanında yapılabilmesi için diğer kurumlarla iletişim halinde olmak, ihbar sisteminin aktif olmasını sağlamak, bulaşıcı hastalıklarla ilgili numuneleri uygun bir şekilde almak, toplumdaki göç hareketlerini izleyerek dışarıdan gelen hastalıkların yayılmadan önlemine almak, sıtma hastalığı ile ilgili çalışmaları yürütmek, salgın afet durumlarında gerekli çalışmayı yapmak ve çalışmalarıyla ilgili gerekli istatistiği oluşturmaktır (<https://hsgm.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 17 Ocak 2019).

2.1.1.2.2.1. Tüberküloz

Tüberküloz ile ilgili çalışmalar; tüberkülozun kontrol edilebilmesi için diğer birimlerle koordineli çalışarak gerekli personel planlamasını yapmak, tüberküloz vakalarını takip etmek, tüberküloz ile ilgili yapılan alan çalışmalarını koordine etmek, tüberküloz vakaları ile ilgili istatistikleri oluşturmak, tüberküloz ile ilgili farkındalığın artırılması için eğitimler düzenlemek, tüberküloz ile ilgili hizmet içi eğitimler yapmak, uygun numunenin alınarak ilgili laboratuvarında incelenmesini sağlamak ve hizmetlerin yürütülmesi için diğer kamu/özel kurum ve kuruluşlarla işbirliği halinde çalışmaktır (<https://hsgm.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 17 Ocak 2019).

2.1.1.2.2.2. Aşı

Aşı ile ilgili görevler; aşı hizmetinin verilebilmesi için gerekli olan malzemeleri temin ederek ilgili birimlerle koordineli çalışmak, bağışıklama hizmetlerinin verilmesi için diğer kamu/özel kurum ve kuruluşlarla işbirliği halinde çalışmak, soğuk zincir

uygulamasına dikkat etmek, malzemelerin depolanmasını ve dağıtımını sağlarken gerekli kayıtları oluşturmak, aşılama hızını tespit etmek ve değerlendirmek, ihtiyaç halinde hizmet içi eğitimler düzenlemek, aşı programlarına toplumun katılımını sağlamak ve Aşı Sonrası İstenmeyen Etki İzleme Sisteminin etkililiğini sürdürmektir (<https://hsgm.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 17 Ocak 2019).

2.1.1.2.3. Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve programlar

2.1.1.2.3.1. Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kronik durumlar

Bulaşıcı olmayan hastalıklar ve kronik durumlar ile ilgili yıllık plan hazırlamak, sağlık hizmetinin verilebilmesi için diğer birimlerle koordineli çalışarak personel planlaması yapmak, kronik hava yolu hastalıkları ile kalp ve damar hastalıkları ile ilgili gereken çalışmaları yapmak, sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlara engellilerin ulaşımını sağlamak amacıyla diğer kurumlarla çalışmalar yapmak, engellilik alanında bedensel ve zihinsel engelliliği önlemek için yapılan çalışmalara katılmak, ev kazaları, trafik kazaları vb. kazaların önlenmesi için diğer kurumlarla koordineli çalışmak ve yaşlı sağlığı ile ilgili hizmetleri yürütmektir (<https://hsgm.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 17 Ocak 2019).

2.1.1.2.3.2. Obezite, diyabet ve metabolik hastalıklar

Obezite, diyabet ve metabolik hastalıklar ile ilgili yıllık programlar yapmak, uygun sağlık hizmetinin verilebilmesi için diğer birimlerle koordineli çalışarak gerekli personel planlamasını yapmak, Türkiye Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat, Türkiye Diyabet Önleme ve Kontrol ile Türkiye Aşırı Tuz Tüketiminin Azaltılması Programlarının faaliyetlerinin devamlılığını sağlamak, hareketli yaşam ve sağlıklı beslenme ile ilgili toplumda farkındalık oluşturmaktır (<https://hsgm.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 17 Ocak 2019).

2.1.1.2.4. Çocuk ergen kadın ve üreme sağlığı hizmetleri

Çocuk ve ergen sağlığı ile ilgili istatistiksel çalışmalar yaparak bu konuyla ilgili sorunları tespit etmek ve sorunların çözümü için faaliyetlerde bulunmak, bebek ve çocuk ölümlerinin azaltılması için politikalar oluşturmak, NTP kapsamında yapılan çalışmaları yürütmek, çocuk ve ergen sağlığı ile ilgili halka yönelik ve personele yönelik eğitimler yapmak, yürütülen programlar doğrultusunda ulusal ve uluslararası

kurumlarla koordineli çalışmak, evrensel düzeyde gelişmeleri takip ederek güncel yaklaşım ve bilgileri takip etmek, gençlerin üreme sağlığı ile ilgili bilinçlenmesini sağlamak, adölesan gebeliklerin önlenmesi için çalışmalarda bulunmak ve yapılan çalışmalarla ilgili seminer, kongre, sempozyum vb. etkinliklere katılmaktır (<https://hsgm.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 17 Ocak 2019).

2.1.1.2.5. Çevre sağlığı hizmetleri

Çevre sağlığı ile ilgili projeler hazırlamak, uygun sağlık hizmetinin verilebilmesi için gerekli personel planlaması yaparak malzemeleri temin etmek, biyosidal ürünlerle ilgili izin çalışması yapmak, hizmet içi eğitim yapmak, görev alanına giren konularla ilgili numune alarak numunenin analizinin yapılmasını sağlamak, sağlıklı ve yeterli içme suyu sağlamak için gerekli önlemleri almak ve bu konuyla ilgili komisyonlara katılmak, su tesisleri ve kaplıcaların izin faaliyetlerini yürütmek, yüzme suyu ile havuz suyunu değerlendirmeye yönelik çalışmalarda bulunmak, doğal afet durumunda diğer kurum ve kuruluşlarla koordineli çalışarak uygun çevre sağlığı hizmeti vermek, görevleri kapsamında olan materyaller ile ilgili topluma yönelik farkındalık oluşturmak, çevre sağlığı ile ilgili görüş, şikâyet ve talepleri değerlendirmek, halkın sağlığı için açık ve kapalı mekânlarda denetim yapmak, kanalizasyon sistemleri ile ilgili fikrini belirterek konuyla ilgili çalışmalara katılmak ve konut sağlığı ile ilgili şikâyetleri dikkate almaktır (<https://hsgm.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 17 Ocak 2019).

2.1.1.2.6. Çalışan sağlığı hizmetleri

Çalışan sağlığı ile ilgili yıllık program yapmak, gerekli sağlık hizmetinin verilebilmesi için personel ve araç-gereç temininde bulunmak, çalışan sağlığı ile ilgili projeler yapmak, iş kazaları ve meslek hastalıkları ile ilgili diğer kurum ve kuruluşlarla koordine içinde olup gerekli faaliyetleri yürütmek, iş kazaları ve meslek hastalıkları ile ilgili doğru bildirim yapılmasını sağlamak, meslek hastalıkları ile ilgili tarama programlarını yürütmek, personele yönelik mobbingi takip ederek konuyla ilgili değerlendirme ile raporlama yapmak, sağlık personeline yönelik hizmet içi eğitim yapmak ve iş yeri hekimliği çalışmalarını yürütmektir (<https://hsgm.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 17 Ocak 2019).

2.1.1.2.7. Ruh sağlığı programları tütün ve diğer bağımlılık yapıcı maddeler

2.1.1.2.7.1. Ruh sağlığı programları

Ruh sağlığı programlarının görevleri; ruh sağlığı ile ilgili yıllık program hazırlamak, uygun sağlık hizmetinin verilebilmesi için diğer birimlerle işbirliği yaparak personel temin etmek, birinci basamak sağlık kurumlarında koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesini sağlamak, kronik ruhsal hastalığı olan kişilerin tanı, tedavi, izlem ve rehabilitasyon süreçleri ile ilgili faaliyetleri yürütmek, toplum temelli ruh sağlığına yönelik çalışmalarda bulunmak, ayrımcılık ve damgalamayı önlemek için çalışmalar yürütmek, intiharı önlemek ya da azaltmak için topluma yönelik çalışmalar yapmak, çocukluk döneminde başlayan otizm spektrum bozukluğu vb. kronik ruhsal bozukluklar ile ilgili erken tanı çalışması yapmak, Çocuk İzlem Merkezlerinin geliştirilmesine yönelik faaliyetlerde bulunmak, mobbinge yönelik farkındalık çalışması yapmak, aile içi şiddet ve kadına yönelik şiddeti önlemek için eğitim faaliyetleri yapmak, hizmet içi eğitim yapmak, koruyucu ruh sağlığına yönelik afiş, broşür vb. materyaller hazırlamak ve diğer kamu/özel kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmaktır (<https://hsgm.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 17 Ocak 2019).

2.1.1.2.7.2. Tütün ve diğer bağımlılık yapıcı maddeler

Çalışma alanı içine giren konularla ilgili yıllık planlama yapmak, gerekli sağlık hizmetinin verilebilmesi için diğer birimlerle işbirliği yaparak personel temin etmek, Ulusal Tütün Kontrol Programı'nı yürütmek, İl Tütün Kontrol Kurulu'nun sekreteryasını yapmak, tütün ile ilgili denetim yaparak denetimleri raporlandırmak, tütün ve alkol kullanımı, madde bağımlılığı ile ilgili halka yönelik bilinçlendirme faaliyetlerinde bulunmak, İl Bağımlılık Yapıcı Maddelerle Mücadele Kurulunun sekreteryasını yapmak, uçucu maddelerin denetimini sağlamak, sigara bıraktırmaya yönelik çalışmalar yapmak, sürücü davranışlarını geliştirme eğitimleri ile ilgili planlama yapmak ve alanına giren konularda kamu/özel kurum ve kuruluşlarla işbirliği halinde çalışmaktır (<https://hsgm.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 17 Ocak 2019).

2.1.1.2.8. Kanser taramaları

Kanser çalışmaları ile ilgili yıllık planlama yapmak, uygun sağlık hizmetinin verilebilmesi için diğer birimlerle işbirliği yaparak personel planlaması yapmak, analiz için kullanılan örneklerin ve verilerin toplanması için çalışma yapmak, kanser kayıtçılığı faaliyetlerini sürdürmek, kanser nedeniyle ölen kişilerin değerlendirmesini yapmak, halka ve personele yönelik eğitim düzenlemek, Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM) hizmetlerinin yürütülmesini sağlamak, halkın kanser ile ilgili bilinçlendirilmesi için diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği yapmak, aile hekimleri ve KETEM arasında iletişimi sağlamak, KETEM personelini geliştirmeye yönelik çalışmalar yapmak ve İl Kanser Danışma Kurulunun sekretarya çalışmasını yapmaktır (<https://hsgm.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 17 Ocak 2019).

Belirtildiği üzere, “Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Taşra Teşkilatı Hizmet Birimlerinin Görevleri, Çalışma Usul ve Esasları ile Kadro Standartları Hakkındaki Yönerge” ile koruyucu sağlık hizmeti sunan şubelerin görevleri belirlenmiştir. Daha sonra ise 694 sayılı kanun hükmünde kararname ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’ne dönüşmesi ile yeniden yönerge oluşturulmuş ve şubeler birimlere dönüştürülmüştür.

“Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge” ile her ilin nüfusuna göre birim sayılarında sınırlamaya gidilmiş ve bazı birimlerin isim ve kapsamlarında değişiklikler yapılmıştır. Örneğin yönerge kapsamında Göç Sağlığı Birimi kurulmuş olup daha önce aynı şube kapsamında değerlendirilen Ruh Sağlığı ile Bağımlılık Yapıcı Maddeler birbirinden ayrılarak ayrı birimler olmuşlardır. Bunun yanı sıra Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Şubesi kapsamında koruyucu sağlık hizmeti sunan Obezite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar, Sağlıklı Beslenme ve Hareketli Hayat Birimi olarak değiştirilmiştir. Ayrıca daha önce Bulaşıcı Hastalıklar Şubesi kapsamında olan aşı ve tüberküloz programları da ayrı birer birim haline getirilmişlerdir (<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr>*, Erişim tarihi: 17 Ocak 2019).

*<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/11823,saglik-bakanligi-tasra-teskilati-kadro-standartlari-ile-calisma-usul-ve-pdf.pdf?0>

2.1.1.2.9. Yenidoğan tarama programı (NTP)

Tarama programlarının çok çeşitli tanımları yapılmaktadır. Ancak günümüzdeki en yaygın tanıma göre tarama programları; hastalıkların ortaya çıkmasına sebep olan risk faktörlerini önceden tespit edilmesi, tespit edilen hastalıklara yönelik tedavinin geliştirilmesi ile birincil ve ikincil korumayı içeren çalışmalardır. Toplum taramalarının iki tane amacı bulunmaktadır. Bu amaçlardan ilki henüz hastalık belirtileri yokken hastalığı erken teşhis etmek, bir diğer amacı da hasta olma ihtimali bulunan bireyleri tespit etmektir. Bu amacın gerçekleştirebilmesi için ilk önce yapılması gereken sağlık personellerine yönelik farkındalık artırıcı çalışmaların yapılmasıdır. Tarama programlarının amacına ulaşması için öncelikle sağlık personelinin duyarlı olmasına ihtiyaç vardır. Tarama programları ile toplumda sağlıklı olanlar ve hastalık şüphesi olanlar tespit edilir. Hastalık şüphesi olanların ileri tetkikleri yapılarak hastalığın olup olmadığının kesinleşmesi için gerekli araştırmalar yapılır (Güven Tezcan 2017).

Bireyler genellikle herhangi bir hastalık belirtisi ile karşılaştıkları zaman hekime başvurmakta, bu durum ise hastalığın tedavisi için geç kalınmasına sebep olmaktadır. Ancak tarama programları erken teşhis için oldukça önemli bir araçtır. Bireyler hasta olup kendileri sağlık kuruluşuna başvurmadan önce, yapılacak taramalar ile erken teşhis yapılarak kalıcı sekellerin önüne geçilebilir, toplumdaki iş gücü kaybı önlenir. Bu durum ise halk sağlığının korunmasını sağlar (Güven Tezcan 2017).

Toplum taramalarının çeşitli ilkeleri vardır. Öncelikle tarama kapsamına alınan hastalığın toplum tarafından önemli bir sağlık sorunu olarak algılanması gerekir. Çünkü tarama kapsamına alınan hastalık, kalıcı sekellere yol açarak toplum sağlığını tehdit etmekte ve önemli bir halk sağlığı sorunu olarak görülmektedir. Bir diğer ilke ise, hastalığın tarama programına kapsamına alınabilmesi için gerekli bütün laboratuvar ve tedavi hizmetleri için uygun alt yapının olması gerekmektedir. Erken teşhis için yeterli tıbbi donanıma sahip olmak oldukça önemlidir. Bazı hastalıklar çok kısa bir sürede bireyin bünyesine zarar vermekte ve kısa bir süre içinde bireyin ölümüne bile sebep olabilmektedir. Tarama programına alınacak hastalıkların ise belirli bir ilerleme evresinin olması gerekir. Çünkü çok hızlı bir şekilde ilerleyen ve bireye ne kadar zarar vereceği öngörülemeyen hastalıkların tarama programı kapsamına alınması doğru değildir. Bir diğer konu ise tarama programı kapsamına

alınan hastalığın nasıl tedavi edilebileceğine yönelik tıbbi çalışmalardır. Alanında uzman kişilerce tedavinin nasıl olacağı belirlenerek bu durum yapılacak protokoller ile güvence altına alınmalıdır. Tarama programlarında önemli olan bir diğer konu ise maliyettir. Taranan hastalığın erken tanı ve tedavi masrafları ayrıntılı bir şekilde hesaplanmalı ve bu masraflar tarama programının maliyetini aşmamalıdır. En önemli ilke ise süreklilik ilkesidir. Çünkü tarama programı bir defalık yapılabilecek herhangi bir proje çalışması gibi değerlendirilmemelidir. Tarama programının devamlılığı sağlanmalıdır (Güven Tezcan 2017).

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen çeşitli tarama programları bulunmaktadır. Bu tarama programlarından biri de NTP' dir.

Sağlık Bakanlığının 2006/130 sayılı genelgesi ile ülke genelinde yürütülen NTP kapsamında çalışmalar devam etmektedir (<https://www.saglik.gov.tr>*, Erişim Tarihi: 19 Şubat 2019). Öncelikle bu program Fenilketonüri Tarama Programı olarak 1987 yılında başlatılmış olup 1993 yılında tüm Türkiye'de yaygınlaştırılmıştır. Sonrasında da 25.12.2006 tarihinde NTP Türkiye genelinde uygulanmaya başlanmış ve programa Konjenital Hipotriodi eklenmiştir. 2008 yılında ise tarama programına Biotinidaz Eksikliği eklenmiş olup, son olarak 2014 yılında Kistik Fibrozis eklenmiştir.

Doğum sonrasında dünyaya gelen yenidoğan bebeğe yönelik çeşitli uygulamalar yapılmaktadır. Yenidoğan bebeklere uygulanan Hepatit B, K vitamini gibi girişimlerin yanı sıra Fenilkeranüri ve Hipotriodi gibi bazı hastalıkların tespit edilebilmesi için bebeklerden topuk kanı örneği alınmaktadır. Topuk kanı alma, ulusal düzeyde uygulanan yaygın bir uygulamadır (Tanyalçın 2002). NTP, birçok çocuğun sağlıklı olmasını sağlayan, ulusal düzeyde uygulanan sistematik bir uygulamadır (Green ve ark. 2006).

NTP birçok ülkede çeşitli hastalıkların taranması ve tarama sonucuna göre gerekli önlemlerin alınması için yapılmaktadır. Tarama testlerinin bölgeler arasında değişim göstermesinin yanı sıra yapılan uygulamalar ülkelerin teknolojik gelişmeleri, siyasi durumu ve ekonomik koşullara göre değişiklik göstermektedir. Teknolojinin gelişmesiyle test metotları da gelişmektedir (Tanyalçın 2002).

* <https://www.saglik.gov.tr/TR,11079/neonatal-tarama-programi-genelgesi-2006--130.html>

NTP kapsamında her ilin beklenen doğum sayıları dikkate alınarak illere Guthrie* kâğıtları gönderilmektedir. İl Sağlık Müdürlükleri belirtilen Guthrie kâğıtlarının sağlık kurumlarına dağıtılmasını sağlamaktadır. Sağlık kurumlarında Guthrie kâğıtlarına alınan topuk kanı örnekleri İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmektedir. İl Sağlık Müdürlüklerine iletilen kan örnekleri, laboratuvar merkezine gönderilerek test edilmekte ve sonuçları elektronik olarak İl Sağlık Müdürlüklerine bildirilmektedir. Tanı alma ihtimali olan şüpheli bir vaka ile karşılaşıldığında hemen ilgili sağlık kurumları ile iletişim kurularak gerekli yönlendirme ve bilgilendirme yapılmaktadır (Arslan 2010).

NTP' nin yürütülmesini sağlayan ebe, hemşire ve doktor gibi sağlık meslek elemanları mevcuttur. Programın etkili ve verimli uygulanabilmesi için programı yürüten sağlık personellerinin de iyi eğitim almış olması gerekmektedir (Ozalp 2000).

NTP kapsamında doğumdan sonraki 48-72 saat aralığında bebeklerin topuk kan örneği alınarak dört tane hastalık teşhis edilmektedir. Bu hastalıklar Konjenital Hipotriodi, Fenilketonüri, Biotinidaz Eksikliği ve Kistik Fibrozistir. Ulusal düzeyde tüm bebeklerden NTP kapsamında topuk kanı örneğinin alınması ve tarama programı dışında kalmış bebeklerin olmaması oldukça önemlidir. Topuk kanı örneğinden taranan hastalıklardan Fenilketonüri kalıtsal metabolik bir hastalıktır. Erken teşhis edilemeyip tedavinin yapılmadığı durumlarda zihinsel gerilik söz konusudur. Taranan bir diğer hastalık Konjenital Hipotriodi ise tiroit bezinin gelişimsel sorunlarını nedeniyle ortaya çıkan, tiroit hormon yetersizliği olarak kabul edilen bir durumdur. Teşhisi ve tedavisinde geç kalınan vakalarda ileri düzeyde zekâ geriliği ve asimetric küçüklük ortaya çıkmaktadır. Biotinidaz Eksikliği ise işitme ve görme kaybı ile nörolojik belirtiler göstererek sonu ölümle bile sonuçlanabilecek bir durumdur. Bu nedenle erken tanı ve tedavi çok önemlidir (Gönenç ve Çiçek 2016). Son olarak Kistik Fibrozis de kalıtsaldır. Hastalık, solunum sistemi ve sindirim sistemi gibi sistemleri etkileyebilmektedir. Bu nedenle vücutta enfeksiyon oluşmasına neden olmaktadır. Kistik Fibrozis özellikle Batı Avrupa ülkelerinde yaygın olarak görülür ve görülme sıklığı 1:2500 dür. Hastaların %75'i yaşamlarının ilk yılında tanı almaktadırlar. Erken

* Guthrie testi Amerikalı bakteriyolog olan Robert Guthrie'nin adıyla anılan bakteriyolojik inhibisyon testidir. Bebeğin kanı emdirilmiş kâğıt örneği, B-2 thienylalanin içeren agaroz jel plağı üzerine ekilen *Basillus subtilis* ekilmiş alan üzerine yerleştirilip bir gün bekletilir. Üremenin varlığına ve diğer özelliklerine göre değerlendirme yapılır.

tanı yaşam kalitelerini oldukça arttırmaktadır (Geaghan 2012). Kistik Fibrozis değerinin yüksek çıkması durumunda ter testi ve devamında gen mutasyon analizi yapılmaktadır (Üstü ve Uğurlu 2016).

Fenilketonüri ve diğer kalıtsal hastalıklar için kitlesel yenidoğan taraması, zihinsel gerilemenin önlenmesinde önemli bir halk sağlığı programıdır. 1970'li yılların başlarında hastanelerde Fenilketonüri taraması için uygun koşullar oluşturularak taramanın yapılması, Amerika Birleşik Devletleri' ne bağlı çoğu eyalette yasa tarafından zorunlu olduğu kabul edilmiştir (Childs ve ark. 1975).

Ülkemizde bireylerin doğum sayısının fazla olması ve akraba evliliklerinin yaygın olması nedenleriyle doğumsal metabolizma hastalıkları ile daha fazla karşılaşmaktadır. Ülkemizde 1:4500 sıklığında görülen Fenilketonüri genelde 1:10000 sıklığındadır. Ayrıca ülkemizde 1:11000 sıklığında rastlanılan Biotinidaz Eksikliği genelde 1:60000 sıklığında görülmektedir (Arslan 2010).

Ülkemizde ulusal düzeyde uygulanan NTP ile geç fark edilmesi halinde kalıcı sekeller bırakabilecek dört hastalık taranmakta ve erken teşhis ile binlerce hayat kurtarılmaktadır. NTP halk sağlığı hizmetleri kapsamında sunulan çok önemli bir koruyucu sağlık hizmetidir. Sağlık kurumları aracılığıyla sunulan bu koruyucu sağlık hizmeti, ebeveynler tarafından kabul edilebildiği gibi bazı ebeveynler tarafından da reddedilmektedir. Ancak ailenin kararı her ne olursa olsun ailenin NTP' ye yönelik davranışı, sağlık davranışıdır. Sağlık davranışı kavramı ise oldukça kapsamlı bir kavram olup bireylerin sağlık alanı ile ilgili kararlarını şekillendiren ve üzerinde durulması gereken bir konudur.

2.2. SAĞLIK DAVRANIŞI

Sağlıkla ilgili üç tür davranış tanımlanmaktadır. Bu davranışlardan ilki sağlık davranışıdır ve hastalıkları önlemek için yapılan davranışları ifade eder. Bir diğeri hastalık davranışıdır ve hastalığın ortaya çıkması halinde hastalığa çözüm aranan davranıştır. Son olarak da hasta rolü davranışı vardır. Hastalığın tedavisi belirlendikten sonra tedaviye yönelik her türlü davranıştır (Kasl ve Cobb 1966).

Bireylerin hasta olmamak için önlem alması veya sağlığını korumak için inandığı ve yaptığı davranışlarının bulunması “sağlık davranışı” olarak adlandırılmaktadır (Özer ve ark. 2002).

Sağlık davranışı; birey, grup ve toplumun yaşam kalitesinin artırılması, sosyal değişim, politika üretme ve baş etme kapasitelerinin artırılması ile yakından bağlantılıdır (Parkerson ve ark. 1993).

Son yirmi yılda sağlık davranışı ile ilgili yapılan araştırmalar artmış olup sağlık davranışı kavramı gittikçe geliştirilmiştir. Sağlık davranışı iletişim, sosyoloji, psikoloji ve sağlık ile ilgili branşlar gibi farklı disiplinler tarafından incelenmektedir. Son zamanlarda tarama programlarının geliştirilmesiyle beraber bireylerde kalıcı sekellerin önüne geçilmesi için bireysel ve toplumsal çaba artmıştır. Bu nedenle bireylerin ve toplumun sağlık davranışlarının nasıl olduğu oldukça önemlidir (Glanz ve ark. 2002).

Sağlık davranışları iki varsayıma dayanmaktadır. Bunların ilki; gelişmiş ülkelerde bireylerin ölüm sebeplerinin sağlık davranışlarıyla ilgili olduğu ve bu davranışların değiştirebileceğidir. İkinci varsayım ise sağlığın geliştirilmesinin bireyin sağlık kavramını nasıl algıladığı ve sağlığa zararlı davranışların engellenmesi ile ilişkili olduğudur (Türkeri 2006).

Sağlık davranışı çeşitli düzeylerden etkilenmesine rağmen sağlık davranışını etkileyen faktörler bireysel, kişiler arası, kurumsal, toplumsal ve politikalar olmak üzere beş seviyede belirtilmiştir (McLeroy ve ark. 1988).

Sağlık davranışları ile bireylerin kişisel alışkanlıkları arasında ilişki vardır. Bireylerin alışkanlıkları, sağlık davranışlarını etkilemektedir. Sağlıkla ilgili olarak gelişen bir alışkanlık iyi derecede kazanılmış ve genellikle kendiliğinden gerçekleşen bir sağlık davranışdır. Sağlık davranışı, sağlıklı bir şekilde yaşamının ve hastalıklardan korunmanın ana etkenidir. Sağlık davranışı uygulama ve kaçınma olmak üzere iki ekseninde değerlendirilmektedir. İnsanların büyük bir çoğunluğu temel sağlık alışkanlıklarını bilmelerine rağmen bu davranışları uygulamamaktadırlar. Bununla beraber sağlığını tehlikeye atan davranışlarda bulunan birey sayısı da oldukça fazladır. Yaşanan bu çelişkili durum nedeniyle insanların sağlık alışkanlıkları kazanmaları için insanları yönlendirme, bilgilendirme ve ikna etme önemli bir çalışma alanıdır. Bilgi sahibi olmanın davranış değişikliğinde önemli olduğu her zaman dile

getirilen bir konu olmuştur. Bu nedenle sağlık davranışlarının kazanılması için öncelik bilgilendirmenin doğru zamanda ve yerinde yapılmasıdır (Tabak 2000).

Sağlık davranışlarına etki eden en önemli faktörlerden biri sağlık inançlarıdır.

2.2.1. Sağlık İnançları

Sağlık psikolojisi alanında yapılan pek çok araştırmada sağlık inançlarının davranışların belirlenmesinde temel olduğu vurgulanmaktadır, çünkü sağlık inancının değiştirilmesi için sadece bilgilendirmenin yeterli olmadığı, aynı zamanda insanların ne düşündüğü de anlamamız gerektiği ifade edilmektedir (Ogden 2016).

Sağlık inançları; Atıf Kuramı (sağlık kontrol odağı kavramı) , gerçekçi olmayan iyimserlik açısından incelenen risk algısı, riski telafi etme, Kendini Onaylama Kuramı, Günü ve Öz Belirleme Kuramı ile öz yeterlik olmak üzere dört temel yaklaşımla ele alınmaktadır. Atıf Kuramı sağlıkla ilgili davranışların araştırılması için kullanılmaktadır. Atıf Kuramı kendine atıf (bireyin kendi davranışları hakkındaki atıfları) ve diğerine atıf (diğer insanların davranışları hakkındaki atıf) olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Ayrıca atıfların içsel-dışsal, sabit-değişken, genel-özel ve kontrol edilebilir-kontrol edilemez olarak boyutları vardır. Atıf Kuramı' nın içsel-dışsal boyutu sağlık kontrol odağı kavramı ile yakından ilişkilidir. Bireyler olayları kendileri tarafından kontrol edilebilen (iç kontrol odağı) ve kontrol edilemeyen (dış kontrol odağı) olarak ayırma eğilimindedirler. (Ogden 2016). Atıf Kuramı' nın öncüsü Heider' e göre her insan davranışlarını çeşitli kuramlarla açıklar ve insanlar yaşadıkları olayları nedenselliğe dayandırır. Bunun nedeni ise içinde bulunulan koşullarda tutarlı olup denge sağlamak ve çevreyi kontrol etmektir (Bertram 2008). Bireylerin davranışlarının nedenlerini anlamak için Atıf Kuramı sıklıkla kullanılan bir kuramdır.

Temel sağlık inançlarında risk algısı da önemlidir. Örneğin uzun yıllar sigara içen ancak 85 yaşına kadar yaşayan bir büyükanneye sahip birey, ne kadar fazla sigara içerse içsin uzun ömürlü olacağına inanabilmektedir. Risk algısı gerçekçi olmayan iyimserlik, riskin telafi edilmesi ve Kendini Onaylama Kuramı olmak üzere üç çerçevede incelenmektedir. Bu kapsamda gerçekçi olmayan iyimserlik Weinstein tarafından tanımlanmıştır. Weinstein gerçekçi olmayan iyimserliğe etkide bulunan dört faktör belirlemiştir. Bu faktörler;

Belirlenen sorun ile ilgili tecrübesizlik,

Problemin davranışlarla engellenebileceği inancı,

Sorunun hiçbir zaman ortaya çıkmayacağı inancı,

Sorunun sık ortaya çıkmadığına dair inançtır (Weinstein 1983).

Riskin telafi edilmesi, bireyin riskli davranışta bulunurken, bu davranışın olumsuz etkisini azaltmak için yaptığı herhangi bir sağlık davranışdır. Kendini Onaylama Kuramı ise bireyin yapmakta olduğu riskli davranışından vazgeçmemesi ve bu durumu kendisinin onaylamasıdır (Ogden 2016).

Güdü ve Öz Belirleme Kuramı ise, kişinin herhangi bir sağlık davranışında bulunmaya başlaması ya da bu davranışı değiştirmesi için güdülenmesi gerektiğini kabul etmektedir. Güdülenme kuramı, özerk güdüler ve kontrollü güdüler ekseninde değerlendirilir (Deci ve Ryan 2000).

Öz yeterlilik ise bireyin karşılaşacağı durum karşısında bu durumla baş edebileceği yönünde inançlı olmasıdır. Bu kavram saldırganlık, yeme bozukluğu gibi bazı davranışları açıklamak için kullanılmıştır (Bandura 1977).

Sonuç olarak sağlık inançları birçok etken kapsamında değerlendirilmektedir. Atıf Kuramı, gerçekçi olmayan iyimserlik, riski telafi etme, kendini onaylama, öz belirleme öz yeterlik dışında sağlık inançları ve davranışları bazı davranış modelleri ile yorumlanmaktadır.

2.2.2. Sağlık Davranış Modelleri

Sağlık davranışı çeşitli kuramlar ile açıklanmaktadır. Sağlık Davranış Modelleri sağlık davranışlarının daha iyi anlaşılmasını sağlamakta olup sağlığın korunması ve geliştirilmesi için kullanılmaktadır (Türkeri 2006). Bu modeller “Aşama Modelleri” ve “Sosyal Biliş Modelleri” olarak ikiye ayrılmaktadır (Ogden 2016).

2.2.2.1. Aşama modelleri

Aşama Modelleri’ nin dört temel özelliği vardır. Bunlardan ilki farklı aşamaları tanımlamak için bir sınıflama sistemidir. Bu özelliğe göre her bir aşama tanımlanıp adlandırılır. İkinci özellik; aşamaların sıralanmasıdır. Bireyler sağlık davranışında bulunurken son aşamaya gelip gelmemelerinin bir önemi olmaksızın kendilerince bir sıralama yaparlar. Bazı durumlarda önceki aşamaya tekrar dönülebilir. Üçüncü özellik ise aynı aşamadaki bireylerin benzer güçlükler ile karşılaşabileceğidir. Son özellik de farklı aşamadaki bireylerin farklı güçlüklerle karşılaşabileceğidir (Weinstein ve ark. 1998).

Aşama Modelleri; hastalık, kaza vb. durumlarda bireylerin davranışlarını anlamak için kullanılmakta olup “Değişim Aşamaları Modeli” ve “Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı” olmak üzere iki tane modeli kapsamaktadır (Ogden 2016).

2.2.2.1.1. Değişim aşamaları modeli

Günümüzde Değişim Aşamaları Modeli olarak bilinen model aslında Kuramlarüstü Model'dir (Ogden 2016).

Kuramlarüstü Model Amerika Birleşik Devletleri, İngiltere ve Avustralya'da 1980'lerden beri kullanılmaya başlanmıştır. Öncelikle bağımlılık davranışlarına yönelik çalışmalarda kullanılmıştır (Bunton ve ark. 2000).

Psikoterapi ve davranış değişikliği ile ilgili yapılan çalışmalar sonucunda Kuramlarüstü Model ortaya çıkmıştır. Kuramlarüstü Model altı aşamada gerçekleşmektedir. Bunlardan ilki niyet öncesi aşamasıdır. Bu aşamada bireyin sağlık davranışında bulunmak yönünde herhangi bir çabası yoktur. Yeterince bilgilendirilmemiş ve davranış değişikliğini denemiş olsa bile başarısız olmuştur. Sağlık ile ilgili herhangi bir araştırma yapmamaktadır. İkinci aşama niyettir. Bireyin sağlık davranışında bulunmak için niyet ettiği ve farkındalığının arttığı dönemdir. Üçüncü aşama ise hazırlık aşamasıdır. Birey davranış değişikliği için hazırlıklara başlamıştır. Konuyla ilgili kitap okumak ve danışmanlık hizmeti almak bu duruma örnek olarak verilebilir. Bir sonraki aşama eylem aşamasıdır. Birey sağlık davranışını değiştirmek için harekete geçmiştir. Beşinci aşama eylemini devam ettirmek olup son aşama da sonlandırma aşamasıdır. Sonlandırma aşamasında bireyin sağlık davranışı değişmiştir ve eski sağlık davranışını tekrarlamayacağına inanmaktadır (Glanz ve ark. 2002).

Kuramlarüstü Model bütüncü bakış açısına sahip, kapsamlı bir davranış değişikliği hedefleyen modeldir. Bu modele göre insanlarda davranış değişikliğinin olması için bazı aşamaların gerçekleşmesi gerekmektedir. Bu aşamalar; tasarlama öncesi, tasarlama, hazırlanma uygulama ve sürdürme aşamasıdır. Düzenli spor yapmayı tasarlayıp spor yapmak ve bunu bir alışkanlığa dönüştürerek sürdürmek örnek olarak verilebilir. Kuramlarüstü Model, davranış değişikliğinin yanı sıra değişim sürecine de odaklanmaktadır (Tabak 2000).

Kuramlarüstü Model'e göre davranış değişikliği olması için çeşitli aşamalardan geçilmelidir. Geçirilen aşamalarda o aşamaya uygun çalışmaların yapılması, sağlık

davranış değişikliğinin daha ileri düzeyde olmasını sağlayacaktır (Rakowski ve ark. 1998).

2.2.2.1.2. Sağlık eylem süreci yaklaşımı

Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı, sağlık davranışlarını anlamak amacıyla 1992’de Alman Ralf Schwarzer tarafından geliştirilmiştir (Köksoy ve Zincir 2017).

Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı, sağlık davranışının oluşması için güdülenme ve irade gösterme aşamalarının olması gerektiğini savunmaktadır. Daha sonraki aşamalar ise planlama, uygulama ve devam ettirmedir. Planlı Davranış Modeli’ ne eleştirel yaklaşan bir modeldir. Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı’na göre güdülenme önemli olmasına rağmen güdülenmenin tek başına sağlık davranışına dönüşmesi çok zordur. Bu noktada bilgi, davranış ve tutum çok önemlidir. Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı’nda da bireyin mantıksal karar verici rolü ön planda olup duyguların ve durumların değişken rolleri daha az önemsenmektedir (Tabak 2000).

Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı’nda sağlık davranışının ve inançlarının anlaşılabilmesi için zamansal öğelerin de değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Kişinin niyetinin ve sağlık davranışının anlaşılabilmesi için öz yeterliliğe vurgu yapmaktadır. Sağlık Eylem Süreci Yaklaşımı hem niyet edilen davranışı hem de gerçek davranışı birlikte değerlendirmekte ve öz yeterlik, sonuç beklentileri ve tehdit algısı bileşenlerinden oluşmaktadır (Ogden 2016).

2.2.2.2. Sosyal biliş modelleri

Sosyal Bilişsel Model dengeli ve iyimser olmayı ön plana almaktadır. İnsanların davranışlarının çevrelerinden etkilendiğini, bu nedenle çevresel etmenlerin çok önemli olduğunu vurgulamaktadır. Sosyal Bilişsel Model’ e göre bilgi, beceriler, bireysel yeterlilik, sonuç beklentileri, kişisel amaç ve hedefler önemlidir. Sağlık davranışının geliştirilmesinin ön koşulu bilgidir. Yeterli bilgilendirme yapılmadığı zaman insanlarda sağlık davranışının oluşması beklenemez. Bir diğer önemli konu becerilerdir. Elde edilen bilginin sağlık davranışına dönüşmemesinin en büyük nedeni beceri eksikliğidir. Beceri geliştirme, sağlık eğitimi sürecinde oldukça önemli bir kaynaktır. Bilgi ve becerinin doğru bir şekilde bir araya gelmesi ise bireysel yeterliliği (öz yeterlilik) oluşturur. Bireysel yeterlilik sosyal bilişsel kuramın temelini oluşturmaktadır. Bireysel yeterliliği olan kişi kendisinden beklenen sağlık davranışını

doğru bir Şekilde geręekleŐtirir. Bireysel yeterlilik ile sağlık davranışının oluşması için davranışların seçimi, ęaba gosterme ve kararlılık, düşünce kalıpları ve duygusal tepkiler önemlidir (Tabak 2000).

AŞama Modelleri bireylerin sağlık davranışında bulunurken geğirdiği aŐamalara odaklanırken Sosyal Biliş Modelleri davranışın ortaya ęıkardıđı değişim sürecine odaklanmaktadır. Sosyal Biliş Modelleri kişilerin sosyal dünyası ile yakından ilişkilidir. Sosyal Biliş Modelleri; “Sağlık İnanę Modeli”, “Korunma Güdüsü Kuramı” ve “Planlanmış Davranış Kuramı” nı kapsamaktadır (Ogden 2016).

2.2.2.2.1. Sağlık inanę modeli

Sağlık İnanę Modeli, sağlık davranış modelleri içerisinde en fazla bilineni ve geęmiŐi en uzun olanıdır. Model Rosenstock tarafından ortaya ęıkarılmış ve Becker ve Maiman tarafından geliştirilmiştir. Sağlık İnanę Modeli hem sağlık davranışını hem de uyumlu olma durumunu açıklamaktadır. Örneğin bireyin kanser hastalığı riskini düşünerek muayene olup sağlık davranışı geliştirmesi ve sonrasında kanser teşhis edildiğinde tedaviye uyumunun değerlendirilmesi söz konusudur. Sağlık İnanę Modeli’ ne göre bireyin bir hastalığa karşı koruyucu önlem alması için yaşaması gereken aşamalar vardır. Bu aşamalar:

Birey hastalığa karşı hassasiyet göstermelidir (duyarlılık algısı),

Hastalığın ciddi sonuçlar ortaya ęıkarabileceđini düŐünmelidir (ciddiyet algısı),

Koruyucu davranışın hastalığın yararına olacağını hissetmelidir (yarar algısı),

Önerilen koruyucu sağlık hizmetlerinin utanma, maddi durum, zaman ayıramama gibi durumlardan daha öncelikli olduğunu düŐünmelidir (engel algısı),

Koruyucu davranışın eyleme yönelik olmasının sağlık davranışı uygulamasını ortaya ęıkaracađını bilmelidir (Tabak 2000).

Geğtiğimiz elli yıldır Sağlık İnanę Modeli sıklıkla kullanılmaktadır. Sağlığın korunması ve geliştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik davranışlar ve sağlık davranış değerikliklerini açıklamak için kuram yaygın olarak ele alınmaktadır. Sağlık İnanę Modeli koruyucu sağlık hizmetleri açısından oldukça önemlidir (Grubbs ve Tabano 2000).

Sağlık İnanç Modeli, Değer-Beklenti Modeli olarak da adlandırılmaktadır. Bu noktada değer bireyin hastalığa engel olmak için çabalaması, beklenti ise sağlık davranışının hastalıkları önleyeceğine inanılmasıdır (Glanz ve ark. 2002).

Sağlık İnanç Modeli' nin ayırt edici özelliği algılanan engellerdir. Model davranış ile ilgili kavramları net bir şekilde açıklamaktadır ancak kavramlar arası ilişkiler belirgin değildir (Glanz ve ark. 2002).

Sağlık İnanç Modeli' nin sınırlılığı, bireyin sağlık davranışını gerçekleştirirken mantığı temel alması ve korku, kaygı, endişe gibi duygulara yer vermemesidir. Ayrıca bu model sağlık inançlarının kalıcı olduğunu, bireylerin fikirlerinin tam olarak yerleştiğini savunmaktadır (Tabak 2000). Dört bileşenden oluşan modele daha sonra eklenen iki yeni bileşen bulunmaktadır. Bunlar davranışı harekete geçiren öz etkililik-yeterlilik boyutu (semptomların algılanışı, sosyal etki ve sağlık eğitim etkinlikleri gibi) ve sağlık motivasyonudur (sağlık sorunları ile ilişkili olan hazır bulunuşluk durumu gibi). Sonuç olarak modele bu eklemeler ile 6 boyutlu bir yapı kazandırılmıştır (Conner ve Norman 2005; Ogden 2004).

2.2.2.2.2. Korunma güdüsü kuramı

Sağlık İnanç Modeli' ne korku kavramı eklenerek Korunma Güdüsü Modeli ortaya çıkarılmıştır. Böylece Sağlık İnanç Modeli' ne duygusal bir yön verilmiştir (Ogden 2016).

Korunma Güdüsü Kuramı, 1975 yılında korkuyla ilgili olan yaklaşımları belirtmek için Rogers tarafından geliştirilmiştir. Rogers 1983 yılında davranış değişikliğine sebep olan bilişsel süreç ile iletişimi de ekleyerek kuramı genişletmiştir (Türkeri 2006).

Korunma Güdüsü Kuramı, korunma güdüsünü yani motivasyonu ön plana çıkarmaktadır. Bireyi herhangi bir hastalıktan korumak için oluşturulan motivasyon dört inancı temel almaktadır. Bu inançlar:

Tehlikeyi hissetmek (önemlilik),

Tehlikeye karşı duyarlı olmak (olasılık),

Tehlike durumunda gerekli olan koruyucu davranışı gerçekleştirebilmeyi hissetmek (bireysel yeterlilik),

Koruyucu davranışın etkili olacağını hissetmek (tepkisel yeterlilik) tir (Tabak 2000).

Korunma Güdüsü Kuramı için tasvir edilen olayın zararlarının büyüklüğü için korunma motivasyonu, bu olayın meydana gelme olasılığı ve koruyucu cevabın etkinliği önemlidir. Bu değişkenlerin her biri tutum değişikliğine aracılık ederek bilişsel değerlendirme sürecini başlatır (Rogers 1975).

Korunma Güdüsü Kuramı, hangi oğenin daha önemli olduğunun açık olmadığı ve her oğe için yapılacak eğitim kampanyalarının nasıl olacağını açıklanmadığı gerekçeleriyle eleştirilmektedir (Tabak 2000).

Korunma Güdüsü Kuramı' na göre çevresel ve içsel olmak üzere iki tür bilgi kaynağı vardır. Bu bilgi Korunma Güdüsü Modeli' nin bileşenlerini etkiler ve sonrasında işlevsel baş etme tepkisi ya da işlevsel olmayan baş etme tepkisi ortaya çıkar. Ancak Sağlık İnanç Modeli' nde olduğu gibi Korunma Güdüsü Modeli de çeşitli gerekçelerle eleştirilmektedir. Çünkü Korunma Güdüsü Kuramı, her bir bireyin bilinçli olduğunu varsaymakta olup toplumsal ve çevresel faktörleri göz önünde bulundurmamaktadır (Ogden 2016).

2.2.2.2.3. Planlanmış davranış kuramı

Planlanmış Davranış Kuramı iki aşamadan oluşmaktadır. İlk aşama, tutumların ve bireyi etkileyen etmenlerin davranışı gerçekleştirmek için gerekli eylemde bulunup bulunmayacağıdır. İkinci aşama ise, bir davranışı gerçekleştirmeye yönelik niyetin o davranışın tam ve doğru olarak ortaya çıkmasını sağlayıp sağlamadığıdır. Ancak Planlanmış Davranış Kuramı, davranış ve niyet arasındaki ilişkiyi savunduğu için eleştirilmiştir. Çünkü her niyet, o niyete uygun davranış ile sonuçlanır denilemez. Kişi niyetlenmiş olsa bile herhangi bir sebepten bu niyetini davranışına yansıtamamış olabilir (Tabak 2000).

Planlanmış Davranış Kuramı' na göre önemli olan niyettir ve niyetlerin davranış ile ilgili hedefler için eylemler olarak kavramsallaştırılması gerektiği ne sürülmüştür. Bunu sağlamak için de gerekli olan özelliklerin davranışa yönelik tutum, öznel norm ve algılanan davranışsal kontrol olduğu belirtilmektedir. Belirtilen bu üç faktör davranışla ilgili olarak davranışsal niyetleri açıklamaya çalışmaktadır (Ajzen ve Madden 1986).

Örneğin Planlanmış Davranış Kuramı' na göre, alkol kullanımı olan bir kişi alkolü azaltmasının ya da bırakmasının sağlığı için daha iyi olacağını düşünüyorsa, çevresindeki insanlar da alkolü bırakması yönünde destek oluyorsa ve kişi sonrasında daha az alkol alabileceğine inanırsa alkol kullanımının azaltılması ile ilgili güçlü bir niyet (davranışsal niyet) hissedebilir (Ogden 2016).

Planlanmış Davranış Kuramı sağlık davranışında bulunurken niyet edilerek ortaya çıkan iradeyi vurgulamaktadır. Niyet etmenin belirlediği güdülenme, tutum ve inançlar davranışın nasıl olacağını belirlemektedir. Ancak bireyin iradesini kullanamaması durumunda davranış değişikliğinin olup olmayacağına yönelik herhangi bir açıklama yapılmamıştır (Glanz ve ark. 2002).

Bireylerin yaşadıkları deneyimleri ön planda tutmaları nedeniyle, deneyimlerle ortaya çıkan inançlarını değiştirmeleri kolay değildir. Kişinin niyeti ve bu niyetin temelinde olan inançlar, sağlık davranışının meydana gelip gelmeyeceği ile ilişkilidir. Ancak Planlanmış Davranış Kuramı niyetin davranışa dönüştürülme sürecini incelememektedir (Fishbein ve ark. 2001).

2.2.2.3. Diğer modeller

2.2.2.3.1. Kendini dengeleme modeli

Bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili duygu ve düşünceleri sağlık davranışlarını önemli ölçüde etkilemektedir. Kendini Dengeleme Modeli var olan durum ve olması gereken durum arasında bir denge oluşturmak ve kişiyi aktif bir sorun çözücü olarak bu sürece dâhil etmek yönünde kendini ifade ettiği için bu model Sorun Çözme Modeli olarak da adlandırılır. Sağlık davranışı bireyin olan durum ve olması gereken durum hakkındaki bilgisi, bu yönde yapılan planlama, uygulanan teknik ve kurallara bağlıdır. Ayrıca birey başarılı ya da başarısız olan durumu değerlendirebilmektedir. Bu modelin en güçlü yanı bireyin sorun çözme sürecine aktif olarak katılabilesidir. (Tabak 2000).

Kendini Dengeleme Modeli' nde üç aşama belirtilmektedir. İlk aşama sağlık tehdidinin yorumudur. Belirtilen aşama tehdidin bilişsel yorumunu ifade etmektedir. Bir diğeri ise eylem planı ya da mücadele stratejisidir. Bu aşamada birey iki şekilde davranabilir. Ya sorunlarını çözmek için mücadele eder ya da sorunu inkâr ederek kaçınmaya çalışır. Bir diğeri de değerlendirme aşamasıdır. Son aşamada birey gerçekleştirdiği mücadelenin başarılı olup olmadığını değerlendirir. (Tabak 2000).

2.2.2.3.2. Önlem alma modeli

Önlem Alma Modeli' nin temel noktası, sağlık davranışının oluşması için bireyin bilgisinin yeterli olmadığı ve bireyin bilgi ve duyarlılığının oluşmasında çevrenin etkisinin olduğudur. Önlem Alma Modeli' ne göre bireylerin sağlık davranışında bulunması için beş tane aşama vardır. Bu aşamalar; sağlıkla ilgili herhangi bir tehdidin olması, diğer bireylerin de sağlık tehdidinin farkında olduğunu görmek, kendinin belirtilen sağlık tehdidine karşı duyarlılığını artırmak, sağlık tehdidine karşı harekete geçmeye yönelik karar vermek ve tedbir almaktır (Tabak 2000).

Önlem Alma Modeli, bireyin riskli davranışını değiştirerek önlem alması olarak belirtilmektedir. Modele göre önemli olan bireyin karar verme aşamasına nasıl geldiği ve kararını eyleme nasıl dönüştürdüğüdür. Sağlık davranışının öncesindeki aşamalar zihinsel süreçlerden oluşmaktadır (Türkeri 2006).

2.2.2.3.3. Etkinleştirilmiş sağlık eğitimi modeli

Davranış Temelli Sağlık Eğitimi Modeli, başarılı sağlık eğitimi müdahalelerinin gözden geçirilmesi için önemlidir. Etkinleştirilmiş Sağlık Eğitimi Modeli' ne göre sağlık davranışının iyileştirilmesi için üç tane ilke belirtilmiştir. Bu ilkelerden ilki müdahale sürecine aktif katılım, diğeri davranışların sağlık üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerinin farkında olmak, üçüncüsü de sağlık davranışını yönetmek için sorumluluk almaktır. Bu ilkeler daha sonra model için yapısal bir çerçeve haline getirilmiştir. Daha sonra bu koşulların uygulamalarını doğrulamak ve stratejik bileşenleri iyileştirmek için çalışmalar yapılmıştır (Dennison ve Golaszewski 2002).

Etkinleştirilmiş Sağlık Eğitimi Modeli aktif katılım, bilinçli olmak ve sorumluluk öğelerini vurgulamaktadır. Bu modele göre etkili bir sağlık eğitimi için aktif katılım önceliklidir. Sağlık davranışının oluşmasında sağlık hizmeti ile ilgili olumlu ya da olumsuz bilgilerin bilinmesi ve hissedilen sorumluluk etkilidir. Bu nedenle bilinçli olup sağlık hizmetleri ile ilgili psikolojik ve davranışsal bilgileri incelemek önemlidir. Sorumluluk aşamasında ise müdahale daha çok katılımcı odaklıdır. (Tabak 2000).

Bireylerin sağlık davranışlarının daha iyi yorumlanmasını sağlayan Sağlık Davranış Modelleri' nin yanı sıra bireylerin sağlık davranışlarının şekillenmesinde rol oynayan bir diğer önemli konu sağlık okuryazarlığıdır. Bireylerin sağlık alanındaki bilgisi sağlık okuryazarlığını oluşturmakta, bu durum ise sağlık davranışına etki etmektedir.

2.2.3. Sağlık Okuryazarlığı

Geçmişten günümüze kadar sağlık alanında çeşitli gelişmeler yaşanmıştır. Çoğu hastalığın tedavisi bulunmuş ya da hastalığın ilerlememesi için yeni tedaviler bulunmuştur. Kişilerin hasta olduklarında sağlık alanında bilgi sahibi olmaları ve bu bilgi doğrultusunda hareket etmeleri “sağlık okuryazarlığı” kavramının ortaya çıkmasını sağlamıştır (Nutbeam 1998).

Sağlık okuryazarlığı kavramı 1970’li yıllarda literatüre girmeye başlamıştır, ancak önemi son yıllarda artmıştır. En anlaşılır ifade ile sağlık okuryazarlığı, kişiye tıbbi bir bilgi verildiği zaman, kişinin verilen bilgiyi kavrayarak anlaması ve bu doğrultuda davranmasıdır. Sağlık okuryazarlığı sadece bireyin kendisine verilen broşürü okuyup anlamaya çalışması değil, hastalıkları tanınması, sağlık ile ilgili konularda karar verici rol üstlenmesi ve sağlık sistemini anlayabilmesidir (Nutbeam 1998). Simonds 1974’te sağlık okuryazarlığını tanımlayan ilk kişi olmuştur (Çopurlar ve Kartal 2016)

Bireyler sağlık sisteminde yorucu ve karmaşık bir tedavi süreci ile karşılaşmaktadırlar. Sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olmayan kişiler için bu süreç daha da zorlaşmaktadır. Bunun sonucunda da tanı ve tedavide aksaklıklar meydana gelebilmektedir (Çopurlar ve Kartal 2016).

Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık alanındaki haklarını ve davranışlarını anlamalarını sağlamaktadır. Sağlık okuryazarlığının sağlık alanındaki kapsamı geniştir. Bireylerin sağlıklı hayat biçimini benimsemesi ve bunu sağlamak için sağlıklı seçim yapabilecek bilgi ve beceriye sahip olması bireysel sağlık okuryazarlığı olarak adlandırılır. Sağlık okuryazarlığı, sağlığı korumak ve geliştirmek için kaliteli sağlık hizmeti istemek ve buna ulaşmak için ilgili kaynaklara ulaşmaya çalışarak sağlık hizmeti alanında karar veren sistemlere etki edebilmeyi içerir. Ayrıca sağlık okuryazarlığında iletişim oldukça önemlidir. Bireyler sağlık personeline hastalık, tedavi süreci, tedavi sonrası bakım gibi konularda soru sormak isteyebilirler. Bu nedenle bireylerin iletişim becerilerini kullanarak kendini ifade edebilmesi, sorusunun cevabını anlayabilmesi ve anladıklarını aktarabilmesi önemli bir konudur (Aslantekin 2011).

Sağlık okuryazarlığını oluşturan pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler; sağlık bilgi düzeyi, iletişim becerisi, okuryazarlık durumu, algılama ve anlamlandırma becerileri ile beraber çeşitli davranışlardır. Sağlık okuryazarlığının gelişmesi; bireyin

sağlığı hakkında yeterliliğinin olmasını, kendi sorumluluğunu alabilmesini ve sağlık alanı ile ilgili toplumsal etkinliklere dâhil olmasını sağlamaktadır. İçinde bulunduğumuz yüzyılda değişen toplumsal yapı ile birlikte bireylerin kendi sağlıkları ile ilgili daha etkin ve karar verici olmaları söz konusudur. Geçtiğimiz otuz yılda sağlık hizmeti alanındaki değişimler sağlığın korunması ve geliştirilmesi üzerine olduğu kadar bireylerin de sorumluluk alması beklenmektedir (Ishikawa ve ark. 2008).

Belirtildiği üzere sağlık okuryazarlığı içinde pek çok faktörü barındıran bir kavramdır. Farklı tanımlar ve faktörler barındırmasına rağmen bireyin iletişim kurabilmesi ve anlatılanları ya da okuduklarını anlayabilmesi ortak özelliklerdir. Sağlık okuryazarlığı bireyin yeni bilgiler öğrenerek bu bilgileri kullanmasını sağlamaktadır. Bu noktada bireylerin kişisel okuma alışkanlıkları ve eğitim düzeyleri sağlık okuryazarlıklarını doğrudan etkilemektedir (Baker 2006).

Sağlık okuryazarı olan bireylerin sağlık bilgisi alanında özgüvenleri daha yüksektir. Bu nedenle herhangi bir sağlık hizmeti almak istedikleri zaman sağlık kurumunda nereye başvurması gerektiğini bilerek hareket eder. Sağlığı ile ilgili konularda sağlık çalışanları ile iletişim kurarak teşhis, tedavi ya da bakım sürecine aktif katılım sağlar. Ayrıca sağlık personelinin uyarı ve önerilerini daha iyi kavrayabilirler (Levin-Zamir ve Peterburg 2001).

Sağlık okuryazarlığını ölçmek için çeşitli ölçüm araçları geliştirilmiştir. Bu araçlar geliştirilirken farklı yaklaşım ve tasarımlar uygulanmıştır. Ancak ölçüm sırasında az sayıda popülasyonda kapsamlı sağlık okuryazarlığı ölçümü yapmaya odaklanmıştır. Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırma Anketi (HLS-EU-Q) ise daha kapsamlı bir popülasyonda araştırma yapan bir ankettir. Araştırma anketi kavramsal model ve tanımlamaya dayanır. Ögelerin geliştirilmesini içeren işlemler, ön test, saha araştırması, yabancı ülkelere alınan danışmanlık, açık dil kontrolü vardır. Ayrıca İngilizce' den Bulgarca, Hollandaca, Almanca, Yunanca, Lehçe ve İspanyolca dillerine çeviri yapılmıştır. Geliştirme süreci, iki bölümden oluşan bir temel sağlık okuryazarlığı bölümü ve sağlık okuryazarlığı ile ilişkili belirleyiciler ve sonuçlar üzerine bir bölüm ortaya çıkmıştır. Sağlık okuryazarlığı bölümünde; sağlık hizmetlerinde karar verme, hastalık önleme ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi konularında görevlerde bilgi edinme, anlama, değerlendirme ve uygulama konularında kendinden bildirilen zorlukları ele alan 47 madde yer almıştır. İkinci bölümde ise

sağlık davranışı, sağlık durumu, sağlık hizmeti kullanımı, toplum katılımı, sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik faktörler ile ilgili maddeler yer almaktadır. Diğerlerinin sağlık okuryazarlığı alanında kullandığı araçların yeterliliğini ve sınırlılıklarının daha iyi anlaşılmasını sağlamak amacıyla, HLS-EU-Q daha derinlemesine geliştirilerek süreçteki ilerlemeler açıklayıcı olmuştur. Farklı toplumlarda sağlık okuryazarlığını anlamayı artırmak için HLS-EU-Q kullanımı uyarıcı bir vizyon olacaktır (Sørensen ve ark. 2013).

Sağlık okuryazarlığı karmaşık ve gelişen bir yapıdır. Ancak yine de işlevsel okuryazarlık becerilerinin ötesinde farklı sağlık okuryazarlığı yeterliliklerine ilişkin önemli gelişmeler yaşanmıştır (Chinn ve McCarthy 2013).

Ülkemizde ise sağlık okuryazarlığı üzerinde yapılan araştırmalarda toplumun sosyo-kültürel durumuna uygun ölçüm araçları geliştirilerek toplumun sağlık okuryazarlığı seviyesinin artırılması için daha fazla çalışmanın yapılması gerektiği sonucuna ulaşılmaktadır (İkinci ve ark. 2012). Günümüzde sağlık okuryazarlığının anlamı oldukça geniş ve araştırmacılar halen bu konu üzerinde yeni ve uygun arayışlarını sürdürmektedirler. Sağlık okuryazarlığını nesnel bir şekilde ölçmek ve sınıflandırmak için güvenilir ve pratik araçlara ihtiyaç vardır (Ozdemir ve ark. 2010).

Bireylerin sağlık hizmetlerini özellikle koruyucu sağlık hizmetleri olarak adlandırılan ve bireyin ihtiyaç duymadığı anda kendisine sunulan sağlık hizmetlerini reddetmesinin birçok nedeni bulunmaktadır. Başta sağlık davranışını açıklamaya çalışan birçok modelde olduğu gibi kişinin bilişsel düzeyi yanı sıra sağlık hizmetine karşı geliştirdiği tutumlarının da oldukça etkili olduğu görülmektedir. Sağlık davranışını açıklamaya çalışan her bir modelin ele aldığı kavramsal çerçeveden hareketle durum açıklanmaya çalışılabilir. Ayrıca bireylerin sağlık okuryazarlığı düzeyi de sağlık davranışlarına etki etmektedir. Sağlık hizmetlerinin reddedilmesi ve sağlık hizmetleri kapsamında yer alan koruyucu sağlık hizmetlerinin reddedilmesi de birer sağlık davranışı olup sağlık okuryazarlığı ile doğrudan ilintilidir. Bu bağlamda sağlık hizmetinin reddedilmesi hem sağlık davranış modelleri hem de bireyin sağlık okuryazarlığı da dikkate alınarak incelenmesi gereken yeni ve önemli bir sorun alanıdır.

2.2.4. Sağlık Hizmetlerinin Reddedilmesi

Türk Dil Kurumu (TDK)' na göre “reddetmek” kelimesinin üç tane anlamı vardır. İlk anlamı; verilen ya da yapılması istenen bir şeyi kabul etmemek, geri çevirmek, ikinci anlamı aileden olan birini aileden bir kişi olarak saymamak, tanımamak, üçüncü anlamı ise yalanlamak ve çürütmektir (www.tdk.gov.tr*, Erişim tarihi: 20 Ocak 2019).

Reddetmek kelimesi dilimizde çeşitli konularla ilgili kullanılmaktadır. Sağlık alanında da sağlık hizmetlerinin bireyler tarafından reddedilmesi, kişinin sağlık hizmeti almak istememesi durumudur. Tarama programlarının reddedilmesinin yanı sıra bireylerin sunulan sağlık hizmetlerini ve hastalıklarının iyileşmesi için önerilen tedaviyi reddetmesi gibi sağlık davranışları ortaya çıkabilmektedir. Kanser tedavisinin reddedilmesi ve psikiyatrik tedaviye karşı çıkılması gibi sağlık davranışları bu duruma örnek olarak verilebilir.

Erken tanı ve tedavinin oldukça önemli olduğu kanser hastalığının psiko-sosyal yönlerini dikkate almak gerekir (Avuçan ve ark. 2006). Kanser hastalarının fiziksel tedavi olmalarının yanı sıra psiko-sosyal destek almaları fiziksel tedavinin daha iyi sonuçlanmasını sağlar (Çam ve Babacan Gümüş 2006). Fizyolojik bir hastalık olan kanserin bireyler için psikolojik etkileri de olmaktadır. Kanser hastası olduğunu öğrenen birey kriz durumundadır ve baş etme stratejisi geliştirmesi güç olabilmektedir. Bu nedenle özellikle kanserin tanı aşamasında tedaviyi reddetme söz konusu olabilmektedir (Özkan 1993).

Kanser hastalarına kanser hastası olduklarına dair olumsuz haberin verilmesi oldukça zor bir durumdur. Bu noktada hastaların karar verme sürecine katılmalarında sorun yaşanabilmektedir. Ülkemizde kanser hastaları ile ilgili yapılan bir çalışmada hastaların %92'si hastalıkları hakkında kendilerine ayrıntılı bilgi verilmesi gerektiğini belirtmiştir, ayrıca %43'ü de tedaviyi reddetme hakkının olduğunu savunmuştur (Erer ve ark. 2008). Ülkemizde de Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 25. maddesinde hastanın kendisine uygulanan ya da uygulanmak istenen tedaviyi reddetme hakkı olduğu vurgulanmaktadır (T.C. Resmi Gazete, 01 Ağustos 1998, sayı: 23420). Ayrıca Türk Tabipler Birliği tarafından yayınlanmış olan Yaşamın Sonuna İlişkin Etik Bildirgesi'nde kişilerin aldıkları tedaviyi kabul etmemeye ya da tedaviyi bırakma

*http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c44cd40a82ab7.51907434

hakkının olduğu ifade edilmiştir. Ayrıca hastayı kararından vazgeçirmek için baskı yapılmaması gerektiği de bildirgede açıklanmıştır (Alan ve ark. 2010). Bütün bu açıklamalar dikkate alındığında kanser hastalarının tedaviyi reddetmesi etik açıdan uygun olarak kabul edilmektedir (Akpınar ve Ersoy 2012).

Kanser hastalarının tedavisinde bir diğerk sorun da çocuk ve ergen olan kanser hastalarının tedavi sürecinde yaşanan onam ve kabul sorunudur. Çocukluk döneminde veya ergenlik döneminde olan kanser hastaları için etik sorun aydınlatılmış onamdır. Bazı çocuk ve ergenler yaşanan durumu olgunlukla karşılarken bazıları için aynı durum söz konusu olmayabilir. Bu nedenle tedaviye katılım, kişisel özelliklere göre farklılıklar gösterebilir. Kanser olan çocuk ya da ergenin tedavisi ile ilgili onay alma aşamasında tedavinin reddedilmesi söz konusu olabilir. Bu durumda dikkat edilmesi gereken noktalar; tedavinin neden reddedildiğinin anlaşılabilmesi için ret nedeninin altında yatan sorunu anlamaya çalışmak, bu durumun dini ve manevi öğeler ile bağlantısını değerlendirmek ve hastanın karar verebilecek durumda olup olmadığını anlamaya çalışmaktır (Demir Küreci ve Örnek Büken 2016).

Kanser hastalığının yanı sıra şizofreni ve diğerk psikotik bozukluğu olan hastalarda da tedaviye uyum sağlama sorunları ve tedavisinin reddedilmesi gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Tedaviye uymamak ya da tedaviyi reddetmek mortalite ve morbiditeyi arttırmakta olup bu durum çeşitli sorunları beraberinde getirmektedir. Hastanın; hastalık konusunda farkındalığının yeterli düzeyde olmaması, tedavi sonucu ortaya çıkabilecek yan etkileri olumsuzluk olarak değerlendirmesi, sosyal desteğinin yeterli düzeyde olmaması, aile içi sorunlar ve ekonomik yetersizlikler psikiyatri hastalarının tedaviye uyumunu azaltan ya da tedaviyi reddetmesine sebep olan etkenlerdir. Bu durumu önleyebilmek için hasta ve ailesine hastalıkla ilgili bilgi vermek, hastanın sosyo-ekonomik sorunlarının çözümlenmesi için ilgili kaynaklara yönlendirmek ve hasta ile işbirliği yapmaya çalışmak gerekir (Üstünsoy Çobanoğlu ve ark. 2003).

24 saat sağlık hizmeti sunan Acil Servisler de verilen sağlık hizmetinin reddedilmesi durumu ortaya çıkabilmektedir. Acil Servislerin çok kalabalık olması ve sadece acil hastalar değil acil olmayan hastalar tarafından da tercih edilmesi önemli bir sorundur. Bu nedenle Acil Servislerin doğru kullanımı için toplumun bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Toplumun bilinçlendirilmesinin acil serviste verilen

sağlık hizmetinin reddedilmesi davranışını değiştirebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca tedavi sonrasında hastalara yönelik bir takip sisteminin geliştirilmesi, ret davranışının nedenlerinin daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır (Gözübüyük ve Akbulut 2014).

Sağlık ve sağlık hizmeti kavramları, kapsamı çok geniş olan kavramlardır. Bu kavramlardan sağlık hizmeti, çok çeşitli konuları kapsamakta ve hemen hemen her hastalık için çeşitli tedavi yöntemleri sunulmaktadır. Ancak görüldüğü üzere bireyler sosyal, ekonomik, kültürel ve dini öğeler etkisi ile sunulan sağlık hizmetini reddetme davranışı ortaya koyabilmektedirler. Ayrıca, bireylerin kendilerine sunulan sağlık hizmetlerini reddetmeleri, etik açıdan sorgulanmakta ve bireyin kendi kaderini tayin hakkı göz önünde bulundurularak bireyin sağlık hizmetini reddedebileceğini savunan çevreler de bulunmaktadır.

Sağlık hizmetinin içinde yer alan koruyucu sağlık hizmeti de diğer sağlık hizmetleri gibi reddedilebilmektedir. Günümüzde en yaygın reddedilen koruyucu sağlık hizmeti bağışıklama programı gibi görünmekte olup bağışıklama programlarının yanı sıra, NTP, İşitme Tarama Programı, Görme Tarama Programı ve Gelişimsel Kalça Displazisi Testi gibi koruyucu sağlık hizmetleri de çeşitli gerekçelerle reddedilmektedir.

2.2.4.1. Koruyucu sağlık hizmetlerinin reddedilmesi

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yer alan ve sadece Türkiye’de değil dünyada çeşitli ülkelerde uygulanan NTP’ nin kabulü ve reddi ile ilgili tartışmalar mevcuttur.

Genetik hizmetler ve programların gönüllü bir hizmet olması gerektiğine dair fikir birliğine rağmen şu anda birçok devlette yenidoğan tarama uygulamaları zorunludur. 1976 yılında Amerika Birleşik Devletleri’ nin Maryland Eyaleti’ nde ebeveynlerin haklarına saygı duyulması belirtilerek ebeveynlerin NTP’ yi reddettiği yönetmelik kabul edilmiştir. Bu durum üzerine hastaneler genel olarak yönetmeliğe uygun davranmışlardır, ancak bu durum hem sağlık bakım sistemine ek maliyetler getirmiş hem de verimliliği düşürmüştür. NTP’ nin zorunlu olup olmaması konusunda neredeyse eşit oranda fikir ayrımı olmuştur (Faden ve ark. 1982). Ülkemizde de NTP uygulaması yaygın olup ilgili yönetmeliklerle desteklenmiştir. Ancak çeşitli sebeplerde tarama testlerini reddeden ve uygulamayı kabul etmeyen bireyler

mevcuttur. İzmir İlinde 2016 yılında 48 kişi, 2017 ise 69 kişi NTP kapsamında bebeğinden topuk kanı örneği alınmasını reddetmiştir¹.

NTP hizmeti sunumu sırasında doğru bilgilendirme çok önemlidir (Tural Büyük 2014). Bebeklerden topuk kanı örneğinin alınması işleminin bebekler için ağrı verici bir uygulama olması nedeniyle annelerin kaygılanmasına sebep olmaktadır. Tıbbi girişim ve uygulamalar anneler tarafından olumsuz olarak algılanabilmektedir. Kaygının artmasının en önemli nedeni yapılacak işlem hakkında yetersiz bilgi sahibi olmalarıdır (Suriadi ve ark. 2004).

Çocukları hakkında en iyi kararın kendilerinin vereceğine inanan ebeveynler olduğu kadar anne ve babaların kararlarının çocuk için en iyi karar olmadığını düşünen bireyler de vardır. Tarama programları çocukların yüksek yararı için yapılmakta olup anne ve babanın düşüncesi doğru olmayabilir. Belirtilen bakış açısı dikkate alındığında tarama programlarının zorunlu bir uygulama olması gerektiği sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu durumda ebeveynlerinin kararlarının kabul edilmemesi gerektiği düşünülmektedir (Dawson 2005).

Tarama programı kapsamında uygulanan testler sonucunda bebeğin herhangi bir hastalığının olmama durumunun tespit edilmesi ihtimali nedeniyle tarama programlarının zorunlu hale getirilmesinin kolay olmadığına inanılmaktadır. Ebeveynler çeşitli gerekçelerle bebeğinin tarama programı kapsamına alınmasını reddetmektedirler. NTP kapsamında tarama programı hakkında bilgi vermek için Aydınlatılmış Onam verilmelidir. Tarama programlarının kapsamı genişledikçe Aydınlatılmış Onam' ın kapsamı genişletilmelidir. Tarama programları ile ilgili ailelere bilgilendirmeler yapılmaktadır ancak yapılan bilgilendirme sırasında önemli olan ailenin bilgileri alması değil anlaması ve doğru yorumlamasıdır. Yapılan bilgilendirme sonrasında ebeveynler bebekleri hakkında verecekleri kararın neye sebep olabileceğini anlayabilmelidirler. NTP ile ilgili bilgilendirme özellikle doğum öncesi dönemde yapılırsa ebeveynlerin tarama yapılmasına izin verme olasılığının arttığına inanılmaktadır. Bu noktadaki tartışma konusu, taranan birey (bebek) ile kararı veren (ebeveyn) birey aynı kişi değildir. Bu nedenle kendisi hakkında karar

¹ İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Çocuk Ergen Kadın Üreme Sağlığı Hizmetleri Birimi yayınlanmamış gayriresmi istatistik bilgilerinden derlenmiştir.

veremeyecek olan bebek için ebeveyni tarafından verilen kararın ne kadar doğru bir karar olduğu tartışılmaktadır (Dawson ve Verweij 2016).

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yer alan ve ¼lkemizde ulusal düzeyde uygulanan bir diğer tarama programı da İşitme Tarama Programı'dır. Yenidoğan İşitme Taraması' nın amacı, doğuştan işitme kaybı olan ya da doğum sonrası dönemde işitme kaybı olan bebeklerin dil gelişimine zarar gelmeden bebeklerin toplumda sağlıklı bir şekilde büyümesidir. İşitme kaybı, konuşma ve dil gelişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle işitme kaybı tek başına bir sağlık problemi değil, birden fazla gelişimsel problemin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Erken dönemde tespit edilen işitme kaybına yönelik uygulanacak tedavi, bebeğin psikolojik ve fizyolojik olarak iyilik halinde olmasını sağlar (Gönenç ve Çiçek 2016). Son zamanlarda, Ulusal Sağlık Konsensüsü Bildirgesi, doğum sonrasında hastaneden ayrılmadan önce tüm bebeklerde işitme taramasını önermiştir. İşitme kaybının bir yaşından önce belirlenmesinin değeri yaygın olarak kabul edilmektedir (Maxon ve ark. 1995). 1990 yılında Amerika Birleşik Devletleri Sağlık ve İnsan Hizmetleri, işitme kaybını tanımlama yaşını 12 aydan daha kısa bir süreye indirmek için bir hedef oluşturmuştur. Bunun üzerine 15 kişilik bağımsız odyoloji, kulak- burun-boğaz, pediatri, dil gelişimi uzmanları ve sağlık yöneticileri bebeklerde ve küçük çocuklarda işitme kaybının erken teşhisi için prosedür düşünmek ve tavsiyelerde bulunmak üzere toplanmıştır. Bu panelde daha sonra tüm bebeklerde hayatın ilk üç ayında uygulanacak evrensel taramanın en verimli şekilde elde edilmesi konusunda fikir birliğine varan bir bildiri yayınlamıştır. Birçok kişi öneriyi desteklemiş ancak mevcut tekniklerin çok pahalı olduğunu iddia etmiştir (Maxon ve ark. 1995).

İşitme kaybı, tek başına bir hastalık olmayıp bireyin dil gelişimini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle bebeklik döneminde, her bir bebeğin İşitme Tarama Programı kapsamına alınması çok önemlidir. Ancak bazı ebeveynler bebeğinin duymama gibi bir sorunu olmadığını, bebeğine her seslendiğinde bebeğinin kendisine tepki verdiğini, bu nedenle bebeğinin duyup duymadığını bir anneden daha iyi hiç kimsenin bilemeyeceğini iddia ederek yenidoğan dönemde İşitme Tarama Programı reddetme davranışında bulunabilmektedirler. Bu sağlık davranışın oluşmasında ise sosyo-ekonomik, kültürel ve dini öğeler etkili olabilmektedir.

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yer alan bir diğer tarama ise Gelişimsel Kalça Dipslazisi Testi' dir. Gelişimsel Kalça Displazisi ise kalçayı oluşturan yapının normal olmasına rağmen çeşitli nedenlerle sonradan ortaya çıkan bir durumdur. Erken tanı ve tedavinin yapılmaması durumunda kalıcı engellere neden olur (Gönenç ve Çiçek 2016). Gelişimsel Kalça Displazisi tedavi edilebilir bir hastalık olmasına rağmen, erken tespit edilmemesi durumunda çok ciddi sağlık sorunlarına yol açar. Ülkemizin özellikle kırsal kesimlerinde evde doğum yapılması, doğum sonrası takiplerde yaşanan aksaklıklar ve yeterli kayıtların olmaması sebepleriyle fiziksel muayene ve kalça ultrasonu ile tespit edilen Gelişimsel Kalça Displazisi sıklığına dair veri bulunmamaktadır (Tosun ve ark. 2010). Bazı ebeveynler bebeğin kalça yapısında gözle görülür herhangi anormal bir durum olmadığını düşünerek Gelişimsel Kalça Dipslazisi Testi' ni gereksiz bulup test yaptırmayı reddetme davranışı sergileyebilmektedirler.

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yer alan bir başka tarama da Görme Tarama Programı'dır. Görme taramasının amacı, görmenin olağan gelişimini olumsuz etkileyecek risk faktörlerini belirlemek ve görme yetersizliği olan vakalarda erken teşhis yapılmasıdır. Çocuklarda yapılan görme taraması ile şaşılık, katarakt gibi durumlar erken dönemde tespit edilmektedir. Ülkemizde "Çocuk İzlem Protokolleri" kapsamında 0-3 aylık bebeklerde aile hekimleri tarafından görme taraması yapılmaktadır. Bu kapsamda Kırmızı Refle Testi ve Lea Sembol Testi uygulanmaktadır (<https://dosyaism.saglik.gov.tr>*, Erişim tarihi: 20 Ocak 2019).

Amerikan Pediatri Derneği'ne göre görme taramasının amacı, zayıf görmeyi veya görme ve normal görme gelişimini etkileyen risk faktörlerini tespit etmektedir. Erken tanı ve tedavinin daha iyi görme sonuçları sağladığı kabul edilmektedir. "Bebekler, Çocuklar ve Genç Yetişkinlerde Göz Muayene ve Görme Taraması" nda yer alan Amerikan Pediatri Derneği tüm yeni doğanların ve çocukların risk faktörleri için düzenli olarak taranmasını önermektedir (Swanson ve ark. 2002).

Daha düşük sosyo-ekonomik popülasyonda görme kusurları daha fazla olabilmektedir. Çünkü iyileştirilebilir ve önlenabilir göz kusurları olan bir çocuk,

*<https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/11252,gorme-taramasi-programi-ile-ilgili-bakanlik-yazisipdf.pdf?0>

maddi durumu daha iyi olan ailelerde daha iyi tıbbi bakım, eğitim ve maddi destek görmektedir (Lippmann 1971).

Diğer tarama programlarında olduğu gibi Görme Tarama Programı da bebeklik döneminde uygulandığı takdirde erken tanı ve tedavi ile oldukça önemli bir koruyucu sağlık hizmeti sunmaktadır. Ancak bazı bireyler bebeklerinin görme ile ilgili herhangi bir sorunun olmadığını, böyle bir sorun olsa bile bu sorunu kendilerinin tespit edebileceğini iddia ederek Görme Tarama Programı'nı reddetme davranışında bulunabilmektedirler. Reddedilen diğer tarama programlarında olduğu gibi Görme Tarama Programı'nın reddedilmesi de bir sağlık davranışı olup bu davranışın oluşmasında çok çeşitli faktörler etkilidir.

Tarama programlarının reddedilmesi psikolojik, sosyal, kültürel, manevi ve ekonomik nedenlere dayanmaktadır. Tarama programlarını reddeden aileler ile yapılan görüşmeler sonucunda ailenin tarama programını neden reddettiğini öğrenmek ve ailenin sağlık hizmetlerine yönelik düşünce ve davranışlarını anlamak önemlidir.

Günümüzde oldukça yaygın olan bir başka koruyucu sağlık hizmeti reddi ise bağışıklama programıdır. Bağışıklama çalışmaları önlenebilir hastalıklar için oldukça önemli bir mücadeledir. Dünya Sağlık Örgütü aşı programlarının yaygınlaştırılması için çalışmaktadır. Ancak öncelikle Avrupa ve Amerika'da başlayan aşı reddi, geçtiğimiz yedi yıl içerisinde ülkemizde de yaygınlaşmaya başlamıştır. Bu durum sadece bireysel sağlığı değil toplumsal sağlığı da tehlikeye atmaktadır. Ülkemizde aşı retleri ile ilgili daha fazla çalışmanın yapılmasına gereksinim duyulmaktadır. Daha önce ülkemizde bağışıklama programının yaygın olmamasının sebebi aşuya ulaşmakta yaşanan zorluklardır. Bu konuyla ilgili devlet politikalarında yapılan değişiklikler ile aşı olan kişi sayısında artış yaşanmıştır. Fakat 1990'lı yıllardan itibaren dünya genelinde, 2010 yılı sonrasında da ülkemizde aşuların reddedilmesi durumu ortaya çıkmıştır (Bozkurt 2018).

Yapılan çalışmalar sonucunda aşuların reddedilme sebeplerinin; aşuların kimyasal madde içerdiğinin düşünülmesi, aşı üreten firmaların kâr amacı güttüğünün düşünülmesi ve hastalıklardan korunmak için doğal tedavi yöntemleri ile alternatif tıbbın daha sağlıklı olduğuna inanılmasının olduğu belirtilmiştir (Hausman ve ark. 2014). Bir diğer yaygın inanış ise otizmin sebeplerinden birinin de aşının içinde yer

alan cıva olduğudur. Amerika’da bu inanişaya engel olmak için aşuların içinden cıva maddesinin çıkarıldığı söylenmiştir (Offit 2007).

1998 yılında Andrew Wakefield ve arkadaşları kızamık-kızamıkçık-kabakulak aşısının otizme neden olduğuna dair içerisinde 12 olgunun yer aldığı bir makale kaleme almışlardır. Yazdıkları makale Lancet isimli tıp dergisinde yayımlanmıştır. Daha sonra ise çok daha kapsamlı yapılan çalışmalarla Wakefield ve arkadaşlarının araştırmasının doğru olmadığı ispatlanmıştır (Plotkin ve ark. 2009). Bu yeni bulgular üzerine Lancet dergisi yayımlanan makaleyi kaldırmıştır ancak aşı karşıtlığı ile ilgili tartışmalar devam etmiştir (Eggertson 2010).

Bağışıklama programının güvenilirliğini arttırmak için aşuların içeriği ve yan etkilerine yönelik çeşitli çalışmalar yapılabilir. Ancak aşuların faydaları dikkate alındığında içeriğine ve yan etkilerine odaklanmak bilimsellikten uzaklaşmak demektir. Aşı retlerini önlemek için sağlık politikaları ile ilgili yapılacak çalışmaların yapılmasının yanı sıra daha fazla bilimsel çalışmanın yapılması ile iletişim ve teknolojinin kullanılarak toplumun bilgilendirilmesi gerekmektedir (Bozkurt 2018).

Sağlık çalışanlarının da bağışıklama çalışmalarında aktif olarak rol alması gerekmektedir. Kanıta dayalı uygulamayı kabul ederek Sağlık Bakanlığı, Profesyonel Tıp Dernekleri ve Dünya Sağlık Örgütü’nün rehberlerinden bilgi edinmeleri önemlidir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının da güçlendirilmesi gerekmektedir (Hidiroglu ve ark. 2010). Ayrıca sağlık personelinin aile ve özellikle anne ile kurduğu iletişim çok önemlidir. Bu noktada sağlık personelinin aileye danışmanlık hizmeti sunarak aile ile iletişim kurmalı ve problem çözme tekniklerini kullanmalıdır (Topuzoğlu ve ark. 2006).

Görüldüğü üzere NTP’ nin reddedilmesinin yanı sıra farklı tarama programları ve çeşitli tedavilerin de reddedilmesi durumu söz konusudur. Çeşitli gerekçelerle tarama programlarını ve tedavileri reddeden bireylerin tutumu birer sağlık davranışı olup bireylerin tarama programlarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını anlayarak ret nedenlerinin tespit edilmesi oldukça önemli bir konudur. Halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları için koruyucu sağlık hizmetlerinin reddedilmesi davranışının mesleki bilgiler ışığında değerlendirilmesi ve halk sağlığının korunması için ret davranışına yönelik sosyal hizmet müdahalesi geliştirilmesi önemlidir. Bu nedenle birinci basamak sağlık kurumlarında görev alan sosyal hizmet uzmanlarının yetki ve

sorumlulukları kapsamında mesleki çalışmalar yapması, bu alanda farkındalığın artırılmasını sağlayacaktır.

2.3. SOSYAL HİZMET NEDİR?

Sosyal hizmet; insanların özgürleştirilmesini, güçlendirmeyi, bireyler arasındaki sorunların ortaya konulması ve değişimi içeren bir meslektir. Sosyal hizmet mesleği, sosyal hizmet müdahalesinde bulunurken bireylerin içinde buldukları etkenlerle iletişime girdiği noktalarda, insan davranışları ve çeşitli teorileri dikkate alır. Sosyal hizmet için bireylerin haklarını dikkate almak ve sosyal adaleti esas almak çok önemlidir (Hare 2004). Anlaşılır bir şekilde tanımlamak gerekirse, sosyal hizmet insanların sosyal çevrelerinde ve gerekli durumlarda sosyal çevrelerini değiştirip en üst seviyede yardımcı olma işlevini yerine getirir (Sheafor ve Horejsi 2012). Sosyal hizmetin ne olduğu ile ilgili yapılan tanımlardan meslek elemanları ve akademik çevre tarafından kabul edilen tanım Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu'nun yapmış olduğu tanımdır. 1988 yılında Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu sosyal hizmetin bir meslek olarak her zaman var olduğunu ve sosyal hizmetin insan hakları mesleği olduğunu açıklamıştır (Tufan ve ark. 2009). Bu tanıma göre sosyal hizmet, bireylerin güçlendirilmesini ve özgürleştirilmesini hedefleyerek uygulamada bulunan ve sosyal alanlarda değişimi amaçlayan akademik bir disiplindir. Sosyal hizmet için temel olan kavramlar; farklılıkları dikkate almak, sorumluluk almak, insan hakları ve sosyal adalettir. Sosyal hizmet disiplini, eklettik bilgi temelini kullanarak bireylerin yaşam seviyesini yükseltmek için bireyleri kaynaklar ile buluşturur (<https://www.ifsw.org/tr>*, Erişim tarihi: 17 Ocak 2019).

Barker (1999)'ın Sosyal Hizmet Sözlüğü' ne göre de sosyal hizmet; insanların etkili bir psiko-sosyal işlev seviyesine ulaşmasına ve tüm insanların refahını artırmak için toplumsal değişiklikleri gerçekleştirmeleri amacıyla uygulanan bilimdir.

Sosyal hizmet, çevresi içinde birey bakış açısıyla kişiyi bir bütün olarak değerlendirir ve müdahalede bulunurken genelde yaklaşım uygular. Sosyal hizmet güçlendirme, savunuculuk ve değişim gibi tekniklerle bireylerin baş etme

* <https://www.ifsw.org/tr/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

kapasitelerini arttırmaya çalışır. Bu noktada da bireyin kendi kaderini tayin hakkını göz önünde bulundurur. Sosyal hizmet mesleği çerçevesinde, içinde yaşanan toplumun inançları, değerleri ve kültürel özellikleri önemlidir, ancak temel olan sosyal hizmetin insan onuruna yakışır bir şekilde uygulanmasıdır (Tufan ve ark. 2009).

Sosyal hizmette bilgi, beceri ve değer oldukça önemli üç kavramdır. Bu kavramlar mesleğin temelinde yer alan ve birbirini tamamlayan kavramlardır. Sosyal hizmetin ne olduğunu anlamak için bilgi, beceri ve değer kavramlarının anlaşılması gerekmektedir.

Eğitim ve deneyimin bir araya gelmesiyle bilgi oluşur. Bilgi ve beceri de kuramsal bilgi ile mesleki uygulamayı bütünleştirir. Beceriler zamanla gelişir ve becerilerin gelişmesinde tekrar etme ve deneyim oldukça önemlidir. Örneğin; yorumlama, özetleme, inceleme, savunuculuk, kayıt tutma ve empati yapma bazı mesleki becerilerdir. Değerler ise, meslekte ne yapılıp ne yapılmayacağı ile ilgili bir kavramdır. Ayrıca, değerler göreceli değerler ile bir kanaate varmayı da kapsamaktadır (Duyan 2010).

Sosyal hizmet; odağında insan olan ve insanların sorunlarının çözülmesini amaçlayan bir meslektir. Bireyin ve toplumun kaynaklara ulaşma ve bu kaynaklardan faydalanma becerisi kazanarak sorunlarını kendilerinin çözebileceği seviyeye gelmeleri için çalışır. Herhangi bir sorunu olan kişi ya da toplumun sorunun var olduğunu kabul etmesi, bu konu üzerinde düşünüp çözüm yolları araması sosyal hizmet mesleği uygulamalarıdır. Bahsedilen bu uygulama süreci, mesleki yöntem ve tekniklere göre oluşturulmaktadır (Tomanbay 1992).

2.3.1. Sosyal Hizmetin Tarihi Gelişimi

Sosyal hizmet mesleği 1800'lü yılların sonlarında ortaya çıkmıştır. Günümüzde hala varlığını koruyan yoksulluk sorunu, 1800'lü yılların sonlarında bazı meslek öncüleri tarafından fark edilmiş ve yoksullar meslek öncülerinin ilgilendiği bir grup haline gelmiştir. Ayrıca yoksulluğun yanı sıra hasta, yaşlı, çocuk, engelli gibi dezavantajlı gruplar da göz önüne alınmaya başlanmıştır. Belirtilen yardıma muhtaç kişilerin ortak noktaları ise yoksul olmalarıdır. Toplumsal sorunlardan biri olan yoksulluk ile ilgilenilirken diğer toplumsal sorunlara da kayıtsız kalınmamıştır. Yoksul bireylerin sağlık, barınma, eğitim gibi durumlarının da değerlendirilmesi ile sosyal hizmet mesleği oluşmaya başlamıştır. Sosyal hizmet toplumsal sorunlardan biri

olan yoksulluğu azaltmak için ortaya çıkmış olsa da sosyo-ekonomik ve tarihsel koşullar tarafından şekillendirilmiştir (Koşar 2000).

Sosyal hizmetin tarihi gelişimi, İngiltere’de 18. ve 19. yüzyıllarda teknolojinin gelişmesiyle ortaya çıkan sanayi devrimine kadar dayanmaktadır. Sadece İngiltere’de değil bütün Avrupa’da meydana gelen savaşlar, isyanlar, çatışmalar, ekonomik problemler, buhranlar ve sanayi devrimi toplumun bütününe etkilemiştir. Bu süreçte sosyal hizmet mesleği ve yaşam koşullarının iyileştirilmesi ihtiyacı ortaya çıkmıştır. (Türkmen 1987). Sosyal refahın sağlanması için sosyal hizmet mesleğine ihtiyaç duyulmuştur. Bu konuda yapılan ilk düzenleme 1601 yılında İngiltere’de Kraliçe 1.Elizabeth döneminde çıkarılan “Yoksullar Yasası”dır. Çıkarılan yasa ile yardımların denetimi yöneticilerin sorumluluğuna verilerek sosyal refahın geliştirilmesi amaçlanmıştır (Kongar 1972).

Bu tarihsel süreçte Avrupa’da çeşitli ilerlemeler olmuştur. Özellikle 1909 yılı ve sonrasındaki gelişmeler olumlu yöndedir. Günümüzdeki Modern Avrupa’nın geçmişinde kilise tarafından yapılan sosyal yardımlar vardır. Söz konusu sosyal yardımlar hayırseverlik olarak görülmektedir. Sonrasında çıkarılan Elizabeth Yoksulluk Yasası bu konuda atılmış önemli bir adım olsa da planlı bir sistem Almanya’da kurulmuştur. Bu dönemde Almanya’da her mahallede sosyal yardım denetçisi belirlenmiştir. Denetçinin gönüllülük esasına göre yanında yer alan yardımcıları vardır. Denetçi ve ekibi mahallede kişileri ziyaret ederek, ihtiyaç sahiplerinin durumlarını değerlendirmişlerdir (Türkmen 1987) .

Sosyal hizmetin meslek olarak ortaya çıkmasının en önemli nedeni, dinsel öğelerle ele alınan hizmetlerde eğitilmiş kişilere ihtiyaç duyulmasıdır. Bu ihtiyacı gidermek için atılan ilk adım Londra 1873 yılında hayırsever dernekler için verilen konferanslardır. Daha sonra 1898 yılında New York yaz okulu eğitimi başlamış ve 1899 yılında ilk sosyal hizmet eğitimini veren okul Amsterdam’da açılmıştır (Kut 1988). 1904 yılı ve sonrasında da İsviçre, İngiltere ve Almanya gibi ülkelerde sosyal hizmet okulları açılmıştır (Türkmen 1987).

Ülkemizde ise sosyal hizmetin tarihi gelişimi Osmanlı İmparatorluğu dönemine dayanmaktadır. Osmanlı İmparatorluğu döneminde yoksullara, kimsesizlere ve engellilere vakıflar aracılığıyla sosyal yardımlar yapılmaya başlanmıştır. Bu doğrultuda 1893’de dilencilik önlemek için çeşitli çalışmalar yapılmış ve kimsesi

olmayan engellilerin bakımının sağlanması için İstanbul'da "Darülaceze" kurulmuştur. Korunmaya muhtaç çocukların bakımı için ise ilk önce İslahhaneler açılmış olup Meşrutiyet döneminde "Daruleytam" kurumları kurulmuştur. Tarihimizin daha ilerleyen yıllarında ise Atatürk'ün isteği üzerine 1921 yılında "Himaye'i Eftal Cemiyeti" kurulmuştur. Kurulan bu cemiyet, Kurtuluş Savaşı yıllarında bakıma muhtaç çocukların ve şehit çocuklarının bakımını sağlamıştır. Himaye'i Eftal Cemiyeti'nin adı 1935 yılında "Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu" na dönüştürülmüştür. Türkiye Çocuk Esirgeme Kurumu tarafından bakım evleri, çocuk yuvaları gibi kuruluşlar açılarak toplumun ihtiyaçlarına yönelik çeşitli hizmetler sunulmuştur. Bunun yanı sıra yoksul çocuklara yapılan sosyal yardımlar 1983 yılında kadar devam etmiştir (Duyan ve ark. 2008).

1949 yılında korunmaya muhtaç çocuklar ile ilgili çıkarılmış olan kanun 1957 yılında yeniden düzenlenmiştir. Bu kanun kapsamında illerde kurulan "Korunmaya Muhtaç Çocukları Koruma Birlikleri" çalışmalarına devam etmişlerdir. 1963 yılında da Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü 225 sayılı kanunla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı çatısı altında kurulmuştur. 1983'de ise 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu'nun çıkarılması önemli bir gelişmedir. Sosyal Hizmetler Genel Müdürlüğü, 1991'de bağlı olduğu bakanlık çatısı altından ayrılıp Başbakanlığa bağlı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü olarak çalışmalarına devam etmiştir (Duyan ve ark. 2008).

Ülkemizde sosyal hizmet eğitimi ise 1961'de 7355 sayılı Sosyal Hizmetler Enstitüsü Kuruluşuna Dair kanun kapsamında Sosyal Hizmetler Akademisi'nin kurulmasıyla başlamıştır. Sosyal Hizmetler Akademisi, 1965 yılında Uluslararası Sosyal Hizmet Okulları Birliği'ne üye olmuştur. 1967 yılında ise Hacettepe Üniversitesi İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi kapsamında Sosyal Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bölümü kurulmuştur. Daha sonra 1982 yılında ise Sosyal Hizmetler Akademisi Sosyal Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bölümü ile birleşerek Sosyal Hizmetler Yüksekokulu olarak Hacettepe Üniversitesi bünyesine girmiştir. 2006 yılında da Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü adını almıştır (<http://www.shy.hacettepe.edu.tr>*, Erişim tarihi: 17 Ocak 2019).

* <http://www.shy.hacettepe.edu.tr/tr/menu/tarihce-9>

Sonraki süreçte ise, ülkemizde uygulanan sosyal hizmetlerin ve uygulamalarının daha entegre bir şekilde yapılabilmesi için 2011'de Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı hizmet vermeye başlamıştır.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı sosyal yardımların amacına uygun bir şekilde yapılmasının sağlanması, toplumsal değişimlerin değerlendirilmesi, sosyal yardım ve sosyal hizmetlerin denetlenebilmesi, sosyal hizmetlerin halkın içerisinde olmasının sağlanması, koruyucu ve önleyici hizmetler geliştirmek amaçlarıyla kurulmuştur (<http://www.bekirturkmen.com>*, Erişim tarihi: 19 Şubat 2019). Geçtiğimiz 2018 yılında ise Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın adı Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı olarak değiştirilmiştir (T.C. Resmi Gazete, 10 Temmuz 2018, sayı: 30474) .

Ülkemizde, sosyal hizmet uzmanları Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile Bakanlığa bağlı kurum ve kuruluşlarda aktif olarak çalışmaktadırlar. Ayrıca Sağlık Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Spor ve Gençlik Bakanlığı, belediyeler ve üniversiteler sosyal hizmet uzmanlarının yer aldığı diğer çalışma alanlarıdır.

2.3.2. Sosyal Hizmet Uygulama Alanları

Sosyal hizmetin uygulama alanını incelemek oldukça önemlidir. Sosyal hizmet mesleği, alınan eğitim doğrultusunda birbirinden farklı uygulama alanlarında yer almaktadır. Uygulamalarını farklı alanlarda gerçekleştiren sosyal hizmet uzmanları, çalıştıkları alanı çok iyi kavrayarak müracaatçıları ile çalışırlar. Uygulama yapılan alanda müracaatçıların özellikleri ve çalışılan kurum ya da kuruluş özellikleri dikkate alınmaktadır.

2.3.2.1. Çocuk refahı

Toplumda var olan çocukların hepsi aile ortamında yetişmez. Ailede meydana gelen çeşitli ekonomik, duygusal, psikolojik ve kültürel sorunlar çocuğun aile ortamında yetişmesini engelleyebilir. Bu noktada varlığını gösteren sosyal hizmet, çocuğun yüksek yararını göz önünde bulundurarak çocuğun refah seviyesinin yükselmesi için çalışır.

* http://www.bekirturkmen.com/dosya/Sosyal_Hizmet_Tarihi.pdf

Çocuk refahı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları çocukların psiko-sosyal işlevselliğinin devam etmesini sağlamak amacıyla çocuğu ve ailesini güçlendirmek, ihmal/istismar vakalarında müdahalede bulunmak, kurum bakımı, evlat edinme, koruyucu aile hizmeti gibi araçları kullanarak sosyal hizmet müdahalesinde bulunur (Duyan ve ark. 2008).

Sosyal hizmet uzmanları, yetiştirme yurtları, sevgi evleri, çocuk yuvaları gibi kuruluşlarda çocukların yararına çalışırlar. Ayrıca sadece kuruluşlarda değil ailesinin yanında olan ancak iletişim, ilgi ve bakım sorunu yaşanan aileler ile çalışılarak her alanda çocuğun gelişimine en doğru katkının verilmesi sağlanır.

2.3.2.2. Gençlik refahı

Gençlik dönemi, çocukluktan yetişkinliğe geçiş dönemi olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde bulunan bireyler, biyolojik, psikolojik ve toplumsal değişimler yaşarlar. Gençlik döneminde bulunan bireylerin yaşadığı bu değişimler, gençlerin birbirinden farklı tepkiler vermelerine neden olur. Gençlik döneminde bulunan bireyler için gençlerin güçlü yönlerini ortaya koyan tanımlamalar olduğu kadar, gençlerin uyumsuz ve problemlili olduğunu belirten tanımlamalar da mevcuttur. Bazı tanımlamalarda ise gençlik, ekonomi için değerli olarak görülmektedir. Bu nedenle gençlik dönemi sosyal, kültürel, biyolojik ve psikolojik etmenlerin yer aldığı bir dönemdir (Görgün Baran 2013).

Gençlik döneminde yaşanan fizyolojik ve psikolojik değişimin yanı sıra gençler ailelerinden daha çok sosyal çevrenin etkisi altına girmektedirler. Bu durum gençlerin sigara ve alkol kullanımı, cinsellik deneyimi yaşama gibi çeşitli davranışlarda bulunmalarına sebep olabilir (Baltaş ve Baltaş 1991). Gençlik dönemi yeniliklerin yaşandığı bir dönem olduğu gibi aynı zamanda çeşitli sorunların daha fazla fark edildiği ve bu döneme özgü davranışların olduğu bir dönemdir. Gençlik döneminde yaşanan mikro ve makro boyuttaki sorunlar; alkol ve madde kullanımı, intihar, kuşak çatışması, ekonomik, psikolojik ve akademik sorunlar olabilmektedir (Duyan ve ark. 2008).

Diğer gelişim dönemlerinde olduğu gibi gençlik döneminde bulunan bireyler de ekonomik, duygusal, sosyal, kültürel, toplumsal vb. konularda sorunlarla karşılaşabilirler. Yaşadığı sorun ile tek başına mücadele edemeyen gençlerin sosyal hizmet uzmanları ile çalışmaları söz konusudur. Gençlik refahı için çalışan sosyal

hizmet uzmanları; ergenlik dönemi sorunları, gençlik döneminde saldırganlık, depresyon, cinsellik, cinsel istismar, okullarda sosyal hizmet, üniversite öğrencilerinin sorunları gibi konularda müracaatçıları ile çalışırlar.

2.3.2.3. Yaşlılık refahı

Yaşlılık kelimesi yaşamın ilerleyen dönemindeki gelişmeleri ve değişimleri ifade etmektedir. Yaşlılık dönemi kayıpların fazla yaşandığı bir dönemdir. Bunun yanı sıra sosyo-kültürel ve ekonomik faktörlerin bir sonucudur (Emiroğlu 1995).

Yaşlılık dönemi yaşamın ilerleyen dönemidir. Gençlik döneminde toplumsal hayatta aktif olarak var olan bireyler yaşlılık döneminde daha pasif duruma gelmektedirler. Yaşlılık döneminde fiziksel gerilemeler olduğu kadar zihinsel gerilik ve sosyal becerilerde azalma söz konusu olabilmektedir. Yaşlanma gerilemeye bağlı olarak gelir ve iş kaybı sorunu da ortaya çıkmaktadır (Türkmen 2005).

Sosyal hizmet yaşlılık alanı ile ilgilenen mesleki bir uygulamadır. İhtiyaçları karşılanamayan yaşlıların ihtiyaçlarının karşılanması, sağlıklı bir yaşam sürmelerinin sağlanması ve sorunlarının çözümlenmesi amacıyla oluşturulan politika, program ve hizmetler yaşlılık refahı alanını oluşturmaktadır (Koşar 1996). Yaşlılık döneminde bireyin öz bakımı gerçekleştirememesi, ya da öz bakımını gerçekleştirebilse bile duygusal, psikolojik ve fiziksel desteğe ihtiyaç duyması halinde sosyal hizmet mesleği kapsamında çeşitli hizmetler sunulmaktadır.

Belediye hizmetleri kapsamında yer alan kuruluşlar, bakım ve rehabilitasyon merkezleri, kamu ya da özel huzurevleri bu hizmetlerin verildiği kuruluşlardır (Türkmen 1987). Bu kuruluşlarda görev yapan sosyal hizmet uzmanları yaşlı refahı alanında çalışmaktadırlar.

Sosyal hizmet mesleği kapsamında, yaşlılık refahı alanında “gerontolojik sosyal hizmet” kavramı kullanılmakta olup bu alanda hizmet sunan sosyal hizmet uzmanları da “gerontolojik sosyal hizmet uzmanı” olarak adlandırılmaktadır (Duyan ve ark. 2008).

2.3.2.4. Aile refahı

Aile toplumda var olan, toplumun temellerinden biridir. Toplumun var olabilmesi ve varlığını devam ettirebilmesi için aileye ihtiyaç vardır. Aile kavramı ile ilgili çeşitli tanımlar yapılmıştır. Tanımların ortak özelliği, ailenin toplumdaki en temel sosyal

kurum olarak görülmesidir. Aile, erkek ve kadının birlikte yaşadığı, düzenli ve sistemli bir yapı olarak tanımlanmakla beraber, insan neslinin devamını sağlayan, kültürü kuşaktan kuşağa aktaran, ekonomik, psikolojik, biyolojik, hukuksal, toplumsal ve kültürel özellikleri bulunan bir kurum olarak da tanımlanmaktadır (Sağlam ve Aral 2011).

Toplumsal yapıda meydana gelen değişimler ve teknolojik gelişmeler aile kurumunu etkilemektedir. İlk sosyalleşme aracı olan aile, yetiştirdiği çocuğuna kendi kültürel değerlerini, bilgi ve becerisini aktarır. Bu nokta da iletişim oldukça önemlidir (Görgün Baran 2013).

Aile refahı alanı, sosyal refah alanı ile doğrudan ilişkili olup ailenin toplum içindeki işlevlerini yerine getirememesi durumunda ortaya çıkan sorunların çözümlenmesi, ihtiyaçların sağlanması ve ailenin varlığını sürdürmesini hedefleyen aileye yönelik hizmetler bütünüdür (Tomanbay 1999). Ailede meydana gelen çeşitli sorunlar, aileyi olumsuz yönde etkilemektedir. Mikro, mezo ve makro boyutta çalışan sosyal hizmet uzmanları aileyi mezo boyutta değerlendirerek bu doğrultuda müdahalede bulunur. Aile refahının sağlanması için, aile bireylerine psiko-sosyal destek sağlanarak aile üyelerinin güçlü yanları üzerinde durulur ve aile için müdahale planı geliştirilir. Aile ile doğrudan çalışılan, aile danışmanlığı merkezlerinde görev alan sosyal hizmet uzmanları mevcuttur. Ancak meslek elemanları, çalıştıkları diğer alanlarda da ailenin de içinde yer aldığı hizmet modellerini uygulamaktadırlar.

Aile refahı alanında yapılan sosyal hizmet uygulamaları, ailenin korunmasını ve güçlenmesini, sorunların çözümlenmesini, aile üyelerinin sağlıklı olup birlik içinde olmasını ve ailenin toplumsal faaliyetlerini yerine getirebilmesini amaçlamaktadır (Koşar 1992).

2.3.2.5. Engellilik refahı

Engelli kavramı, bireysel, toplumsal ve sosyal sonuçları olan bir kavramdır. Özellikle sanayi devrimi sonrası engelli kavramı daha fazla kullanılmaya başlanmıştır. Çünkü sanayi devrimi ile beraber doğuştan olan engeller dışında iş kazaları sonucu oluşan engeller ortaya çıkmıştır. Yaşanan teknolojik, bilimsel ve toplumsal gelişmeler sonucunda, dezavantajlı grup olarak görülen engellilerin toplumla bütünleşme istekleri kendini göstermiştir. Engelli bireylerin sosyal hayata katılabilmeleri ve kendi güçlerinin farkına vararak becerilerini geliştirebilmeleri için toplum desteği

gerekmektedir. Engelli bireylerin desteklenmesi, sosyal hayattan dışlanmamaları ve bu doğrultuda politikalar geliştirmek oldukça önemlidir (Genç ve Çat 2013).

Engellilik kavramı Medikal Model ve Sosyal Model olmak üzere iki model üzerinden değerlendirilmektedir. Medikal Model, engelli bireyin eksik yönlerine ve patolojisine odaklanmaktadır. Engelli bireyi yetersizliği nedeniyle diğer insanlardan ayırmaktadır. Engelliliği Medikal Model çerçevesinde değerlendirmek çeşitli sorunlara sebep olmaktadır. Engelli bireylere yönelik damgalayıcı ve ayrımcı tutumlar ilk akla gelen sorunlardır. Medikal Model çerçevesinde yapılan uygulamalar, engelli bireylerin kendilerini yetersiz ve aciz hissetmelerine neden olmaktadır. Bu da psikolojik sorunları beraberinde getirmektedir. Yaşanan bu sorunlar engelliliğe farklı bir bakış açısı getirmiştir. Oluşan yeni bakış açısı Sosyal Model'dir. Sosyal Model, bireyi engelli yapan şeyin "engeli" olmadığını, ayrıştırıcı ve damgalayıcı tutumların bireyleri engelli yaptığını savunmaktadır. Sosyal Model, engelli bireyin toplumdan ayrıştırılmasını değil toplumla bütünleşmesini hedeflemektedir. Ayrıca sadece engelli bireylerin değil engelli bireylerin yakın çevrelerinin de Sosyal Model'e ihtiyaç duyduğu belirtilmektedir. Sosyal hizmet müdahalesi bakış açısıyla da Sosyal Model oldukça önemlidir (Arıkan 2002).

Engelli refahı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, Sosyal Model'i temel olarak engelli bakım ve rehabilitasyon merkezi, özel eğitim merkezi ve ilgili bakanlıklara bağlı engelli bireylere hizmet veren kuruluşlarda görev almaktadırlar.

2.3.2.6. Adli sosyal hizmet

Sosyal Hizmet Sözlüğü' ne göre adli sosyal hizmet; hukuki konuları içeren, ceza ve adalet sistemi ile ilgilenen, boşanma, velayet, çocuk refahı, çocuk hakları, suça itilen çocuklar ve zorunlu takip ve tedavi alanlarını kapsayan sosyal hizmet uygulama alanıdır (Barker 1999).

Hukuk alanda çalışan sosyal bilimcilerin ortak hedefi adli alanda çalışırken sorunlara geçerliliği olan ve gerçekçi çözümler ortaya koyabilmektir. Bunu gerçekleştirmek için de sistemli ve disiplinler arası yaklaşımla konular ele alınmalıdır. Bu noktada temel amaç; özgürlük, adalet ve eşitlik ilkelerini temel alıp siyasal, kültürel, sosyal ve ekonomik dinamiklerden faydalanmaktır (Cılga 2008).

Sosyal hizmet mesleğinde çok uzun zamandan beri adli alanda uygulamalar yapılmaktadır, ancak yapılan yasal düzenlemeler ve geliştirilen programlar adli sosyal

hizmet uygulamalarını arttırmıştır. Çocuk Mahkemeleri, Aile Mahkemeleri, Çocuk Şube Müdürlükleri, Denetimli Serbestlik ve Çocuk İzlem Merkezleri adli sosyal hizmet alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının görev aldığı yerlerdir.

2.3.2.7. Toplum kalkınması

Sosyal hizmet mesleğinin temel öğelerinden biri toplumdur. Her mesleğin kendine özgü işlevselliği vardır. Bu işlev sadece uygulayıcılar tarafından değil toplum tarafından da kabul edilmiştir (Duyan 2010). Toplum tarafından işlevselliği kabul edilen sosyal hizmet mesleği toplumsal alanda da çalışmalar yapmaktadır. Bilindiği üzere, birey ve aile ile mikro ve mezo düzeyde çalışma yapan sosyal hizmet uzmanları, toplum ile makro düzeyde çalışma yaparlar. Toplumda var olan yoksulluk, işsizlik, göç, şiddet vb. sorunlar makro düzeyde müdahale ihtiyacını beraberinde getirmektedir.

Toplumla çalışma, toplumsal birlik ve toplumsal katılım esasına dayalı olarak çocuk yuvası, hastane, okul gibi uygulama alanlarında problemlerin çözülmesi ve gereksinimlerin karşılanması ya da küçük coğrafi bir bölgede eğitim, sağlık, tarım ve toplum kalkınması gibi alanlardaki gereksinimlerin giderilmesinde işlevi olan bir sosyal hizmet yöntemidir (Duman 2000).

2.3.2.8. Okul sosyal hizmeti

Okul sosyal hizmeti, ilkokul ve ortaokulda eğitim gören gençlerin psiko-sosyal ihtiyaç ve sorunlarını kapsayan çalışmalardır. Okul sosyal hizmeti; öğrencilerin ailelerinin durumlarını, gelişim dönemlerini ve akademik başarılarını göz önünde bulundurarak öğrencilerin sorunlarının çözümü ve eğitim hayatına başarılı bir şekilde devam etmeleri için çalışır. Okul sosyal hizmeti alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları; öğrenci, aile, okul ve toplum arasında iş birliği ve koordinasyon sağlar. Bu nedenle öğrenci sadece akademik olarak değil, psiko-sosyal yönden değerlendirilmekte ve okulun işlevselliği artmaktadır (Duman 2000).

Okullarda görev alan sosyal hizmet uzmanları; ergenlik dönemi sorunları, saldırganlık ve şiddet gibi sorunlara odaklanarak öğretmenlerin bu tür sorunlarla baş etme kapasitelerini artırmalarına yardımcı olurlar. Ayrıca öğrencilere ve öğretmenlere odaklanmanın yanı sıra öğrencilerin aileleri ile ilgili sorunların çözümünde yönlendirici ve destekleyici hizmet sunarlar (Duyan ve ark. 2008).

Okul sosyal hizmetinin odak noktasının psiko-sosyal sorunlar olmasının yanı sıra ekonomik sorunlar ve öğrencilerin kültürel uyumu okul sosyal hizmeti alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları için oldukça önemlidir. Bu nedenle öğrencilerin içinde bulunduğu gelişim dönemleri de dikkate alınarak öğrencilerin ve ailelerinin yaşadığı sorunların çözümünü sağlamak, ihtiyaç duydukları kaynaklara yönlendirmek ve çeşitli eğitim faaliyetleri ile akademik başarılarını sürdürmek okul sosyal hizmeti uygulamalarıdır (Duman 2001).

2.3.2.9. Yerel yönetimler ve sivil toplum örgütleri

Yerel yönetimler, belirli bir coğrafi bölgede yaşayan topluluğun, ortak gereksinimlerini karşılamak için kurulan, karar organlarının halk tarafından seçildiği, görev ve yetkileri yasalar tarafından belirlenen, bütçesi ve özel gelirleri olan, personeli ve kendine özgü yapısı olan kamu tüzel kişileridir. Yerel yönetimler, demokratik yapının temel unsurlarındandır (Urhan 2008).

Sosyal hizmet uzmanları yerel yönetimler olarak adlandırılan belediyelerde, Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı, Kültür ve Sosyal İşler Daire Başkanlığı, Sağlık ve Sosyal Hizmetler Daire Başkanlığı, Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü gibi birimlerde yönetici ya da meslek elamanı olarak görev almaktadırlar.

Sivil toplum örgütleri ise günümüzde kamu tarafından sunulamayan hizmetlerin sunumunda önemli bir role sahiptir. Sivil toplum kuruluşları çocuk ihmal ve istismarı, aile içi şiddet, madde bağımlılığı, ayrımcılık, damgalama gibi toplumda var olan sorunların çözümü için mücadele eder. Sivil toplum kuruluşlarının temelini oluşturan yardımlaşma ve dayanışma sorunların çözümünde aktif rol oynar. Son yıllarda sayısı gittikçe artan sivil toplum kuruluşları, hizmetleri aktarmada önemli rol ve sorumluluklar üstlenmiştir (Demirkan 2006). Gönüllülük esasına göre oluşturulan sivil toplum örgütlerinde sosyal hizmet uzmanları da görev almaktadırlar.

2.3.2.10. Tıbbi ve psikiyatrik sosyal hizmet

Toplumsal ve teknolojik alandaki gelişmeler doğrultusunda sosyal hizmet mesleğinde farklı uygulama alanları ortaya çıkmıştır. Çocuk refahı, aile refahı, gençlik refahı, yaşlılık refahı ve adli sosyal hizmetler gibi uygulama alanlarının yanı sıra sağlık alanında ortaya çıkan tıbbi sosyal hizmet, mesleğin temel uygulama alanlarından biri olmuştur (Duyan 1996).

Sağlık kavramı sosyal boyutu da olan bir kavramdır. 19.yy'da yoksullukla beraber sağlığı bozulan insanların ortaya çıkması ile sosyal hizmet sağlık kavramı içinde yer almaya başlamıştır. Sosyal hizmetin sosyal yardım sağlamanın yanı sıra halk sağlığı hizmetleri ile bütünleşmeye başlamıştır. Sağlık alanında halk sağlığı, çevre sağlığı gibi kavramların ortaya çıkması konuyu toplumsal açıdan değerlendirebilecek meslek elemanlarına ihtiyaç duyulmasını sağlamıştır (Tomanbay 1992).

Sağlık ve tıbbi hizmetler hem devlet hem de özel sağlık kuruluşları tarafından sunulmakta olup anne ve çocuk sağlığı hizmetleri, bebek bakımı merkezleri ve dispanserler, çocuklarla ilgili görüşmeler, hemşirelerin ziyaret etmesi, engelli, kanser, tüberküloz, kalp rahatsızlığı ve serabral palsi gibi hastalıkları olup tıbbi ve ekonomik yardım ile rehabilitasyona ihtiyacı olan kişilerle yapılan çalışmalar tıbbi sosyal hizmet uygulamalarıdır (Friedlander 1976).

Sağlık sisteminde sosyal hizmetin yeri ve müdahalesi oldukça önemlidir. Tıbbi bakım hizmeti veren kurumlarda çalışan ve bu kurumlardan hastanın taburcu olması sonrasında da hizmet sunan sosyal hizmet uzmanlarının sunduğu hizmetlerde, hastaların ve ailelerin sorun çözme kapasitesini artırma ve kaynaklara yönlendirme söz konusudur. Sosyal hizmet, sunulan tıbbi hizmetin daha etkili ve insancıl olmasını sağlamaktadır. Tıbbi sosyal hizmet alanında görev alan sosyal hizmet uzmanları yönetici, savunucu, eğitimci, araştırmacı ve planlamacı gibi rollere de sahiptirler. Bu rollerin her biri sağlık alanında sosyal hizmet uzmanının yerini ve önemini göstermektedir (Duyan 1996).

Sağlık alanında yaşanan gelişmeler doğrultusunda hastalığın sadece fiziksel bir durum olmadığı, psikolojik durum, sosyal sorunlar ve çevresel faktörlerin de hastalık oluşumunda etkili olduğu kabul edilmeye başlanmıştır. Bu durumun sağlık alanında farklı meslek elemanlarına ihtiyaç duyulmasını zorunlu kılmıştır. Bu nedenle sosyal hizmet uzmanları sağlık alanında önemli bir meslektir. Sosyal hizmet disiplinde yer alan bilgi ve yöntemlerin sağlık alanında uygulanması ile tıbbi sosyal hizmet ortaya çıkmaktadır (Özbesler ve İçağasıoğlu Çoban 2010).

Tıbbi sosyal hizmet alanında görev alan sosyal hizmet uzmanlarının ortak hedefleri sağlığı korumak ve aynı hedefe sahip çok disiplinli ekip üyeleriyle çalışmaktır. Sosyal hizmet uzmanı bu ekibin ayrılmaz bir unsurudur. Sağlık kavramı irdelendiği zaman, insan sağlığının psikolojik, duygusal ve sosyal boyutlarının olduğu,

bu nedenle sunulan tedavi hizmetinin çok boyutlu olması gerektiği bilinmelidir. Bu nedenle tıbbi sosyal hizmet alanında bütüncül bir yaklaşım uygulanmalıdır (Duyan 1996).

Tıbbi sosyal hizmet alanında yapılan çok çeşitli tanımlar mevcuttur. Ancak 2011 yılında Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından çıkarılan “Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi” ne göre tıbbi sosyal hizmetin tanımı; hastanede tedavi olan hastaların tedavisinde sosyal sağlığı koruyarak tıbbi tedavinin etkililiğini ve verimliliğini artırılması, hastanın sosyal çevresi ile iletişiminin sağlanarak ilişkilerinin geliştirilmesi, hastaya ait sosyo-ekonomik ve psiko-sosyal problemlerin çözümlenmesi ve hastaların sosyal işlevselliğinin kazandırılması için yapılan sosyal hizmet uygulamasıdır. Sosyal hizmet müdahalesinin tanımı ise; sosyal inceleme, değerlendirme, müdahale, sonlandırma ve izleme aşamalarının birey, aile, grup ve toplum bazında uygulanmasıdır. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşları kapsamında yer alan sosyal hizmet birimleri ise tıbbi sosyal hizmet uygulamasının gerçekleştirildiği birimler olarak belirtilmektedir (<https://dosyasb.saglik.gov.tr>*, Erişim tarihi: 17 Ocak 2019). Görüldüğü üzere yönergede birinci basamak sağlık kurum ve kuruluşlarındaki tıbbi sosyal hizmet uygulamalarından bahsedilmemiştir.

Belirtilen yönergeye göre sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının görev ve sorumlulukları; mevzuatı dikkate alarak hastaneden sağlık hizmeti alan yaşlı, engelli, mülteci, ihmal ve/veya istismar mağduru çocuk, şiddet mağduru, madde bağımlısı ve barınma sorunu olan birey gibi dezavantajlı gruplara sosyal hizmet müdahalesinde bulunmak, tedaviyi reddeden ya da tedaviye adapte olmakta güçlük çeken hastalara yönelik müdahalede bulunmak, hastanede tıbbi sosyal hizmet uygulaması alanına giren konularda eğitim faaliyetlerinde bulunmak, alanı ile ilgili toplantı, sempozyum ve kongrelere katılarak proje geliştirilmesini sağlamaktır. Ayrıca yaptığı bütün mesleki çalışmalarını raporlandırarak gizlilik ilkesine uygun bir şekilde çalışır (<https://dosyasb.saglik.gov.tr>, Erişim tarihi: 17 Ocak 2019).

Hastaların yatarak ya da ayaktan sağlık hizmeti aldıkları süre ile tedavi sonrası dinlenme evresinde geçen sürede hastalık nedeniyle ortaya çıkan sosyal, ekonomik ve psikolojik sorunların çözümü tıbbi sosyal hizmetin odağında yer almaktadır. Tıbbi

* <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1349,img071372pdf.pdf?0>

sosyal hizmet uygulamasında bulunan sosyal hizmet uzmanları mesleğin temel bilgi ve değerleriyle etik kuralları doğrultusunda çalışırlar (Aydemir 2003).

Tıbbi sosyal hizmet uygulamaları, hastaların iyileşmelerinin yanı sıra psiko-sosyal gelişim sağlanmasını, hastaların bakım hizmetlerinden faydalanmalarını ve temel ihtiyaçlara erişmelerini, hastaların işlevselliğinin artırılmasını, hastaların zihinsel ve fiziksel sağlığının korunmasını ve uygulamalar kapsamında etik sorumluluğun geliştirilmesini amaçlamaktadır. Ülkemizde tıbbi sosyal hizmet uygulamaları daha çok yataklı tedavi hizmeti sunan hastanelerde yapılmaktadır. Bu nedenle koruyucu ve önleyici sağlık hizmeti sunan birinci basamak sağlık hizmetlerinde de tıbbi sosyal hizmet uygulamalarına ihtiyaç vardır (Duyan 2003).

Birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında İl Sağlık Müdürlükleri ve İlçe Sağlık Müdürlüklerinde sosyal hizmet uzmanlarının görev almaları ile birinci basamakta da tıbbi sosyal hizmet uygulanmaya başlanmıştır. Birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumlara başvuran kişilerin ihtiyaç ve gereksinimleri dikkate alınarak tıbbi sosyal hizmet müdahalesinde bulunmaktadır.

2.3.2.10.1. Türkiye’de sağlık alanında sosyal hizmet uygulaması

Geçmişten günümüze kadar sağlık hizmeti vermeye devam eden Sağlık Bakanlığı, 2011 yılında 663 sayılı “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” çıkararak sağlık sisteminde birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerini tanımlamıştır. Ancak 25 Ağustos 2017 tarihli Resmi Gazete’ de yayımlanan 694 sayılı kararname ile sağlık bakanlığının teşkilat yasasında değişiklik yapılmıştır. Yapılan değişiklik ile Kamu Hastaneleri Kurumu ve Halk Sağlığı Kurumu genel müdürlüğe dönüştürülmüştür. Sağlık alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, görev aldıkları birinci basamak, ikinci basamak ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında kurumun yetkileri çerçevesinde çalışmaya devam etmektedirler.

2.3.2.10.1.1. Birinci basamak sağlık kurumlarında sosyal hizmet

Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, birinci basamak sağlık hizmeti sunmakta olup görev, yetki ve sorumlulukları; birinci basamak sağlık kurumlarının işleyişini düzenlemek, halk sağlığı için tehdit olabilecek durumlarda müdahalede bulunmak, çocuk, ergen, yaşlı, kronik hasta, bulaşıcı hasta vb. riskli gruplara uygun çalışmalar

yürüterek bu alanlarla ilgili verileri toplamak, değerlendirmede bulunmak, halkın sağlığını tehlikeye atan obezite, sigara vb. zararlı maddelerin kullanımı ile ilgili mücadele etmek, laboratuvar hizmeti sunmak, biyolojik ürünler ve test materyalleri temin etmek ve personelin desteklenmesi için mesleki eğitim faaliyetlerinde bulunmaktır (T.C. Resmi Gazete, 25 Ağustos 2017, sayı: 30165).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2 Mayıs 2014 tarihli ve 29007 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanan “Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik” de sosyal hizmet uzmanının görevleri; sosyal işlevselliği sağlamak, tıbbi sosyal hizmet uygulamaları kapsamında gerekli raporları hazırlamak, sağlık hizmeti sunulan dezavantajlı gruplara yönelik sosyal hizmet müdahalesinde bulunmak, krize müdahale uygulaması yapmak, farkındalık oluşturmak ve gönüllülük esaslı çalışmalarını koordine etmektir (T.C. Resmi Gazete, 02 Mayıs 2014, sayı: 29007).

Yönetmelikten de anlaşılacağı üzere sosyal hizmet uzmanları için sadece birinci basamak sağlık kurumlarında gerçekleştirilen görev ve yetkiler yoktur. Burada bütüncül bakış açısıyla sağlık alanında çalışan tüm sosyal hizmet uzmanları için çalıştığı hizmet basamağı fark etmeden görev, yetki ve sorumluluklar verilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin yürütüldüğü Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü’ne bağlı olarak görev alan sosyal hizmet uzmanları, görev aldıkları birimin temel hizmetleri çerçevesinde sosyal hizmet uygulamasını gerçekleştirir.

2.3.2.10.1.2. İkinci basamak sağlık kurumlarında sosyal hizmet

Sağlık Bakanlığı politika ve hedeflerine uygun olarak 2011 yılında çıkarılan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname” nin 29. maddesinde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin verilmesi amacıyla Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu’nun kurulduğu belirtilmiştir. Ancak daha öncede belirtildiği gibi 25 Ağustos 2017 tarihli Resmi Gazete’ de yayımlanan 694 sayılı kararname ile Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü kurulmuştur. İkinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan Türkiye Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü’nün görev, yetki ve sorumlulukları; hastanelerin işleyişini sağlamak, sağlık alanında teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin devamlılığını sağlamak, performansı değerlendirmek, hasta hakları ve çalışan

güvenliği alanında çalışmalar yapmaktır (T.C. Resmi Gazete, 25 Ağustos 2017, sayı: 30165).

Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunmaktadır. Bu hastanelerde görev alan sosyal hizmet uzmanları Hasta Hakları, Çalışan Sağlığı ve İş Güvenliği ve Sosyal Servis gibi birimler adı altında görev almakta ve hasta ile sağlık çalışanları arasında iletişimi sağlayan önemli bir etken olarak görev almaktadır.

2.3.2.10.1.3. Üçüncü basamak sağlık kurumlarında sosyal hizmet

Üçüncü basamak sağlık kurumları ileri düzeyde tetkik ve tedavi gerektiren hastalıklar için sağlık hizmeti vermektedir. Ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri gibi özel dal hastaneleri, eğitim ve araştırma hastaneleri ile üniversite hastaneleri üçüncü basamak sağlık hizmeti veren kurumlardır (Tabak 2000).

Sevk zincirinin son halkasıdır. Üçüncü basamak sağlık kurumlarında alanında uzmanlaşmış akademisyen olarak da görev alan sağlık çalışanları görev almaktadır. Üçüncü basamak sağlık kurumlarında ileri tetkik gerektiren durumlar değerlendirilir ve bu yönde tedavi hizmeti verilir.

Üçüncü basamak sağlık hizmeti veren sağlık kurumlarında görev alan sosyal hizmet uzmanları ikinci basamak sağlık kurumlarında olduğu gibi Hasta Hakları, Çalışan Sağlığı ve İş Güvenliği ve Sosyal Servis gibi birimler adı altında görev almakta ve tıbbi sosyal hizmet uygulaması gerçekleştirmektedirler.

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında görev alan sosyal hizmet uzmanları, mesleki bilgileri doğrultusunda gerekli mesleki çalışmalarını yürütürler. Bunun yanı sıra birinci basamak sağlık kurumlarında görev alan sosyal hizmet uzmanları, halk sağlığı alanında çalışmış olurlar. Bu durumda ise halk sağlığı sosyal hizmeti kavramı ortaya çıkmaktadır.

2.3.2.10.2. Halk sağlığı sosyal hizmeti ve sosyal çalışmacı (sosyal hizmet uzmanı)

Halk sağlığı alanında sosyal hizmetin en önemli özelliği, birincil seviyedeki müdahaleye vurgu yaparak tüm nüfus gruplarının sosyal işlevselliğini ve sağlık durumunu etkileyen sosyal problemleri tanımlayan epidemiyolojik bir yaklaşım olmasıdır. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanı; doğrudan hizmet sağlayıcı, araştırmacı,

danışman, yönetici, program planlayıcısı, değerlendirici ve politika yapıcı roller ile harmanlanmıştır. Ayrıca yaşam döngüsünün sürekliliğinde fiziksel, sosyal, duygusal ve manevi refahı içererek sağlığı geniş bir perspektifle ele almaktadır. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, disiplinlerarası bir ekip olarak çalışmaktadırlar. Birlikte çalışılan çeşitli meslek elemanları mevcuttur. Bunlar; hemşireler, beslenme uzmanları, sağlık eğitimcileri, hekimler ve çevre uzmanlarıdır. Odak noktaları sorunları önlemek ve erken müdahale etmektir. Halk sağlığı sosyal hizmet uygulamasında üç önleme seviyesi vardır. İlk seviye birincil önlemedir. Bu düzeyin amacı hastalıkları ve olumsuz koşulları önlemektir. İkinci seviye hastalığın etkilerini en aza indirmek ile erken tanı ve tedavi için ikincil önlemedir. Üçüncü önleme seviyesinin amacı ise hastalığın tedavisi sonrasında rehabilite edici hizmetlerdir. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanı, Sosyal Hizmet Bölümü'nü lisans ya da yüksek lisans derecesiyle bitiren, devlet personel sınıflandırma sisteminde halk sağlığı alanında sosyal hizmet uygulaması yapmak için uygun niteliklere sahip olan kişidir. Halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanı; sosyal hizmet etik, ilke ve değerlerine uygun olarak sosyal hizmet müdahalesinde bulunur (Browne 2011).

Halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları, disiplinler arası takımların üyeleri olarak hizmet etmekte, meslektaşları ile aynı becerileri paylaşmakta ve halk sağlığı müdahalelerine katılmaktadırlar. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanlarının halk sağlığı pratiğine getirdikleri benzersiz yaklaşım, sosyal hizmet teorisine, özellikle de uygulamaya yönelik çevresi içinde birey yaklaşımına dayanmaktadır. Sosyal hizmet uzmanlarına özgü uygulama yöntemleri; aile merkezli, toplum temelli, kültürel olarak yetkin ve koordine edilmiş bakım halk sağlığı uygulamalarına entegre edilmiş olup diğer kamu sağlık hizmetleri sağlayıcıları tarafından da benimsenmiştir (Tonniges ve Haas 1997).

Sosyal hizmet uzmanları, toplum değerlendirmesi ve sosyal adalet gibi sosyal hizmet değerlerini en savunmasız nüfusa odaklanarak kültürel yeterlilik ihtiyacının tanınması, ırk ve etnik kökene duyarlılık gibi halk sağlığı uygulama becerilerini ortaya koymaktadırlar. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, müdahalelerin özel popülasyonlara uyarlama ihtiyacını anlamaktadırlar (Sable ve ark. 2011).

Sosyal hizmet ve halk sağlığı tarafından paylaşılan iki değer, sağlıkta eşitsizliklerinin giderilmesi ile sosyal, ekonomik ve çevresel adaletin

desteklenmesidir. Irk veya etnik köken, cinsiyet, eğitim, istihdam veya sigorta durumu, engellilik durumu ve fiziksel koşullar nedenleriyle nüfuslar arasında sağlık eşitsizlikleri bulunmaktadır. Bu durum tarama, insidans, mortalite, sağkalım ve tedavide farklılıklara sebep olmaktadır (Gehlert ve ark. 2008).

Sosyal çalışma ve halk sağlığı müdahaleleri ve politikası kanıta dayalıdır. Kanıta dayalı uygulamalara ulaşmak için, her iki taraf da programların ve politikaların güçlü bir şekilde araştırılmasına ve değerlendirilmesine güvenmektedir. Sosyal çalışma ve halk sağlığı tarafından kullanılan yaygın bir yaklaşım toplum değerlendirmesidir. Halk sağlığı da program planlama ve değerlendirme için sosyal epidemiyolojiyi kullanır. Halk sağlığında kullanılan epidemiyolojik yöntemler, sosyal hizmet uzmanları tarafından, her düzeyde uygulamaya yönelik müdahaleler geliştirmede de kullanılabilir (Sable ve ark. 2011).

Halk sağlığı sosyal çalışanları dünya genelinde birçok farklı alanda istihdam edilmektedir. Roller, çalıştıkları yerler kadar çeşitlidir. Halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları etkili olmak için birden fazla beceri öğrenmek, çoklu görevlerde usta olmak, mükemmel sözlü ve yazılı iletişim becerilerine sahip olmak ve çeşitli profesyonel disiplinlerden bireylerle yetkin bir şekilde çalışmak zorundadırlar (Keefe ve Evans 2013).

Bir halk sağlığı sosyal hizmet uzmanı olmak, sıkı çalışma ve tüm bireylere iyi sağlık hizmeti verilmesinin gerektiğine dair bir istek gerektirir. Halk sağlığı sosyal çalışmasında bir kariyere başlanıldığı zaman mikro, mezo ve makro düzeydeki müdahalelerde sağlam bir bilgi tabanına sahip olmak gerekir. Ayrıca yöneticiler sadece sosyal hizmette değil, sağlık alanında da bilgi sahibi olunması gerektiğine inanmaktadırlar (Ruth ve ark. 2006).

Halk sağlığı alanında çeşitli koruyucu sağlık hizmetleri verilmektedir ve halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları sosyal hizmet müdahalesinde bulunurken koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik müdahale planı geliştirmektedirler.

2.3.2.10.3. Koruyucu sağlık hizmetlerinde sosyal hizmet müdahalesi

Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında sosyal hizmet müdahalesinde bulunurken, öncelikle sosyal hizmetin temelinde yer alan bilgi, beceri ve değer temelli uygulama yapılır. Bilgi, beceri ve değer sosyal hizmetin temeli ve sağlık alanında sosyal hizmet müdahalesi için de önemli unsurlardır.

Sosyal hizmet müdahalesinde bulunulurken mikro, mezzo ve makro olmak üzere üç düzeyde müdahalede bulunulur. Mikro müdahale birey, aile, grup ile yapılan uygulamadır. Burada önemli olan bireylerin ilişkilerine odaklanarak müdahalede bulunmak ve değişim yaratmaktır. Örneğin, yaşam koçluğu, psiko-sosyal destek, aile terapisi, aile danışmanlığı, grup terapileri mikro çalışmadır. Mezzo müdahale kurum odaklı çalışmadır ve birey-kurum, kurum-kurum, kurum-topluluk ilişkilerine odaklanır. Makro müdahale ise, sosyal politikayı temel alan uygulamadır. Makro müdahalede bulunurken herhangi bir toplumsal sorunla ilgili farkındalık yaratarak sosyal politika geliştirilir. Belirli bir gruba yönelik müdahale, hak temelli savunuculuk yapmak ve sosyal hizmet disiplininde düzenleme yapılması gibi etkinlikler makro müdahale kapsamına girmektedir. Birincil koruma, ikincil koruma ve üçüncül koruma olmak üzere üç düzeyde incelenen koruyucu sağlık hizmetleri, sosyal hizmet müdahale düzeyleri ile yakından ilişkilidir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin birincil, ikincil ve üçüncül koruma düzeylerinde sosyal hizmet müdahalesinin mikro, mezzo ve makro düzeylerinde müdahalede bulunulur. Bireyin psikolojik ve fiziksel olarak tam bir iyilik halinde olmasını amaçlayan ve bunun için önlem alan birincil korumada mikro düzeyde eğitim ve bilgilendirme yapılır. Çünkü müracaatçı sağlığını korumak için önlem almak istiyor olabilir, ancak nasıl önlem alacağı konusunda bilgilendirilmezse birincil koruma gerçekleşemez. Mikro düzeyde birincil koruma için eğitim vermek ve bilgilendirme yapmak önemlidir. Birincil korumada mezzo düzeyde ise bilgilendirmenin kapsamı genişletilerek danışmanlık verilmeli ve müracaatçının tam bir iyilik hali için kaynaklara yönlendirilmelidir. Makro düzeyde ise, verilen eğitim toplumsal olarak yaygınlaştırılması, birincil koruma için projeler geliştirilmelidir. Koruyucu sağlık hizmetlerinin bir diğer koruma düzeyi olan ikincil koruma düzeyinde ise önemli olan hastalığın erken tanı ve tedavi edilmesi ile hastalığın ilerlemesinin önlenmesidir. Bu kapsamda koruyucu sağlık hizmetlerinin ikincil korumasında, mikro düzeyde danışmanlık sunmak önemlidir. Çünkü hastalığı hakkında bilgi sahibi olan müracaatçının daha fazla desteklenmeye ve güçlü yönlerinin ortaya çıkarılmasına ihtiyacı vardır. Bu noktada danışmanlık hizmeti vermek önemlidir. İkincil korumada mezzo düzeyinde ise toplum temelli programlar geliştirmek gereklidir. Çünkü erken tanı ve tedavinin toplumun bilinçlenmesi ile yaygınlaşacağı açıktır, bu nedenle toplumun temel alındığı programlar dâhilinde sosyal hizmet müdahalesinde bulunmak

son derece önemlidir. Son olarak makro boyutta sosyal hizmet müdahalesi ise erken tanı ve tedavi için daha iyi politikaların savunuculuğunu yapmaktır. Geniş çaplı değişimlerin gerçekleşebilmesi için politikalara etki etmek gerekir. Bu nedenle bu alanda iyi politikaların savunuculuğunu yapmak ikincil korumanın etki ve gücünü arttırır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde yer alan üçüncül koruma ise hastalığın olumsuz etkilerini en aza indirmek ve rehabilite edici hizmetleri geliştirmektir. Bu kapsamda uygulanan mikro düzey sosyal hizmet müdahalesi ise danışmanlıktır. Çünkü hastalığın olumsuz etkilerini yaşamakta olan müracaatçının zorlu sürecinde aktif bir müdahalede bulunmak gerekir. Üçüncül korumada sosyal hizmet uygulamasının mezzo düzeyinde kurumlar arası işbirliği çok önemlidir. Rehabilite edici hizmetlere ihtiyaç duyan müracaatçıların aileleri destek olsa bile bir takım prosedürler ile uğraşmaları yoldurabilir. Bu durum müracaatçının kendisini yalnız ve çaresiz hissetmesine sebep olur. Bu noktada kurumlar arası işbirliği yapılarak sağlık hizmetlerinin işlevselliği arttırılır. Üçüncül korumada makro düzeyde sosyal hizmet müdahalesi gerçekleştirirken rehabilite edici hizmetlerin daha iyi ve yaygın hale gelmesi için savunuculuk yapmak gerekir. Rehabilite edici hizmetlerin artması üçüncül korumanın önemini ve etkisini arttırır. Bu durum da daha fazla müracaatçının üçüncül korumadan faydalanmasını sağlar. Bu nedenle üçüncül korumanın sağlanması için makro düzeyde müdahalede bulunmak önemlidir (Sable ve ark. 2011).

Örnek verecek olursak, yeni doğan çocukların çeşitli aşular ile bağışıklanması çalışması birincil koruma hizmetleri içerisinde sayılmaktadır. Çünkü henüz ortada bir hastalık ya da sağlık sorunu olmadığı bir dönemde bu kişiler aşularla ileride karşılaşılma olasılığı olan ilgili hastalıklar karşısında bağışık kalmaları sağlanmıştır. Bu noktada çeşitli nedenlerle bireyler ya çeşitli nedenlerle aşılanamamakta (ör: ulaşım, maddi olanaksızlıklar, çeşitli kültürel sorunlar vb.), ya da aşılınmayı reddetmektedir. Bireylerin aşılanamamış olmaları hem kendi sağlıklarının bozulmasında hem de toplumun bağışıklık oranının düşerek toplum içerisinde mikropların döngüsünün önüne geçilememesi nedeniyle diğer insanların da hastalanmasına neden olmaktadır. Bireyle öncelikle kendileri ve çocuklarının hayatlarını tehlikeye atmaktadırlar. Mikro düzeyde sosyal hizmet müdahale olanakları yoluyla birey ve ailelerin bilgilendirilmesi, sorun alanlarının belirlenmesi ve çözümlerin oluşturulması sürecinde sosyal hizmet uzmanı önemli görev üstlenmektedir. Diğer taraftan

kurumların kaynaklarının aktif hale getirilerek grupların ve ailelerin eğitimi, desteklenmesi vb. programlar yoluyla yaşanan bu sorunun önüne geçilmesi mezzo düzeyde bir planlama ile yapılabilecek etkinlikler arasında sayılabilir. Aynı zamanda toplumda oluşan aşırı karşı olumsuz algının giderilmesi, bunların çözümüne karşı toplum liderlerinin harekete geçirilmesi, kitle iletişim araçlarının etkili kullanımı, politika üreticilerin ve karar vericilerin desteklenmesi için faaliyetler ise makro düzeyde yapılabilecek etkinlikler arasında sayılabilir.

Ailenin NTP kapsamında bebeğinden topuk kanı örneğinin alınmasını kabul ettiği ve bebeğin yapılan tetkikler sonrasında Konjenital Hipotriodi olma ihtimali sonucunun çıktığını farz edelim. Bu noktada ikincil koruma devreye girer ve erken teşhis önem kazanır. İlgili kliniğe yönlendirilen aile, bebeğine daha geniş kapsamlı testleri yaptırır. Sosyal hizmet uygulamasında mikro düzeyde danışmanlık yapmak, mezzo düzeyde toplum temelli programlar geliştirme ve makro düzeyde erken tanı ve tedavi için daha iyi politikaların savunuculuğunu yapmak gerekir. Yapılan ayrıntılı testler sonucunda ise bebeğin Konjenital Hipotriodi hastası olduğu kesinleşirse üçüncül koruma ortaya çıkar. Bebeğinin çok sağlıklı olduğunu düşünerek NTP' yi reddeden bir ailenin bebeğinin tanı alması, aile için kolay kabul edilebilir bir durum değildir. Bu nedenle ailenin verilen tedaviye uyumlu davranması ve bu süreçte ailenin desteklenmesi çok önemlidir. Sosyal hizmet uygulaması olarak üçüncül koruma da mikro düzeyde danışmanlık, mezzo düzeyde kurumlar arası işbirliği, makro düzeyde ise daha iyi rehabilitasyon ve tedavi hizmetlerinin sağlanması için savunuculuk yapmak gerekir. Bebeğinin tanı aldığı kabul etmekte zorlanan bir aile, sağlık kurumlarında işleyiş olarak herhangi bir sorunla karşılaşırlarsa tedaviye uyumlu davranmama ihtimali ortaya çıkar. Bu nedenle tedavinin yapıldığı sağlık kurumu ile işbirliği yaparak iletişim sağlamak, tedavinin devamlılığı için çok önemlidir.

Üçüncül koruma açısından bir otizmli çocuk ve onun ebeveynleri ile olan ilişkisi örnek verilebilir. Otizmli çocukların eğitimi, toplum yaşamına adaptasyonu ve çocukların yaşadıkları güçlükler yanı sıra aileler de oldukça zorlanmaktadırlar. Bu ailelerin özellikle çocuklarını özel eğitime yönlendirmek, onların sorunları ve çözüm geliştirme sürecinde sosyal hizmet uzmanının önemli bir rolü vardır. Bireylere sağlanacak psiko-sosyal desteğin yerinde ve zamanında sağlanması gerekir. Bu hem çocuğun rehabilitasyonu için hem de ailelerin sağlık ve refahlarının korunması adına

önemlidir. Yapılacak olan girişimler hem mikro, mezzo hem de toplumsal politikaların geliştirilmesi ve uygulanmasında makro düzeyde etkili olacak uygulamalardır.

Halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının, koruyucu sağlık hizmetlerini reddeden ebeveynler ile görüşme yapmaları ve bu doğrultuda sosyal hizmet müdahalesinde bulunmaları gerekebilir. Birinci basamak sağlık kurumlarında sosyal hizmetin işlevselliğinin artırılması için reddedenlere yönelik uygulanabilecek sosyal hizmet odaklı uygulamaların belirtilmesi çok önemlidir.

2.3.2.10.4. Reddedenlere yönelik sosyal hizmet bağlamında temel uygulama basamakları

NTP kapsamında, bebeklerden topuk kanı örneği alınırken üç sayfadan oluşan prosedür uygulanmaktadır. İlk Sayfa “Ebeveyn Bilgilendirme Sayfası”dır. Bu sayfada tarama programı ile ilgili bilgiler bulunmaktadır. Ailelerin bu konuda bilgi sahibi olması için Ebeveyn Bilgilendirme Sayfası aileye ya okunur ya da okutulur. Sonraki sayfa ise “Bilgi Kayıt ve Kan Alım Kâğıdı”dır. Bu sayfaya bebek ve ailesi ile ilgili gerekli bilgiler yazılıp dairelerin içine kan örneği alınmaktadır. Son sayfa ise “Ebeveyn Rıza Beyanı”dır. Bu beyana göre aile bebeğinden topuk kanı alınmasını kabul edebilir, ret de edebilir. Ancak ailenin kararı ne olursa olsun “Ebeveyn Rıza Beyanı” aileye imzalatılır. Uygulanan bu prosedür ailenin tarama programı hakkında bilgi sahibi olması ve yapılan tıbbi işlem üzerinde karar sahibi olmasını görünür kılmaktadır. Ebeveyn Rıza Beyanı’nda “bebeğimden topuk kanı örneği alınmasını kabul etmiyorum” seçeneğini işaretleyen ailelere ait form İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Çocuk Ergen Kadın Üreme Sağlığı Hizmetleri Birimi’ne gönderilir. Bu noktada NTP alanında çalışan sağlık personeli, aileye ait bilgileri sosyal hizmet uzmanı ile paylaşmaktadır. Tarama programını reddeden aileye ait bilgileri alan sosyal hizmet uzmanı müdahale planı uygular.

Müdahale planının ilk aşaması başlangıç aşaması bir diğer adıyla problemleri tespit etme aşamasıdır. Bu aşamada sosyal hizmet uzmanı aile hakkında bilgi toplar. Sosyal hizmet uzmanının bireyi doğru anlayabilmesi için kişiyle ilgili bilgi edinmesi ve bu bilgileri değerlendirmesi gerekir. Kişinin hekimi ile görüşülerek ayrıca sağlık kurum kayıt örnekleri incelenerek bilgi toplama aşaması gerçekleştirilir (Duyan 1996). Birinci basamak sağlık kurumlarında bilgi toplama işlemi gerçekleştirilirken bireylerin

aile hekimleri ile görüşmek çok önemlidir. Çünkü aile hekimleri yaptıkları izlem ve takipler ile kişi hakkında bilgi sahibidir.

Sonraki aşama ise planlama aşamasıdır. Bu aşamada incelemenin yapılabilmesi için planlama yapılır. Planlama yapılırken ilk aşamada tespit edilen bilgiler yeniden kontrol edilir ve görüşme organize edilir. Müracaatçı ile görüşen sosyal hizmet uzmanı, sosyo-ekonomik değerlendirme ile psiko-sosyal değerlendirme yapar. Planlama aşamasından sonra ise tespit edilen sorunların çözümü için hizmetin verilmesi aşamasına geçilir. Bu noktada sosyal hizmet uzmanı kişiyi kaynaklarla buluşturma, danışmanlık yapma, bilgi verme ve destek olma gibi hizmetler verir. Verilen hizmetler sonrasında değerlendirme, sonlandırma ve takip aşamasına geçilir. Yapılan değerlendirme sonrasında görüşme sonlandırılır. Sonlandırma aşamasında bireyin yönlendirildiği kurumdan hizmet alıp almadığını takip etmek gerekir. Yönlendirilen kurum, telefonla aranarak bu konuyla ilgili bilgi alınabilir (Duyan 1996). Örneğin bebeğinin topuk kanı örneğini aldırarak istemediği için görüşme yapılan ebeveyn, yapılan görüşme sonrasında bebeğinin topuk kanı örneğinin alınmasını kabul etmesi halinde Aile Sağlığı Merkezi' ne yönlendirilir. Ebeveynin bebeğinin topuk kanı örneğini aldırarak için Aile Sağlığı Merkezi' ne gidip gitmediğini öğrenmek için telefonda iletişim kurulabilir. Bunun yanı sıra Sağlık Bakanlığı tarafından koordine edilen NTP Portalı' nden de kan örneğinin alınıp alınmadığı kontrol edilebilmektedir.

Sosyal hizmet uzmanının müracaatçı ile kurduğu ilişki mesleki ilişkidir. Mesleki ilişkiyi kurmak ve sürdürmek için empati yapmak, açık ve anlaşılır konuşmak, olumlu geribildirimde bulunmak, güven duygusu vermek ve konuşmanın sınırlarını çizmek esastır. Mesleki ilişki sonucunda değişim sürecinin gerçekleşebilmesi için mesleki ilişkinin yapıcı olması gerekmektedir. Bunu sağlamak için de iletişim faktörü üzerinde durmak önemlidir (Turan 2009). Örneğin bebeğinin topuk kanı örneğini aldırarak istemeyen bir aileyle görüşme yaparken doğru iletişim kurmak yerine suçlayıcı davranarak aileyi eleştirmek, mesleki ilişkinin zarar görmesine neden olur. Suçlanan ebeveyn işbirliğine kapalı hale gelir ve değişim süreci başlamaz.

Halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları diğer alanlarda çalışan sosyal hizmet uzmanları gibi görüşmeler sırasında mesleki bilgi ve becerilerini kullanmalıdırlar. Çünkü karşılaşılan vakaların sosyal hizmet disiplini çerçevesinde

yorumlanması vakaların daha olumlu sonuçlarla sonlandırılmasını sağlamaktadır. Hastalara ve hasta yakınları ile Medikal Model yerine Sosyal Model'i dikkate alarak iletişim kuran sosyal hizmet uzmanları sağlık alanındaki sorunların çözümünde mesleki farklılığını gözler önüne sermektedir.

Sosyal hizmet uzmanının görüşmeler sırasında kullandığı mesleki becerilerden ilki sözlü iletişim becerileridir. Sözlü iletişim hem kişiler arası iletişimi sağlamak hem de kurumlar arası iletişim ve işbirliğini sağlamak için çok önemlidir. Sözlü iletişim becerisi kullanılırken açık ve anlaşılır bir dil kullanılır. Uzun ve aşırı bilgi içerikli açıklamaların müracaatçı tarafından anlaşılması güç olabilmektedir. Bu nedenle açık ve net iletişim kurmakta fayda vardır. Bir diğer beceri, sözsüz iletişim becerileridir. Görüşme sırasında kişinin kültürel özelliklerini de dikkate alarak göz teması kurmak, kişisel alan oluşturmak, yüz ifadeleri ile karşı tarafı dinlediğini göstermek görüşmenin daha olumlu geçmesini sağlar. Bunun yanı sıra ses tonu ve dış görünüş de sözsüz iletişimde önemli öğeler arasında yer alır. Görüşme sırasında aktif dinleme, empati yapma ve görüşme için motivasyon sağlama önemli mesleki becerilerdir (Sheafor ve Horejsi 2012). Sosyal hizmet uzmanı mesleki bilgi ve becerilerini kullanarak müdahalede bulunurken bazı uygulama alanlarında, görüşmeler ofis ortamında değil ev ortamında gerçekleştirilir. Görüşmelerini ev ortamında gerçekleştiren meslek gruplarından biri de halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarıdır.

Görüşmeyi ev ortamında yapmak sosyal hizmet mesleğinin ortaya çıktığı zamanlardan beri oldukça yaygındır. Fakat bazı sosyal hizmet uzmanlarının ev ortamında görüşme yapmayı profesyonel bulmaması ve ofis temelli çalışmalara uygun olmadığını öne sürmesi nedeniyle evde görüşme yapmak olumsuz olarak değerlendirilmiştir. Ancak sosyal yardım için inceleme yapmak, konut odaklı hizmet sunmak, yaşlılık alanında ev ziyareti yapılması zorunluluğu vb. durumların olması nedeniyle görüşmenin evde yapılması gerekliliği devam etmiştir. Bununla birlikte günümüzde halen ev ortamında görüşme yapmanın sakıncalı olduğunu düşünen sosyal hizmet uzmanları vardır. Fakat müracaatçının sorunlarının yerinde tanımlanması, sosyal ilişkilerinin daha net anlaşılması ve sosyo-ekonomik durumunun daha detaylı değerlendirilebilmesi için ev ortamında görüşme yapmak doğru ve tercih edilmesi gereken bir yöntemdir. Görüşme yapıldıktan sonra hem mesleki bilgi ve beceriyi gösteren hem de süreci açıklayan raporlama aşamasına geçilir. Rapor yazılırken olayın

özü anlatılmalı ve net ifadeler kullanılmalıdır. Genel bilgiler nesnel olmalıdır ancak sosyal hizmet uzmanı rapor içerisinde yer alan “değerlendirme” kısmında kendi çıkarımlarını ve önerilerini belirtmelidir. Bunun yanı sıra yazım hatalarına dikkat edilmeli ve devrik cümle kullanılmamalıdır (Sheafor ve Horejsi 2012). Sosyal hizmet uzmanının uyguladığı müdahale sürecinde yapılan görüşmenin kapsam ve içeriğinin anlaşılması, verilen hizmetler ile yapılan bilgilendirme ve yönlendirmenin neler olduğunun görülmesi için raporlama yapılmalıdır ve sosyal hizmet uzmanı yazdığı raporu kurum kayıtları arasına geçirmekle sorumludur. Sosyal hizmet uygulamasının olduğu kurumlarda, sosyal hizmet uzmanı yazdığı sosyal inceleme raporunu kişinin dosyasına koyarak muhafaza etmelidir (Turan 2009). Ayrıca yapılan mesleki faaliyetlerin raporlanması, mesleğin ihtiyaç ve gerekliliğini görünür kılmaktadır.

Sosyal hizmet uzmanı yaptığı görüşmeler sırasında sosyal hizmet disiplinin bilgi temelinde yer alan bazı yaklaşımları kullanır. Bunlardan biri Güçlendirme Yaklaşımı’dır. Güçlendirme Yaklaşımı, ilk olarak klinik sosyal hizmet uygulamalarında kullanılmaya başlanmıştır. Ancak daha sonra diğer sosyal hizmet uygulama alanlarında da kullanılmaya başlanmıştır. Güçlendirme Yaklaşımı’nın temel amacı bireyin kendi potansiyelinin farkında varması ve çözüm sürecine dâhil olması olmasıdır. Güçlendirme Yaklaşımı, Sorun Odaklı Yaklaşım’ın alternatifi olarak görülmektedir (Duyan ve ark. 2008).

Güçlendirme Yaklaşımı bireylere, ailelere ve gruplara farklı bakış açısıyla bakılmasını sağlar. Müracaatçıların her biri kapasiteleri, yetenekleri, yetkinlikleri, imkânları, vizyonları ve değerleri doğrultusunda değerlendirilir. Bu yaklaşım bireylerin ne bildiği ve ne yapabileceği ile ilgili öngöründe bulunulmasını sağlar. Güçlendirme Yaklaşımı iki durumu ortaya çıkarır. Bunlardan ilki; kendi gücünün farkına vararak çevrenin yardımıyla iyileşme, diğeri de yaşamın gerçekten başka türlü olabileceğini ümit ederek işbirliğine açık olmaktır (Saleebey 1996).

Kullanılan bir diğer yaklaşım ise Ekolojik Yaklaşım’dır. Ekolojik Yaklaşım da bireylerin çevreleri ile etkileşim ve iletişim halinde olduğu göz önünde bulundurarak hem içsel hem de dışsal faktörlere odaklanır. Ekolojik yaklaşıma göre bireyler pasif değil, çevreleriyle etkileşime giren aktif kişilerdir. Bu yaklaşıma göre sosyal hizmet müdahalesinin başarılı olabilmesi için müdahalenin sadece bireye değil bireyin içinde

bulunduğu ekolojik birimlere yapılması gerekmektedir. Ekolojik Yaklaşım doğrultusunda çevresi içinde birey bakış açısı oldukça önemlidir (Duyan 2010).

Sosyal hizmet uzmanları tarafından kullanılan bir diğer önemli yaklaşım da Sistem Yaklaşımı'dır. 1920'li yıllardan 1960'lı yıllara kadar sosyal hizmet müdahalesinde bulunurken Medikal Model dikkate alınmıştır. Medikal Model Sigmund Freud tarafından geliştirilmiş olup müracaatçıları sadece hasta olarak kabul etmektedir. Ancak 1960'lı yılların sonrasında Medikal Model yerine Sosyal Model ön plana çıkmıştır. Bu doğrultuda sosyal hizmet, müdahalede bulunurken sorunların çözümünde Medikal Model değil Sosyal Model üzerine durmaya çalışmıştır. Bu nedenle sosyal hizmet bireylerin problemlerinin çözümünde Sosyal Model çerçevesinde sistemleri değiştirmeyi ön planda tutar. 1960'lı yıllardan beri sosyal hizmet disiplini yaptığı müdahalede öncelikli olarak Sistem Yaklaşımı'na odaklanmaktadır. Sistem Yaklaşımı'na göre müracaatçının durumu değerlendirilirken müracaatçının sorununun altında yatan diğer etkenler değerlendirilir. Bu durum sosyal hizmet müdahalesini daha güçlü kılar (Duyan ve ark. 2008). Sistem Yaklaşımı'nın temel kavramları; ilişki, denge ve bütüncüllüktür (Duyan 2010).

Birçok bilim alanında olduğu gibi davranış bilimlerinde de çeşitli ilerlemeler yaşanmaktadır. Bireyin içinde yer aldığı çevrede, çok çeşitli faktörlerin olması ve bu faktörlerin bireyi etkilememesinin mümkün olmadığı gerçeği üzerine Ekolojik Sistem Yaklaşımı ortaya çıkmıştır. Ekolojik Sistem Yaklaşımı, bireyi çevresi içinde değerlendirir. Çünkü bireyin içinde yer aldığı aile sistemi, arkadaş sistemi, eğitim sistemi gibi çeşitli sistemler mevcuttur. Birey bu sistemlerle etkileşime girerek davranışlarına yön vermektedir. Ekolojik Sistem Yaklaşımı'nda sistem, sosyal çevre, enerji, kesişim, adaptasyon, baş etme, karşılıklı bağımlılık, interaksyon ve transaksyon kavramları kullanılmaktadır. Sistem, işlevlerini yerine getiren parçalardan oluşur. Aile sistemi, okul sistemi gibi sistemler buna örnek gösterilebilir. Sosyal çevre ise, insan yaşamını etkileyen, fiziksel, sosyal, kültürel ve biyolojik unsurları olan bir kavramdır. Bireylerin yaşamlarını devam ettirebilmeleri için çevreleri ile iletişim ve etkileşim halinde olmaları gerekir. Ekolojik Sistem Teorisi'ne göre önemli olan "çevresi içinde birey" dir. İnteraksyon ise karşılıklı ilişki durumunu ifade ederken transaksyon ise karşılıklı iletişimin yanı sıra tek yönlü aktarımı da ifade etmektedir. Ekolojik Sistem Yaklaşımı'nda yer alan enerji ise bireyin çevre ile

ilişkinin temel kaynağıdır. Enerji, girdi ya da çıktı şeklinde olabilir. Birey ve çevre arasındaki odak noktası ise kesişimi oluşturur. Çevre şartlarına uyum sağlamak ise adaptasyon olarak adlandırılır. Adaptasyonun diğer biçimi de baş etmedir. Ekolojik Sisteme ait olan karşılıklı bağımlılık unsuru ise bireyin çevresiyle iletişime girerek oluşturduğu karşılıklı bağımlılıktır (Danış 2006).

Ekolojik Sistem Yaklaşımı'na göre bireylerin yaşam döngülerinde içinde meydana gelen olaylar mikro, mezzo ve makro olaylar olmak üzere üç şekilde meydana gelmektedir. Bireylerin sahip olduğu kişisel deneyimleri mikro olaylardır. Bireyin davranışlarında her ne kadar deneyimler etkili olsa da sosyal çevre de bireyin davranışlarını şekillendirmektedir. Örneğin kişinin madde bağımlısı olması kişinin hem kendi içsel deneyimleri hem de sosyal çevresi ile ilgili olduğu için mikro olaydır. Bireylerin içinde buldukları sosyal çevrede yer alan küçük gruplarla iletişim kurması ise mezzo olaylardır. Mezzo olaylara göre birey ailesi, iş çevresi gibi küçük gruplarla iletişim ve etkileşim halindedir. Son olarak bireyin geniş organizasyonlar ile iletişim kurması da makro olaylardır. Sosyal çevre birey üzerinde oldukça etkilidir. Örneğin yoksulluk üzerine sosyal politikalar oluşturmak makro olaylardır (Zastrow ve Ashman 1997).

Halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanları mesleki bilgi ve becerilerini kullanarak müdahale planı oluşturur. Bunu yaparken de bir dizi uygulama basamaklarını kullanır. Mesleki müdahalede bulunurken uygulama basamaklarına göre hareket etmek müdahaleyi daha nesnel bir hale getirir. Ayrıca kurumlar tarafından kabul edilen mesleki bir standart ortaya çıkmış olur. Çalıştığı her alanda dezavantajlı gruplarla çalışan sosyal hizmet uzmanları için müdahale basamakları mesleğin yapıtaşlarından. Bunun yanı sıra yapılan her türlü mesleki müdahale etik açıdan değerlendirilmelidir. Bu nedenle tıp alanında etik ile sosyal hizmet etiği her zaman değerlendirilmesi gereken konulardır.

2.3.2.10.5. Tıbbi uygulamada etik ve sosyal hizmet etiği

Teknolojik alandaki gelişmeler ile bilim alanındaki ilerlemeler değer sorunlarının ortaya çıkmasına sebep olmuştur, böylelikle sağlık alanında da etiğin önemi gittikçe artmıştır (Karaöz 2000).

Öncelikle etik kavramının ne olduğunu anlamak gerekir. Etik, uzun yıllar sonrasında oluşturulmuş güçlü ve uygulanabilir ölçülü bir girişimdir. Etik mantık

yürütme ise, gerçekliğe, gerçeklikten ortaya çıkan mantığa, toplumun geneli tarafından kabul görmüş deneyimlere ve içgüdülere dayanmaktadır. Deneyim ve çabanın bir araya gelmesiyle insanlar etik değerlendirme yapabilecek seviyeye gelebilirler. Ayrıca etik, düşüncelerle yapılan değerlendirme ve çıkarımda bulunmak için yargılarımızın oluşmasını sağlar. Etik kavramının çok çeşitli kurallarının olduğu görünmesine rağmen, etik kurallar bürokratik kurullarla eş değer tutulmamalıdır. Aynı şekilde etik, iyi veya kötü, doğru veya yanlış gibi çıkarımlarda bulunsan bile değer bildiren yargılarla aynı değerlendirilmemelidir (Örnek Büken ve Büken 2002).

Etik kelimesi Yunan dilindeki “Ethos” kelimesinden gelmektedir. Ahlak kuramı ya da teorik ahlak olarak da adlandırılır. Etik, iyi ve doğru kavramlarının ne olduğunu, mutlak doğru ya da mutlak iyi kavramlarının varlığını araştıran bir mantıksal çabadır. Çeşitli alanlarda varlığını gösteren etik kavramı sağlık alanı içerisinde tıbbi etik olarak adlandırılmaktadır (Arda ve Şahinoğlu Pelin 1995).

Etik ahlak felsefesi demektir ve iyi ile kötüyü, doğru ile yanlış sorgulamaktadır. Etik, sorgulamada bulunurken insanın özellikleri ve ruhsal durumu üzerine fikir ortaya çıkarmaktadır (Guttman 2013).

Etik ilkeler herkesi kapsamaktadır ve etik, belirli olaylara yönelik ilkeler doğrultusunda kurallar ortaya koyma amacıyla kullanılmaktadır (Banks 2012).

Tıbbi etik, sağlık hizmetinin verilmesi sırasında sağlık çalışanı- sağlık hizmeti alan kişi arasındaki ilişkilerde değer sorunları ile ilgilenmektedir. Örneğin, ölümün tanımı, kürtajın hangi durumlarda gerekli olduğu, embriyo dokularının kullanılma durumu, organ nakli, genetik uygulamalar gibi başlıca konularda etik sorunları yaşanmaktadır. Yaşanılan bu sorunlar henüz çözümlenememiş olup bu sorunların çözümlenme çabası temel bir etik çalışmasını da beraberinde getirmektedir (Arda ve Şahinoğlu Pelin 1995).

Etik, sosyal hizmet için oldukça önemli bir kavramdır. Çünkü bireylere sorunlarının çözümüne yardımcı olan ve sosyal gelişim için çalışan sosyal hizmet disiplininin karar verme sürecinde etik önemlidir. Toplumdaki önemli sosyal sorunlar ile ilgili çalışan sosyal hizmet uzmanları için sosyal hizmetin değerleri doğrultusunda gelişen etik vazgeçilmezdir. Bu doğrultuda sosyal hizmet etiğindeki farklı yaklaşımlar da önem taşımaktadır (Öztürk 2009).

Birbirinden farklı etik yaklaşımları sosyal hizmet etiğinin gelişmesini sağlamıştır. Modern dönemde bireylerin mantık çerçevesinde aklını kullanması akılcılık ve deneyciliği ortaya çıkarmıştır. Kant'ın etik felsefesi ve yararcılık felsefesi de modern etiği ortaya çıkarmıştır. Postmodern dönemde ise öznellik, şüphecilik ve görecelilik kavramları ortaya çıkmıştır. Postmodern etik üzerine yapılan çalışmalar sonrasında bakım etiği, erdem etiği gibi etik konuları gündeme gelmiştir (Hugman 2005).

Sosyal hizmet disiplininde etik kavramı son yıllarda baskı karşıtı uygulama ve insan haklarını temel alarak tekrar değerlendirilmektedir. Bu nedenle eleştirel yaklaşımlar ile baskı karşıtı uygulama yaklaşımlarının sosyal hizmet uygulaması için önemli olduğuna inanılmaktadır (Hatiboğlu 2011).

Sosyal hizmet etiği için temel olan insana saygı ve bireyin bağımsızlığıdır. Eşitlik, yurttaşlık, iyilik ve kendi kaderini tayin hakkı ise değerlendirilme şekline göre farklılık göstermektedir. Bu nedenle eleştirel yaklaşımlar ile baskı karşıtı yaklaşımlar sosyal hizmetin değerlerine katkıda bulunmuştur. Sosyal hizmet bakış açısı radikal etik yaklaşımlar ile genişlemiştir (Hatiboğlu 2011).

İnsanların sorunlarını çözüp sosyal refah düzeyini artırmaya çalışan sosyal hizmet uzmanları, uygulamaları sırasında çok fazla etik ikileme karşılaşabilmektedir. Görüşme yaptığı vakalar hakkında etik karar vermesi beklenen sosyal hizmet uzmanı kişisel, kurumsal ve mesleki değerler arasında denge kurmaya çalışmaktadır. Belirli etik kurallar çerçevesinde mesleki ve kurumsal sorumluluğunu yerine getiren sosyal hizmet uzmanları için bazen etik kurallar yetersiz kalmaktadır. Bu noktada etik karar verme süreci ve etik karar verme modelleri son derece önemlidir (Gökçearslan Çifçi ve Gönen 2011).

Etik kurallar mesleki kurallar olarak da adlandırılır ve mesleğin güvence altına alınmasını sağlar. Mesleki kurallar mesleğe karşı toplumda saygının olmasını sağlar. Meslektaşlar, meslek elemanı ve müracaatçı arasında nasıl bir ilişki olduğunu gösteren meslek kuralları net, düzenli ve tarafları bağlayıcı özelliktedir (Kut 1988).

Tarama programlarının reddedilmesi de içerisinde etik sorunların yer aldığı bir konudur. Ailelerin çocukları üzerindeki karar verme yetkisi ile ailenin rızası olmadan çocuğa yapılan tıbbi girişim etik ikilem doğurmaktadır. Diğer sağlık alanı sorunlarında olduğu gibi bu konuda da henüz net bir sonuca varılamamıştır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın gereç ve yöntem kısmında; araştırmanın yöntemi, veri toplama süreci, veri toplama aracı, verilerin işlenmesi ve analizi, geçerlilik ve güvenilirlik, sınırlılıkları ve etik yönü belirtilmiştir.

3.1. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu araştırmada niteliksel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama yöntemi olarak gözlem ve görüşmenin yapıldığı, elde edilen verilerin düzenlenerek kategorilere ayrıldığı, temaların oluşturulduğu ve sonuç olarak tüm söylemlerin rapor haline getirildiği çalışma nitel veri analizidir. Nitel veri analizinin temel amacı, gerçeklik içinde var olan gizli bilgileri ortaya çıkarmaktır (Özdemir 2010). Nitel araştırma yönteminde önemli olan bireylerin hem doğal yaşamları hem de deneyimleridir. Niteliksel araştırmada kuramsal bilgi ile pratiğin dengelenmesi söz konusudur. Bunun yanı sıra nitel araştırmada örneklem oluşturulur ve araştırmacı yorumlayan özne konumundadır. Bu noktada öznenin sürekliliği ve bütünselliği dikkate alarak yaptığı yorumlama nitel araştırmaya özgüdür (Geray 2014).

Araştırma nitel araştırma türü olan fenomenolojik tipte bir araştırmadır. Fenomenolojik araştırmada kesin ve genellenebilir sonuçlara ulaşamaz ancak önemli olan bireylerin yaşadıkları deneyimler ve bu doğrultudaki söylemleridir. Fenomenolojik araştırma ile bireylerin yaşadıkları durumları nasıl yorumladıkları anlaşılmasına çalışılmakta ve olayların özü anlaşılmasına çalışılmaktadır (Cilesiz 2011).

Nitel araştırmanın özneliği içerik analizi ile nesnelleşmiş olur. İçerik analizinin amacı, söylemin kolayca görünen anlamını göstermek değil üstü kapalı içeriği ortaya çıkarmaktır. İçerik analizi ile söylemlerden çıkarım yapılır. Ayrıca içerik analizi

uygulanırken ilk olarak araştırmanın hedefleri belirlenir. Daha sonra örneklem oluşturulur. Üçüncü olarak kayıt birimleri ile kategoriler belirlenir. Son olarak değerlendirme, çıkarsama ve yorumlama yapılır (Bilgin 2014). Yapılan bu tez çalışmasında, fenomenolojik modele uygun olarak içerik analizi yapılmış olup bireylerin söylemleri değerlendirilmiş, çıkarsama yapılmış ve yorumlanmıştır.

3.2. ARAŞTIRMA GRUBU VE SEÇİMİ

Araştırmanın popülasyonunu NTP kapsamında bebeğinden topuk kanı örneği alınmasını kabul etmeyen anneler oluşturmuştur. Çalışmanın nitel tipte bir araştırma olması nedeniyle önceden görüşme yapılacak kişi sayısının 15 bireyle sınırlandırılması uygun görülmüştür. Araştırmaya katılacak kişilerin seçiminde İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Çocuk Ergen Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Birimi'ne son bir yıl içerisinde NTP' yi reddettiği bildirilen ebeveynler arasından rasgele yöntem ile seçilmiştir.

3.3. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

NTP' yi reddeden ebeveynler ile yapılan görüşmeler bireylerin ikamet adreslerinde yüz yüze görüşme ile yapılmıştır. Görüşmeleri yapmak için ebeveynlerin ikamet adreslerinin bulunduğu İzmir İli' nin Buca, Konak, Bornova, Çiğli, Menemen, Bayraklı, Karabağlar, Urla ve Gaziemir İlçelerine gidilmiştir. Araştırma verisinin toplanması için 4 aylık süre öngörülmüş olup veriler 20.02.2018- 18.05.2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

Veri toplama sürecinde, katılımcılar ile görüşmek için öncelikle katılımcılara telefon ile ulaşılmış ve görüşme yapmak için izin alınmıştır. Telefon ile ulaşılamayan katılımcıların ise doğrudan ikamet adresine gidilmiş ve onayları alınarak görüşmeler yapılmıştır.

Veri toplama sürecinde karşılaşılan en büyük güçlük, ses kaydı alınmasının katılımcılar tarafından tedirginlikle karşılanmasıdır. Katılımcılara araştırmanın konusu ve önemi ayrıntılı bir şekilde anlatıldıktan sonra kimlik bilgilerinin gizli

kalacağı açıklanmıştır. Katılımcıların ses kaydı alınmasını kabul etmesi üzerine veri toplama süreci tamamlanabilmiştir. Veri toplama sürecinde karşılaşılan bir başka zorluk ise bazı katılımcıların görüşme için motivasyonlarının düşük olması ve soruların çoğunluğunun açık uçlu olmasına rağmen sorulara çok kısa cevaplar vermeleri olmuştur. Bu gibi durumlarda katılımcıların soruları daha ayrıntılı cevaplaması için sorular açıklayıcı bir şekilde tekrar yöneltmiştir.

Veri toplama sürecinde yapılan bir görüşme sonrasında, katılımcı telefonla tarafıma ulaşmış ve araştırmaya katıldığı için çevresinin kendisini eleştirdiğini, ses kaydı alınmasından ve imza atmış olmasından dolayı çok korktuğunu belirtmiştir. Görüşülen ebeveyne ses kaydı alınmasının ve imza atmasının kendisine zarar vermeyeceği anlatılarak dilerse kendisinin araştırma dışında tutulabileceği ve istediği zaman tarafıma ulaşabileceği belirtilmiştir.

3.4. VERİ TOPLAMA ARACI

Görüşmeler NTP' yi reddeden ebeveynlerle araştırmacı tarafından hazırlanmış ekte örneği sunulan yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak yapılmıştır. Görüşme formunun ilk sayfasında ebeveynlerin sosyo-demografik özellikleri ve ekonomik durumunu tespit etmek için sorular sorulmuştur. Daha sonraki iki sayfada ise bireylerin sağlık davranışları ve ret nedenlerini anlamaya yönelik 20 tane soru katılımcılara yöneltilmiştir. 20 sorunun içinde dört tane sorunun ise alt soruları da bulunmaktadır. Çalışmada ayrıca katılımcıların yaşadıkları ortamın betimlenebilmesi ve içerik analizine katkı sağlaması için araştırmacı tarafından geliştirilen gözlem ve değerlendirme formu kullanılmıştır. Gözlem ve değerlendirme formu verilerin analiz sürecine katkı sağlamıştır. Ayrıca belirtilen form içerik analizinin yapılması sırasında ebeveynler ile kurulan iletişimin daha net hatırlanmasını sağlamıştır.

Görüşmeler sırasında katılımcıların onayı ile görüşmeler ses kayıt cihazı ile kaydedilmiş ve 11 saat 6 dakikalık ses kaydı elde edilmiştir. Yapılan görüşmelerde en kısa görüşme 20 dakika, en uzun görüşme ise 45 dakikada tamamlanmıştır.

3.5. VERİLERİN İŞLENMESİ VE ANALİZ SÜRECİ

Yapılan görüşmeler sonucunda elde edilen ses kayıtları, bilgisayar ortamında transkripsiyon işaretleri de kullanılarak yazılı hale getirilmiştir. Gözlem ve değerlendirme formundaki bilgiler de dikkate alınarak tündengimsel tematik analiz yolu ile değerlendirme yapılmıştır. Temaların oluşturulması sürecinde kategoriler literatür taraması ışığında oluşturulmuş, ancak alandan elde edilen daha önce öngörülme kategoriler de eklenerek çözümleme sürecine dahil edilmiştir. Verilerin işlenmesi ve analizinde MAXQDA programı kullanılmıştır.

3.6. GEÇERLİK VE GÜVENİLİRLİK

Yapılan bu tez çalışması, NTP' yi reddeden ebeveynlerin tarama programlarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışları ile ret nedenlerini tespit etmek amacıyla yapılan nitel bir araştırmadır. Nitel araştırma türünü kullanan araştırmacının görüşmelere vakit ayırarak katılımcılarla bire bir görüşme yapması ve katılımcıların söylemlerini de doğrudan aktarması gerekmektedir. Nitel araştırmada, varolan bir durum ortaya koyulur, ancak bunu ortaya koyarken genelleme yapmak nitel araştırmanın amacı değildir (Türkdoğan 2000). Nitel araştırmanın kesin ve doğru bilgiye ulaşmak gibi bir amacı olmadığı için geçerlilik ve güvenilirlik de nitel araştırmanın temel amaçları arasında yer almaz. Yapılan niteliksel araştırmalarda geçerlilik ve güvenilirlik yerine aktarılabirlik, onaylanabilirlik ve özgünlük gibi kavramların kullanılmasının daha doğru olacağı bazı yazarlar tarafından önerilmektedir (Creswell 2014).

Nitel araştırmada güvenilirlik yerine tutarlılık önemlidir (Neuman 2006). Araştırma yapılırken katılımcıların belirlenmesi, veri toplama aracının kullanılması ve analiz yapılması nitel araştırmanın güvenilirliğini artırmaktadır.

Nitel araştırmada elde edilen veriler işlenirken ilişkilendirme, betimleme ve sınıflama yapılır. Betimleme aşamasında, araştırmacı katılımcıların söylemlerini ve görüşme sürecinde yaşanan olayları ayrıntılı bir şekilde anlatır. Sınıflama aşamasında ise elde edilen söylemler çözümlendikten sonra kategorilere ayrılır. Verilerin işleme sürecinin bu şekilde yapılması, başlıklandırmanın ve yorumlamanın daha kolay olmasını sağlar (Dey 2005).

Yapılan bu tez çalışmasının geçerliliği ve güvenilirliği şu şekilde sağlanmıştır:

Veri toplama aracının hazırlanması: Araştırmada kullanılan görüşme formu ile gözlem ve değerlendirme formu, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Çocuk Ergen Kadın Üreme Sağlığı Hizmetleri Birimi'nde görev yapan araştırmacı Sosyal Hizmet Uzmanı Rukiye Duygu KURT tarafından hazırlanmıştır. Araştırmanın verilerini toplamak için kullanılan görüşme formu ile gözlem ve değerlendirme formu, literatüre dayalı bir şekilde oluşturulmuş ve benzer araştırmalarda kullanılan veri toplama formları incelenmiştir. Bunun yanı sıra formun oluşturulması sırasında katılımcıların soruları net bir şekilde anlayabilmesi için açık ve anlaşılır bir dil kullanmaya özen gösterilmiştir. Veri toplama sürecine başlamadan önce, soruların anlaşılır olup olmadığını anlamak için sorular üç farklı kişiye yöneltilmiş ve yapılan görüşmeler sonrasında sorular tekrar değerlendirilmiştir. Veri toplama sürecinden önce yapılan bu görüşmeler, soruların ne kadar anlaşılır olduğunu anlamak için yapılmış olup veri toplama sürecine dâhil edilmemiştir.

Verilerin analizi: Katılımcılarla yapılan görüşmeler sırasında elde edilen ses kayıtları bilgisayar ortamında yazılı hale getirilmiş ve yazılı hale getirilen veriler araştırmacı tarafından kategorilendirilmiştir. Yapılan kategoriler tez danışmanları tarafından incelenmiş ve bazı kategoriler değiştirilmiştir.

Raporlama: Bilgisayar ortamında yazılı hale getirilen veriler, kategorilere ayrıldıktan sonra temalar oluşturulmuş ve raporlama yapılmıştır. Raporlama aşamasından sonra da yorumlama yapılmış ve yapılan yorumlar tez danışmanları tarafından değerlendirilmiştir.

3.7. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma İzmir ilinde ikamet eden ve NTP' yi reddeden ebeveynler ile sınırlandırılmıştır. Diğer tarama programlarının ve sağlık hizmetlerinin reddedilmesi ise oldukça geniş kapsamlı bir konudur. Ancak yapılan araştırma, koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında yer alan NTP' nin reddedilme nedenlerinin betimlenmesi olarak belirlenmiştir.

Yapılan görüşmeler sırasında sadece NTP' yi değil NTP kapsamındaki ileri tetkikleri reddeden, İşitme Tarama Programı, Gelişimsel Kalça Displazisi Testi ve

gebelik izlemlerini reddeden ebeveynler ile de görüşmeler yapılmış ancak bu görüşmeler tezin kapsamına alınmamıştır.

Yapılan araştırma sırasında bir ailenin ev ziyaretini kabul etmemesi, bir aileye de ulaşamaması nedenleriyle belirtilen ebeveynler araştırma kapsamına alınamamışlardır.

3.8. ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Yapılan görüşmeler sırasında bireylere aydınlatılmış onam sunulmuş, gerekli açıklamalar yapılarak katılımcıların onayı alınmıştır, ses kaydı yapılmıştır. Araştırmanın İzmir ilinde yürütülebilmesi için İl Sağlık Müdürlüğü'nden ekte sunulan araştırma onayı alınmıştır. Ayrıca araştırmanın etik yönden uygunluğu İzmir Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Etik Kurulunca verilmiştir (ek 4). Görüşülenlerin kimlik bilgilerinin anlaşılmasında için tez yazımında isimleri kullanılmamış olup görüşülenlere numara verilerek G1, G2, G3, G4, G5, G6, G7, G8, G9, G10, G11, G12, G13, G14 ve G15 kısaltmaları kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. SOSYO-DEMOGRAFİK BULGULAR

Çalışmaya katılanların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de özetlenmiştir.

Katılımcıların sosyo-demografik bulguları incelendiğinde; kişilerin yaş ortalamasının 30,26 olduğu ve ilk evlilik yaşı ortalamasının ise 23,26 olduğu görülmektedir.

G1 gebelik döneminde sağlık hizmeti almamış ve gebelik döneminde yapılan tarama testlerini yaptırmamıştır. Gebeliği planlı gebeliktir ve normal doğum yapmayı tercih etmiştir. Dini ilkeleri kendisine rehber edinen ve hayatını dini değerler doğrultusunda şekillendiren bir aile yapısına sahip olduğu görülen G1, doğumda hekiminin kadın olmasını özellikle istemiştir. G1 doğal beslenme ve organik yaşam konusunda oldukça hassastır.

G2’nin eşi ve çocukları ile birlikte yaşadığı evi olmasına rağmen G2 eşinin ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Yapılan görüşmeler içerisinde en kısa sürede tamamlanan görüşme G2 ile yapılan görüşme olmuştur. G2 görüşme boyunca sorulara oldukça kısa cevaplar vermiştir. Ayrıca görüşmenin yapılıp yapılmayacağına G2’nin kayınvalidesi tarafından karar verilmiştir. Gebeliği planlı gebeliktir ve normal doğum yapmayı tercih etmiştir.

G3 gebelik döneminde sağlık hizmeti almış, gebelik döneminde yapılan tarama testlerini yaptırmıştır. Gebeliği planlı gebeliktir ve normal doğum yapmayı tercih etmiştir. Doğumunun en az müdahale ile gerçekleştirilmesine çok özen göstermiştir. Bebeğine eşi ile birlikte bakmaktadır ve tek başına bebeğin bakımında zorlandığı için eşi işten ayrılmış olup işsizlik maaşı ve ailelerinin yardımı ile geçimlerini sağlamaktadırlar.

Tablo 1: Sosyo- Demografik Bulgular

Katılımcı	Yaş	Medeni durum	Çocuk sayısı	Evlilik yaşı	Eş ile yaş farkı	Eğitim durumu	Meslek	Sosyal güvence	Aylık ortalama gelir
G1	33	Evli	3	18	5	Ortaokul	Ev hanımı	Eşinin işyerinde sigortalı	2750₺ Aile destek olmuyor Bilmiyor
G2	23	Evli	3	18	0	Ortaokul	Ev hanımı	Yok	Aile destek oluyor
G3	28	Evli	1	27	6	Üniversite	Ev hanımı	Yok	2000₺ Aile destek oluyor
G4	30	Evli	3	24	6	Ortaokul	Ev hanımı	Yok	Asgari ücret Aile destek oluyor
G5	28	Evli	2	25	2	Lise	Ev hanımı	Eşinin işyerinde sigortalı	10000₺ Aile destek olmuyor
G6	34	Evli	1	26	1	Yüksek Lisans	Ev hanımı	Eşinin işyerinde sigortalı	7000₺ Aile destek oluyor
G7	28	Evli	2	24	2	Üniversite	Kuran Kursu Hocası	Var	6000₺ Aile destek oluyor
G8	26	Evli	1	24	1	Üniversite	Öğretmen	Yok	5000₺ Aile destek oluyor

Tablo 1 Devamı

Katılımcı	Yaş	Medeni durum	Çocuk sayısı	Evlilik yaşı	Eş ile yaş farkı	Eğitim durumu	Meslek	Sosyal güvence	Aylık ortalama gelir
G9	39	Evli	2	24	3	Lise	Kasiyer	Var	3500₺ Aile destek oluyor
G10	34	Evli	3	26	6	Lise	Ev hanımı	Eşinin işyerinde sigortalı	4500₺ Aile destek oluyor
G11	26	Evli	2	19	4	Lise	Ev hanımı	Var	Asgari ücret Aile destek oluyor Bilmiyor
G12	28	Evli	2	23	8	Ortaokul	Ev hanımı	Yok	Aile destek olmuyor
G13	30	Evli	1	26	1	Üniversite	Ev hanımı	Yok	4000₺ Aile destek oluyor
G14	38	Evli	5	17	1	Ortaokul	Tezgâhtar	Yok	Bilmiyor Aile destek olmuyor
G15	29	Evli	1	28	1	Lise	Kuran Kursu Hocası	Yok	2600₺ Aile destek oluyor

G4 gebelik döneminde sağlık hizmeti almış ancak gebelik döneminde yapılan tarama testlerini yaptırmamıştır. Gebeliği planlı gebeliktir ve ilk iki doğumun sezaryen olması nedeniyle üçüncü doğumu da sezaryen olmuştur. G4 ile yapılan görüşme boyunca G4'ün dini ilkeler doğrultusunda hayatını şekillendirdiği anlaşılmıştır. Bunun yanı sıra G4'ün söylemlerinde en dikkat çeken konu eğitime karşı olmasıdır. G4, okumayı tercih etmediğini, okusa bile yine evlenip çocuk sahibi olacağını, bu nedenle hem evliliği yürütüp hem çocuk bakıp hem de okumanın doğru olmadığını ifade etmiş ve bu gerekçelerle çocuklarının da okumasına izin vermeyeceğini söylemiştir.

G5 gebelik döneminde sağlık hizmeti almış ve gebelik döneminde yapılan tarama testlerini yaptırmıştır. G5'in gebeliği planlı gebeliktir ve hekiminin önerisiyle sezaryen doğum gerçekleştirmiştir. Yapılan görüşmede G5'in sağlık alanı ile ilgili her konuyu özel hekimine danıştığı ve kamu tarafından sunulan sağlık hizmetine güvenmediği anlaşılmıştır. G5'in yeni doğan bebeği ile birlikte iki yaşında bir çocuğu daha bulunmaktadır. Kardeşini kıskandığı için son zamanlarda çok saldırgan olduğu öğrenilen G5'in çocuğu nedeniyle görüşme çok zor yapılmıştır. Çocuk görüşme boyunca sürekli ağlamış ve evdeki eşyaları duvarlara fırlatmıştır. Görüşme oldukça zor şartlarda tamamlanabilmiştir.

G6 gebelik döneminde sağlık hizmeti almış ve gebelik döneminde yapılan tarama testlerini yaptırmıştır. G6 tüp bebek yöntemi ile hamile kalmıştır ve tüp bebek tedavisi sırasında meme kanseri olduğunu öğrenmiştir. G6 normal doğum yapmıştır ve doğum sonrasında da kanser tedavisi devam etmektedir. Görüşme boyunca sorulara karşı sorgulayıcı davrandığı görülmüştür.

G7 gebelik döneminde sağlık hizmeti almış ancak gebelik döneminde yapılan tarama testlerini yaptırmamıştır. Gebeliği planlı gebelik değildir. Normal doğum yapmayı tercih etmiştir. Görüşme sırasında sorulara oldukça istekli cevaplar vermiştir ve görüşme motivasyonunun yüksek olduğu anlaşılmıştır. G7'nin dini ilkeleri rehber edinen bir aile yapısının olduğu görülmüştür.

G8 gebelik döneminde gebelik kolestazi geçirmiştir ve bu nedenle gebeliği oldukça zorlu geçmiştir. Gebeliği planlı gebeliktir ve normal doğum yapmayı tercih

etmiştir. Erken doğum yaptığı için bebeği dokuz gün kuvözde kalmıştır. G8'in dini ilkeler doğrultusunda günlük hayatını devam ettirdiği görülmüştür.

G9 gebelik döneminde sağlık hizmeti almıştır. Bunun yanı sıra gebeliği döneminde özel bir sağlık kliniğinde Serenity NIPT (CE-ND) Testi yaptırmıştır. Belirtilen test ile bebeğin ileride olabileceği hastalıkların bile tespit edilebildiğini belirtmektedir. Gebeliği planlı gebeliktir ve normal doğum yapmıştır.

G10 gebelik döneminde hekim seçiminde kararsız kaldığı için sık sık hastane değiştirmiştir. Tarama testlerini yaptırmamıştır. Gebeliği planlı gebeliktir ve ilk iki doğumu sezaryen olduğu için üçüncü doğumu da sezaryen olmuştur. Kendisi dört kardeş olduğu için kendisinin de dört tane çocuğunun olması hayali vardır.

G11 kalbinde ritim bozukluğu olduğu için düzenli kalp ilacı kullanmaktadır. Bu nedenle gebeliği döneminde düzenli takiplerini ve tarama testlerini yaptırmıştır. Gebeliği planlı gebeliktir ve ilk doğumu sezaryen olduğu için ikinci doğumu da sezaryen olmuştur. G11 görüşme sonrasında tedirgin olmuş ve kurumu arayarak katıldığı araştırmanın herhangi bir sakıncası olup olmadığını sormuştur. G11'e gerekli açıklama yapılmıştır.

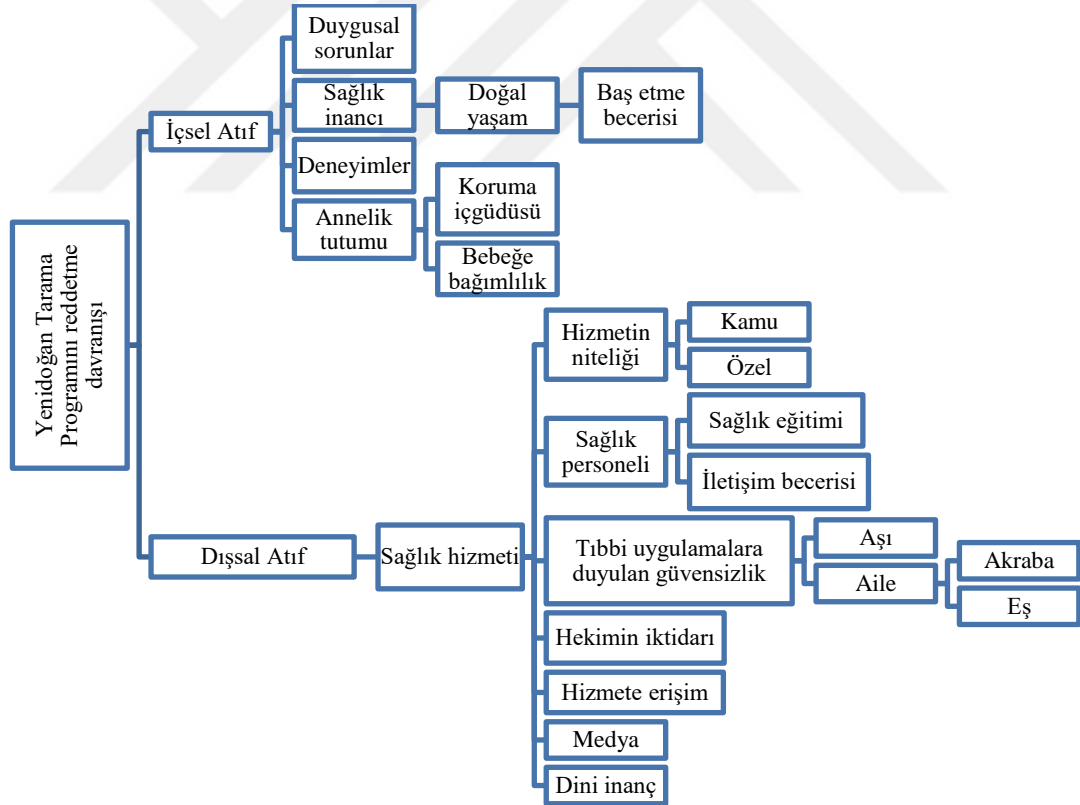
G12 gebelik döneminde sağlık hizmeti almamıştır ve gebelik döneminde yapılan tarama testlerini yaptırmamıştır. Gebeliği planlı gebelik değildir ve normal doğum yapmıştır. G12'nin eşi kumar oynamaktadır. Bu durum G12'nin eşi ile sorunlar yaşamasına sebep olmakta ve maddi sorunlar G12'yi olumsuz etkilemektedir. Ailesinin onaylamadığı bir evlilik yaptığı için ailesinden de destek alamamaktadır. Eşi ile yaşadığı kavgalara dayanamayarak evden ayrılmış ancak çocuğunu çok özlediği için eve geri dönmüştür. Sonrasında da ikinci çocuğu olmuştur. G12 eve icra geldiği için çok zor durumda olduklarını, bebeğine mama alamadığını ifade etmiş ve görüşme boyunca zaman zaman ağlamıştır.

G13 gebelik döneminde sağlık hizmeti almış ve tarama testlerini yaptırmıştır. Gebeliği planlı gebeliktir ve normal doğum yapmıştır. Bebeği doğduktan sonra bebeğinin kordon kanını aldırılmıştır. Alınan kan örneği İstanbul Teknik Üniversitesi'nde incelenmiştir. G13'ün belirtilen teste çok güvendiği anlaşılmıştır.

G14 gebeliğinin beşinci sezaryen olması nedeniyle oldukça riskli bir gebelik ve doğum süreci geçirmiştir. Gebeliğinin riskli olması nedeniyle kendisini takip edecek hekim bulmakta zorlanmış ve gebelik döneminde yapılan tarama testlerini yaptırmıştır. Gebeliği planlı gebelik değildir. Kronik panik atak hastasıdır ve 17 yıldır tedavi görmektedir.

G15 gebelik döneminde sağlık hizmeti almamıştır ve tarama testlerini yaptırmamıştır. Gebeliği planlı gebeliktir. Gebelik zehirlenmesi yaşandığı için gebeliğinin 37. haftasında bebeği sezaryen doğum ile alınmıştır. Yapılan görüşmede G15'in dini ilkeler doğrultusunda yaşayan bir aile yapısının olduğu anlaşılmıştır.

4.2. ANALİZ VE YORUMLAMA



Şekil 1. Tema Ağacı

Sağlık davranışı, sağlığı korumayı ya da bir hastalığa çözüm bulmayı amaçlayan tüm davranışlardır (Kasl ve Cobb 1966; Özer ve ark. 2002). Bu çalışmanın konusu bir

sağlık davranışı olarak “NTP çerçevesi içinde sunulan sağlık hizmetlerinin reddedilmesi” ve bireylerin bu davranışı sergileme nedenlerinin betimlenmesi/ keşfedilmesidir. Araştırma kapsamında görüşülen katılımcıların sağlık hizmetini reddetme gerekçelerinin, Atıf Kuramı’ nın öncüsü Heider’ in ifade ettiği şekilde “içsel” ve “dışsal” olmak üzere iki temel başlık altında kümelendiği tespit edilmiştir. Atıf kuramına göre insanlar yaşadıkları rastlantısal olayları anlayabilmek, öngörebilmek ve kontrol edebilmek için sürekli bir neden arayışı içindedirler (Weiner 2008). Bir kişinin kendisinin ve başkalarının karşılaştığı olayların/davranışların nedenlerini anlayabilmek için yaptığı çıkarımlar, atıf kuramının temelini oluşturmaktadır. Kurama göre insanlar, yaşadıklarına anlam vermeye çalışırken iki yol izlerler: Olayların/davranışların nedenlerinin kendilerinden (içsel atıf) ya da çevrelerinden (dışsal atıf) kaynaklandığını düşünürler.

Yapılan görüşmeler sonucunda katılımcılardan elde edilen verilerin 305 kez “dışsal”, 40 kez ise “içsel” nedenlerle ilişkili temalar altında kodlandığı görülmüştür. Bu durum, katılımcıların NTP ile ilişkili sağlık davranış ve tutumunun kendilerinden çok diğerlerine yaptıkları atıflar temelinde şekillendiği şeklinde yorumlanabilir.

4.2.1. İçsel Atıf

Sağlık hizmetini reddetme davranışının nedenini anlamaya çalışılırken katılımcılardan elde edilen verilerin “İçsel Atıf” ana başlığı altında ve şu temalarda kümelendiği görülmüştür: Duygusal sorunlar, sağlık inancı, annelik tutumu ve deneyimler. Katılımcılar NTP’ yi reddetme gerekçeleri duygusal sorunları, sağlığa dair inançları ile anneliğe ilişkin inançlarıyla ve daha önce yaşamış oldukları deneyimler ile ilişkilendirmiştir.

Görüşmelerde, katılımcıların gebelikleri süresince tıbbi hizmetlerden yararlanmak konusunda isteksiz oldukları öğrenilmiştir (G15, G12). Görüşülenlerin NTP hizmetinden yararlanmak istememe nedenlerinin sağlık hizmetlerinin tümüne karşı gösterdikleri olumsuz tutum ile ilişkili olduğu söylenebilir. Örneğin G15, “üç ya da dört defa”, G12 ise “üç defa” hastaneye gittiğini ve “üçüncüde de zaten doğum yaptığımı” ifade etmiştir. G15 ve G12, gebelik döneminde sağlık hizmeti almak istemediklerini aşağıdaki sözleri ile belirtmişlerdir;

"Ben çok sık hastaneye gitmedim. Gittiğimde de Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne gittim, doğumu da orada yaptım zaten. Üç ya da dört defa gitmişimdir." [G15-29-1-Lise]

"Üç defa gittim. Bir defa Trafik'e gittim. Türkan Özilhan (Bornova Türkan Özilhan Devlet Hastanesi) var ya o. Bi de bu Şifa Hastanesi şey olmuş ya devlet oraya gittim. Üçüncüde de doğum yaptım zaten." [G12-28-2-Ortaokul]

Gebelik dönemi ve doğum, içerisinde birçok risk faktörünü barındıran ve sağlık hizmeti almanın çok önemli olduğu özel bir süreçtir. G15 ve G12'nin gebelik döneminde sağlık hizmeti almak istememelerinden yola çıkılarak ve Sağlık İnanç Modeli'nden yararlanılarak gebelik sürecinin ciddiyetine ilişkin algılarının düşük olduğu söylenebilir. Katılımcıların gebelik sürecini ciddiye almayışı, tâbi oldukları çevresel koşulların sağlık inançları üzerindeki etkisinden kaynaklanmaktadır. Örneğin G15, evlenmeden önce Kuran kursunda öğretmenlik yaptığını belirtmiş ve görüşme süresince de genel olarak dini değerleri ön planda tutan bir tutum sergilemiştir. Dini ilkeleri rehber edinmiş bir çevrede yaşayan katılımcı G15'in kaderin bireysel çabalar ile aşılamayacağına ilişkin dini inancı nedeniyle olası sağlık sorunlarını tanılama ve tedavi etme hizmetinden yararlanma ihtiyacı duymadığı söylenebilir. Ekosistem Yaklaşımı'na göre bireylerin davranış ve tutumlarını belirleyen faktörler kendilerinden (mikro düzey), temas halinde oldukları yakın çevrelerinden (mezzo düzey) ya da toplumsal /kültürel yapıdan (makro düzey) kaynaklanabilir. Bu örnekte sağlık hizmetini reddetme davranışının, makro yapıların bilişsel yani mikro düzeydeki etkisi ile tetiklendiği görülmektedir.

Gebelik döneminde sağlık hizmeti almak istememe durumu ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Örneğin Aydın İli Merkezi'nde doğum öncesi bakım hizmetleri ile ilgili yapılan çalışmada, 195 kadınla görüşülmüş ve doğum öncesi bakımın yeterli olmadığı sonucuna varılmıştır. Araştırmaya katılan lohusaların gebelik süresinde ortalama izlem sayısının 4,9 ile Sağlık Bakanlığı'nın önerdiği minimum izlem sayısının bile altında kaldığı belirlenmiştir. Aynı çalışmada yeterli doğum öncesi bakım hizmetine her beş lohusadan ancak birinin ulaştığı anlaşılmıştır (Beşer ve ark. 2007). Sonuç olarak nedeni bilinmese de kadınların gebelik döneminde birinci basamak sağlık kurumlarından yeterli sağlık hizmeti almadıkları görülmektedir.

G13 ve G10 ise sağlık hizmeti alırken yakın çevresinde bulunan kişilerin önerilerini dikkate aldıklarını, ancak son kararı kendilerinin verdiğini ifade etmişlerdir:

"Hekimi de tavsiyeyle kendim seçtim." [G13-30-1-Üniversite]

"Hekimi ben seçtim." [G10-34-3-Lise]

Bu nedenle her iki katılımcının da sergiledikleri hekim seçme davranışına dayanılarak, sağlık motivasyonlarının yüksek olduğu ve sağlık ile ilgili konularda duyarlı oldukları çıkarımı yapılabilir. Her iki katılımcının da hekim seçme davranışını sergilerken yakın çevreleri ile interaksiyon yani etkileşim içinde oldukları, dolayısıyla sağlık davranışını anlamak için Ekolojik Yaklaşım perspektifinden bireyin çevresi içinde ele alınması gerektiği görülmektedir.

Katılımcılardan G7 ise NTP' yi yaşam deneyimlerine dayanarak reddettiğini şu şekilde ifade etmiştir:

"Zaten söylemişti hemşire sonuç çıkmazsa bi daha alırız diye. Yok dedim bunu bile surf kan şekeri bi de sarılığına bakılacak diye düşünüyordum. Gerçi bakılmıyordu, büyük kızım da hatırlıyorum ama nedense öyle düşündüm. Hani artık doğum sonrası kafam başımda değildi (gülüyor)." [G7-28-2-Üniversite]

G7 ile yapılan görüşme sırasında G7'nin görüşme yapmak için oldukça istekli olduğu, sorulan sorulara detaylı cevaplar vermeye çalıştığı görülmüştür. Ancak G7'nin görüşme sırasında çok fazla devrik cümle kullanması, söylemlerin yazılı hale getirilmesi ile söylemin zor anlaşılmasına sebep olmuştur. Örneğin G7, yukarıda yer alan söyleminde ilk kızının doğumundan sonra bebeğinden topuk kanı örneği alındığını, bu topuk kanı örneğinin kan şekeri ölçmek ve sarılık bakmak için alınmadığını bildiğini ancak bu durumu yaşadığı doğum stresiyle ikinci doğumunda hatırlayamadığını anlatmaya çalışmıştır. G7, ikinci doğumunda bebeğinden ilk topuk kanı örneği alınmak istendiğinde, bebeğinin kan şekere ve sarılığına bakılacağını sandığını oysa ilk doğumundan böyle bir durumun olmadığını hatırlaması gerektiğini düşünmektedir.

Ekolojik Sistem Yaklaşımı' na göre bireylerin tecrübeleri -yani yaşadıkları mikro olaylar- davranış ve tutumlarını etkilemektedir (Danış 2006). Katılımcılardan G7'nin kızının doğumunda daha önce yaşadığı deneyime atıfta bulunarak hizmeti reddettiği görülmektedir. Ayrıca katılımcının NTP' nin önemi konusunda yeterli bilgiye sahip olmadığı, dolayısıyla risk algısının düşük olduğu da söylenebilir.

Sağlık hizmetini reddetmeye ilişkin içsel atıflar genel olarak aşağıdaki temalar altında toplanmaktadır.

4.2.1.1. Duygusal sorunlar

Bireyin bebeklik döneminde ortaya çıkan ve yaşamı boyunca hissettiği duygular, kendisinden ve çevresinden etkilenecek beğenme ya da üzülmeye gibi tepkilerde bulunmasıdır. Bireylerin temel ihtiyaçlarının karşılanıp karşılanmaması duygusal tepkiler ile yakından ilişkilidir. Örneğin uyku, açlık, susuzluk vb. fizyolojik ihtiyaçlar ile sevmeye, sevilme gibi psikolojik ihtiyaçların karşılanması bireylere haz verirken, karşılanmaması çeşitli sorunların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. (Argun 2005).

Bireyler sağlık davranışında bulunurken duygusal sorunlarının etkisinde kalarak karar verebilmektedirler. Görüşmecilerden G14 ve G12'nin sağlık hizmetini reddetme davranışı, duygusal sorunlarına yaptıkları içsel atıf ile açıklanmıştır. Ancak duygusal sorunların sebepleri kendi yaşam deneyimleri yerine dış dünyaya yapılan atıflarla anlamlı kılınmaktadır. Örneğin G14 görüşme sırasında 17 yıldır panik atak hastası olduğunu ifade ederken lohusalık döneminde trafik kazası geçirmesi nedeniyle panik atak hastası olduğunu belirtmiştir. G14 panik atak hastası olmasını, dışsal bir unsur olarak gördüğü trafik kazası ile şu şekilde ilişkilendirmiştir;

"Kronik panik atak hastasıyım. 17 yıldır tedavi görüyorum. İlk kızımı doğurdum sonra biz bir trafik kazası atlattık ondan sonra benim panik atak başladı. 19 günlük lohusaydım. Zaman geçti kırkım geçti bu hastalığım patladı. Hem ilaç kullanıyorum hem emziriyorum. Emziriyorum ama ilaçları doktor verdi, o ilaçları içmesem kendi bakımım zor olur. Kendim rahatsızım çünkü. Ben daha önce 10 yıl Xanax içmiştim. Şimdi emzikliyim diye başka bir ilaç verdi. Xanax içmiyorum artık." [G14-38-5-Ortaokul]

Sağlık İnanç Modeli' ne göre duygusal sorunlara atıfta bulunan G14'ün kronik panik atak hastası olduğunu kabul ederek 17 yıldır tedavi görmesi, kullandığı ilacın adını bilmesi ve ilacı kullanmaması durumunda kendisini iyi hissetmediğini belirtmesi davranışı sürdürmenin bedelleri hakkında bilgi düzeyinin ve duyarlılık algısının yüksek olduğunu göstermektedir. Ancak benzer duyarlılık NTP söz konusu olduğunda sergilenmemiştir. Bunun nedeninin kronik panik atak hastalığının somut belirtileri olmasına karşın tarama programının henüz fark edilmemiş hastalıkları hedef alması olabilir. Bu nedenle G14'ün bedeller hakkındaki bilgi düzeyinin ve duyarlılık algısının yüksek olması sadece belirtileriyle birlikte yaşadığı hastalık için geçerli olduğu düşünülmüştür. Gerçekçi olmayan iyimserlik (Weinstein 1983) yaklaşımının da dikkat çektiği gibi risk unsuru oluşturan ancak henüz herhangi bir belirtisi olmayan hastalıklarla karşılaştığında bireyler, riski görmezden gelmeyi tercih etmektedirler. Bu nedenle G14'ün bedeller hakkındaki bilgi düzeyinin ve duyarlılık algısının yüksek olması sadece belirtileriyle birlikte yaşadığı hastalık için geçerlidir. Bu durumda NTP' yi reddetme davranışının, panik atak hastası olan G14'ün kişisel deneyiminden (mikro düzey) kaynaklandığı söylenebilir. Aynı zamanda G14'ün içinde bulunduğu ve yaşamını oluşturan sistemler arasında denge kuramadığı ve bu durumun sorunlarla baş etmesini zorlaştırdığı da ifade edilebilir.

G12 ise yaşadığı duygusal sorunlar nedeniyle evden çıkmadığını ve bu durumun hem kendisinin hem de bebeğinin sağlık hizmeti almasını etkilediğini dile getirmektedir. Katılımcının evden çıkmadığı için Aile Sağlığı Merkezi'ne gitmediği bu nedenle bebeğinin topuk kanı örneğini aldırmadığı görülmüştür. G12'nin yaşadığı duygusal sorunlar içsel nedenler ile ret davranışı sergilendiğini göstermektedir.

"Biz hiçbir yere gitmiyoruz. Evden çıkmıyorum o yüzden yaptıramadım. Ben evden çıkmak istemiyorum, perdeleri bile açmak istemiyorum. Balkona da perde astım, azıcık perdeyi aralayıp dışarı baksam bi fena oluyorum. Ama zamanla alışıyorsunuz hep evde olmaya. İstedığınız zaman gelebilirsiniz ben hep evdeyim." [G12-28-2-Ortaokul]

Görüşme boyunca zaman zaman ağlayan G12, eşinin kumar bağımlısı olduğunu, bu nedenle evlerine haciz geldiğini, evine yiyecek alamadığını, çocuklarını besleyemediğini, sadece eşinin ailesinin memleketten gönderdiği yiyecek kolisi ile

beslenebildiklerini anlatmıştır. G12'nin üzgün hali her halinden belli olmakta olup çocukların bu durumdan oldukça etkilendikleri görülmüştür. G12'nin beş yaşındaki oğlu babasının eve gelmesini istemediğini ve babasının kendisini dövdüğünü söylemiştir. Bu durum G12'nin daha çok üzülmeye sebep olmaktadır. G12, ailesinin onaylamadığı bir evlilik yaptığı için kendi ailesinden de destek alamamakta ve kendini çaresiz hissetmektedir. Gidecek hiçbir yeri olmadığını ve çocuklarına tek başına bakmasının mümkün olmadığını düşünmekte, eşinin kumar oynamayı bırakmasını umut etmektedir. Ancak bu durumun G12'yi yıprattığı açık bir şekilde görülmektedir.

G12'nin eşi ile yaşadığı sorunlarla baş edemediği, bu durumun günlük yaşamını etkilediği, aynı zamanda NTP'yi reddetmesine neden olduğu, bu bağlamda davranışın bireyin psikolojik sorunları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu psikolojik sorunlar, bireyin risk karşısındaki duyarlılık düzeyini etkilemektedir.

4.2.1.2. Sağlık inancı

Sağlık inancı, bireylerin sağlık alanı ile ilgili herhangi bir inanç ya da inançlarının olması durumudur. Bireylerin sağlık davranışları incelenirken sağlık inançlarının sağlık davranışları üzerinde önemli etkisinin olduğu kabul edilmektedir. Bireyin sadece bilgilendirilmesi ile sağlık davranışında herhangi bir değişimin ortaya çıkamayacağı, bu nedenle bireylerin davranışları ile ilgili inanç ve düşüncelerini anlamamız gerektiği vurgulanmaktadır (Ogden 2016).

İçsel atfın içerisinde yer alan sağlık inancı, katılımcıların hizmeti reddetme davranışını iki alt boyutta etkilemektedir; doğal yaşam ve baş etme becerisi.

4.2.1.2.1. Doğal yaşam

TDK'nın Güncel Türkçe Sözlüğü'ne göre "doğal" kelimesinin çeşitli anlamları vardır. Bunlardan bir kaçını kendiliğinden olan, yapmacık karşıtı, insan eliyle yapılmayan ve yapay karşıtıdır (<http://www.tdk.gov.tr>*, Erişim tarihi: 20 Ocak 2019).

Doğal kelimesi "yaşam" kavramı ile bir araya gelerek insanların teknolojiye uzak yaşadığı, beslenirken organik beslenmeye özen gösterdiği, kimyasal maddeleri ve katkı maddelerini en az seviyede kullanmaya çalıştıkları ve kısacası doğanın içinde herhangi bir müdahale olmaksızın yaşama durumu ortaya çıkmıştır. Bu durum

*http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c44cd4ccf7a93.07088439

toplumdaki çeşitli alanlar gibi sağlık alanını da etkilemektedir. Doğal yaşam isteği aynı zamanda sağlıklı yaşam isteği olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Yapılan görüşmelerde G9 ve G8 sezaryen doğumun doğal olmadığını bu nedenle normal doğumdan yana olduklarını şu sözlerle ifade etmişlerdir;

"Normal yaptım. Benim ilk de normaldi kızım. Yine aynı doktoruma gitmiştim. O zaman hastanede çalışıyordu şimdi ayrılmış, muayenehane açmış. Ben normal doğumdan yanayım yani. Sezaryen olmasın bi sorun olmadıktan sonra. Niye doğanın şartlarına karşı gelelim?" [G9-39-2-Lise]

"Normal yaptım. Ben başından beri normal istiyordum ama çatır çatır normale baya bi cesaretimi topladım (gülüyor). Çok sıkıntılı geçti doğumum da. Damarım çizilmiş ama nasıl olmuş bilmiyorum. Bir anda doğum yaptım, baya bi kanama oldu. Kan kaybettim çok, iki-üç ünite kan verdiler. Çok zor oldu" [G8-26-1-Üniversite]

G9 sezaryen doğum yapmanın doğanın şartlarına karşı gelmek olduğunu bu nedenle her iki gebeliğinde de normal doğum yapmak istediğini söyleyerek içsel ve kontrol edilebilir atıfta bulunmuştur. G9, doğumun sezaryen ile doğum yapılmasının "doğanın şartlarına karşı gelmek" olduğunu düşünmektedir. G8 ise çok zor doğum yapmış olmasına rağmen normal doğum yapmak için ısrar etmiştir. Toplumda artan aşırı doğal yaşam isteğinin tıbbi müdahalelere karşı güvensizlik yarattığı ve bu bağlamda sağlık davranışlarını olumsuz yönde etkilediği söylenebilir.

G8 ve G9'un sezaryen yerine doğal doğumu tercih etmeleri aslında sağlığa ilişkin duyarlılıklarının aynı zamanda gebelik ve doğum sürecine uyumlarının da yüksek olduğunu göstermektedir.

Birinci gebeliği olan kadınların doğum tercihleri ile ilgili yapılan bir araştırmada ise katılımcıların %74,0'ünün normal doğumu tercih ettiği, %22,6'sının da sezaryen doğumu tercih ettiği, bu oran içerisinde ise % 6,8'inin kendi isteği ile sezaryen tercih ettiği saptanmıştır. Ayrıca doğum şekline karar verirken en büyük etkinin hekim olduğu tespit edilmiştir (Yaşar 2006). Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri hakkında yapılan araştırmada; sağlık personeli katılımcıların %84,8'i normal doğumdan yana olduklarını belirtmişlerdir (Duman 2006). Yapılan

araştırmada, normal doğumun daha fazla tercih edildiği sonucuna ulaşan çalışmalar ile benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Doğal yaşamın sağlık alanında sezaryen yerine normal doğumun tercih edilmesi durumunu ortaya çıkarması oldukça olumlu bir gelişmedir. Ancak sağlık ile ilgili doğal yaşam isteği müdahale içerdiği için tıbbi işlemlere güvensizlik, ilaçları kullanmama davranışı, tarama programlarına karşı önyargı gibi olumsuz durumları da ortaya çıkarmıştır.

Örneğin G1, doğal beslenmenin kendisi için çok önemli olduğunu, marketlerde satılan hazır besinleri yiyemediğini ve çocuklarının da doğal beslenmesine zen gösterdiğini belirttikten sonra ilaç kullanımının doğal bir tedavi yöntemi olmaması nedeniyle ilaç kullanımına karşı olduğunu belirttiği sözleri şoyledir;

"Ben genelde doğal beslenmeye çalışırım. Çocuğuma da hazır hiçbir şey yedirmem, hazır mama olsun süt olsun. Ben zaten köylü çocuğuyum. Zaten buranın yağını yiyemem bir şeyini yiyemem. Kültürümüzde et yemeği, tereyağı yani buranın böyle hazır krem peynirini yiyemem.....Düzenli gitmedim hastaneye, hatta hiç gitmeyecektim. Dedim yani şeylere karşıyım ilaç kullanmaya falan. Bakıyorum eğer hastalık ilerleyebilecek gibiyse, ya ben mesela kendim kullanmamaya çalışıyorum eşim falan kullanırsa ya hemen ne ilaca düşüyorsunuz diyorum." [G1-33-3-Ortaokul]

G1'in sağlıklı beslenme odaklı olan doğal yaşam isteğinin hayatının tüm yönlerini etkilemesi ve sağlık alanı ile ilgili de doğal yaşam isteği doğrultusunda ilaç kullanımına karşı olduğunu belirtmesi nedeniyle atfin boyutlarından genel atıfta bulunmuştur. Çünkü hayatındaki bir durum, hayatının diğer yönlerini de etkilemektedir.

Bu noktada bireyin sağlıklı beslenme isteği, olağan ve olumlu izlenim oluşturun bir durumdur ancak doğal yaşam isteğinin çok fazla artmasının, ilaç kullanımına önyargı oluşturduğu sonucunu ortaya ıkardığı gözlemlenmiştir. G1'in ilaç kullanımına karşı olması Sağlık İnanç Modeli' ne göre duyarlılık ve ciddiye almasının düşük olduğunu, ayrıca davranışı sürdürmenin yararları ile ilgili bilimsel dayanaklar yerine kişisel düşüncelerini temel almasının yanı sıra doğal yaşam isteği ile tıbbi uygulamaların gerekliliği arasında denge kuramadığını göstermektedir. Tıbbi

uygulamaların “doğal yaşam” a müdahale ettiği inancı, NTP’ yi reddetme davranışını ortaya çıkarmaktadır. Bu bağlamda Ekolojik Yaklaşım perspektifinden kişisel inançların mikro düzeyde sağlık davranışları üzerinde etkisi olduğu ve konuyla ilgili sosyal hizmet müdahale sürecinde dikkate alınması gerektiği bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

G7 de ilaç kullanılarak yapılan tedaviye karşı olduğunu ve daha çok doğal beslenmeden yana olduğunu belirterek ilaç yerine bitkisel tedavileri tercih ettiğini aşağıdaki sözleri ile ifade etmiştir;

"Yani hani benim bildiğim düşündüğüm ilaçlarla yüzde yüz olmuyor. Ben ilaçları çok fazla kullanma taraftarı değilim. Hani nedir bir yerine iyi geliyor ama başka bir yerine zarar veriyor. Yani işte böbreğinde birikiyor, böbreğinde toksik maddeler oluşuyor. Hani çok fazla ilaçların insanı tedavi ettiğini düşünmüyorum. İlaçlardan ziyade hastalıklara bulaşmamak için hani çok çaba gösteriyorum.....Yani hani doğal yollarla ben geçirmeye çalışıyorum ben en çok işte. Bitkisel takviyeler veriyorum. Ne bileyim çörek otu yağı veriyorum, ihlamur kaynatıyorum. Hani boynuna göğsüne falan sürüyorum. Çok fazla ilaç kullanmıyoruz." [G7-28-2-Üniversite]

G3 de G7 gibi ilaç kullanımına karşı olduğunu belirterek doğum için kendisine en az müdahalede bulunacak deneyimli bir hekim tercih ettiğini ifade etmiştir:

"Hekimi ben seçtim. Valla en az müdahale edebilecek olanı gözüme kestirdim (gülüyor). Çünkü çoğu doktor şey yapıyor, böyle hem çok vitamin desteği, ilaç desteği falan veriyor. İşte bi doktor vardı daha yaşlı ve deneyimli bir adamdı. Eski kafalılar bence bu konuda daha iyi oluyor, doğum konusunda yani, ona gittim. Zaten ama ebeler yaptırdı doğumu. Doktor müdahil olmadı gerekmedikçe. Sadece kontrole geldi. Ebeler yaptı doğumu o yüzden gayet güzeldi. Doktor da işte durum nasıl diye bakmaya geldi arada, öneri verdi." [G3-28-1-Üniversite]

Sağlık İnanç Modeli’ ne göre G3 ve G7’nin ilaç kullanımı ve tıbbi müdahalelere karşı olması duyarlılık ve ciddiyet algılarının düşük olduğu şeklinde yorumlanabilir. Ancak her iki katılımcının da hastalıkların tedavi edilmesi gerektiğine ilişkin bilince

sahip olduğu, sadece tıbbi uygulamalar yerine kendileri tarafından “doğal” şeklinde niteleneni tercih ettiği anlaşılmaktadır. Dolayısıyla G7 örneğinde görüldüğü gibi duyarlılık ve ciddiyet algısı, hastalıkla değil tıbbi uygulamalarla ilişkili olabilir. Katılımcıların bir kısmının NTP’ yi reddetme nedeni, hastalığa ilişkin risk algısı, ciddiyet algısı ya da duyarlılığının düşük olmasından değil, doğal yaşama arzusundan ve tıbbın bu sürece müdahil olmasını istememelerinden kaynaklanmaktadır.

G7’nin doğal yaşamak için sergilediği çaba, aynı zamanda dış kontrol odağını da artıran bir etki yaratmaktadır. Çünkü hamilelik döneminde doğal beslendiği ve ilaç kullanmadığı için NTP’ ye ihtiyacı olmadığına inanmaktadır. Katılımcı bebeklerde tarama programı ile tespit edilecek hastalıkların doğal yaşayanlarda görülme ihtimalinin düşük, yine de hastalık ortaya çıkar ise bunun ise “nasip” olduğuna inanmaktadır. Bu nedenle G7 özelinde NTP’ yi reddetme davranışının, dış kontrol odağının yüksek olmasının yanı sıra kaderci bir yaklaşım ile dini atıfta (dışsal atıf) bulunulmasından da kaynaklandığı söylenebilir:

"Aslında bilmiyorum ya daha başka bi yolu olmalı. Mesela ben hamileliğim boyunca çok sağlıklı besleniyorum, elimden gelebilecek her şeyi yapıyorum ama birazcık da ondan sonrasının artık nasip olduğunu düşünüyorum." [G7-28-2-Üniversite]

Yapılan görüşmelerde sağlıklı ve doğal yaşam isteğinin hayatın önemli alanlarından biri olan sağlık alanını da oldukça etkilediği görülmüştür. Özellikle ilaç kullanımına karşı oluşan güvensizlik ve önyargının, hastalık tespit edilmeden ilaç kullanılmadığı halde NTP’ ye karşı da önyargı yarattığı izlenimi oluşmuştur. Çünkü bireyler verilen sağlık hizmetini ilaç ve tedavi odaklı düşünmekte, tarama programlarının ana ekseninden uzaklaşmaktadırlar. Bu durum olumlu bir gelişme gibi görünen doğal yaşam isteğinin sağlık alanını ne kadar olumsuz yönde etkileyebildiğini gözler önüne sermektedir.

Bireylerin ilaç kullanımından ve modern tıptan uzaklaşması, alternatif tıbbın daha fazla ön plana çıkmasına sebep olmaktadır. Çocuklarda alternatif tıp kullanımı ile ilgili yapılan bir araştırmada; alternatif tıp ile ilgili 16 araştırmanın 14’ünde yani %87,5’inde ailelerin çocukları için alternatif tıbbın olumlu olduğuna inandıkları tespit edilmiştir (Özcebe ve Sevensan 2009). Bir diğer araştırma ise anne ve babaların çocuklarına uyguladıkları alternatif tıp yöntemleri ile ilgilidir. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp

Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran ebeveynler ile yapılan araştırmada, anne ve babaların %75,8'inin alternatif tıp yöntemlerini tercih ettikleri saptanmıştır (Giray Bozkaya ve ark. 2008). Düşük gelir düzeyine sahip ailelerde çocuklarına yönelik alternatif tıp uygulamaları ile ilgili yapılan bir araştırmada ise; düşük gelirliler ve Ankara'da yaşayan katılımcıların %87'sinin alternatif tıp yöntemlerini kullandıkları, ailelerin yenidoğan döneminden itibaren sağlıkçıların önerileri olmadan alternatif tıp yöntemlerini tercih ettikleri sonucuna ulaşılmıştır (Taşar ve ark. 2011). Yapılan araştırmalar sonucunda ortaya çıkan sonuçlar, elde edilen sonuçları destekler niteliktedir.

İçsel ve dışsal atıf sağlık kontrol odağı kavramı ile birlikte değerlendirilmektedir. Sağlık kontrol odağı kavramına göre bireyler olayları kendileri tarafından kontrol edilebilir (iç kontrol odağı) ya da kendileri tarafından kontrol edilemez (dış kontrol olayı) olarak ikiye ayırmaktadırlar (Ogden 2016). Doğal yaşam isteği ön planda olan bireyler hastalıklara karşı iç kontrol odağı geliştirmekte, doğal beslenerek ve ilaç kullanmayarak hastalıkları kontrol edebildiklerine inandıkları ifade edilebilir. Bireyler bu şekilde hastalıklara ya da hasta olma ihtimaline karşı baş etme becerisi geliştirmişlerdir.

4.2.1.2.1.1. Baş etme becerisi

Baş etme becerisi bir diğer ifadeyle sorun çözme becerisi, bireyin günlük yaşamını ve çevre ile iletişimini belirleyen önemli bir faktördür (Tetik ve Açıkgöz 2013). Bireyin kendi kişiliğini ortaya koyabilmesi ve baş etme becerisini kullanabilmesi problem çözme becerisini ortaya çıkarmaktadır. Hayatta var olan sorunlar sürekli değişim göstermektedir. Bu nedenle bireyler yeni bilgiler edinerek yeni çözüm yolları bulma ihtiyacı duymaktadır (şahin 2004). Bireyin baş etme becerisini geliştirmesinin olumlu benlik algısı ile ilgili olduğu söylenebilir.

Doğum öncesinden başlayarak sonrasında da devam eden yaşam sürecinde bireyler çevreleri ile iletişim kurarlar. Bu iletişim sırasında birey çevresi ile ilgili izlenimlerini edinir, karşılaştığı durumları yorumlar. Yaşamın ilk yıllarında kendisini annesi ile bir bütün olarak algılamak daha sonra ise annesinden ayrı bir birey olduğunu fark eder. Bireyin benlik arayışı annesinden ayrıldığı bu süreçte başlar (Bayat 2003). Benlik algısı, ergenlik döneminde çeşitli unsurlardan etkilenecek gelişimini

sürdürmeye devam eder ve yaşamın ilerleyen yıllarında tam olarak varlığını gösterir (Kahraman 2009).

Yapılan görüşmelerde sağlık hizmeti almak için tek başına ya da bebeğiyle Aile Sağlığı Merkezi'ne gidebilen kişilerin benlik algısının yüksek olduğu düşünülmüştür. Çünkü olumlu benlik algısı özgüven ile yakından ilişkilidir ve bu kişilerin kendi kendilerine bu hizmete erişebilmeleri özgüven sahibi oldukları şeklinde yorumlanmıştır. Benlik saygısının aracı rolünü incelemek için problem çözme becerileri ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği araştırmada; problem çözme becerileri, yalnızlık ve benlik saygısı arasında kurulan ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Karataş 2014). Yapılan çalışma, bireylerin yalnız başına bir işi yapmasının benlik saygısını etkilediğini göstermektedir. Bu araştırmada da katılımcılardan G13 ve G11, problem çözme, başa çıkma becerilerinin yüksek olduğunu, dolayısıyla olumlu bir benlik algısına sahip olduklarını şu sözlerle ifade etmişlerdir.

"Burada sağlık ocağı var. Yalnız da gittim, kontroller için gittim gebelik döneminde." [G13-30-1-Üniversite]

"Bizim yukarda Karacaoğlan Ana Sağlığı var. Rutin kontroller için gidiyorum oraya. Yalnız da gidiyorum." [G11-26-2-Lise]

Sağlık İnanç Modeli' ne göre, görüşülenlerin sağlık hizmeti almak için Aile Sağlığı Merkezi'ne gitmesi duyarlılık algısının yüksek olduğunu ayrıca bu durumda elde edilecek faydalar hakkında bilgi sahibi olduklarını göstermektedir. Ancak bu durumun görüşülenler tarafından "rutin kontroller" şeklinde adlandırılan sağlık kontrolleri için geçerli olduğu, tarama programını ise "rutin kontrol" olarak değerlendirmedikleri bu nedenle NTP' yi reddettikleri anlaşılmıştır. Bu durumda NTP' nin hedef kitlesine yeterince iyi tanıtılmadığı yargısına varılabilir. Katılımcıların NTP' yi reddetme davranışı, risk algısının düşük olmasından, bu da sağlık hizmetine ilişkin bilgi eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Ekolojik Yaklaşım çerçevesi içinden sorun alanına bakıldığında makro sistemin bireyin sağlık davranışı ve tutumu üzerindeki etkisi rahatlıkla görülebilmektedir.

Benlik algısını etkileyen unsurlardan bir diğeri beden imajıdır. Beden imajı, bireyin kendi bedeninin parçaları ve bu parçaların işlevlerine yönelik olumlu ya da

olumsuz değerlendirmede bulunmasıdır (Aslan 2004). Özellikle gebelik döneminde kilo alınması, doğum sonrası dönemde de alınan kiloların verilememesi gibi durumlar olumsuz beden imajının ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Örneğin katılımcılardan G8 bu durumu şu sözlerle ifade etmiştir;

"Gebelikte şekerim de çıkmıştı, gebelik doğum hepsi çok zor oldu. Gebelik şekeri çıkınca son iki ay ben diyet yaptım. 60 kiloyla tamamladım zaten 48 kiloydum ben, 12 kilo aldım. Şu anda da emzirdiğim için veriyorum yani sizin de öyle olur. Emzirdiğiniz sürece kilo kaybediyorsunuz ve şu an şey için bile yiyorum üç kilo kaldı sadece bende doğumdan sonra. Tabi göbek var belli olmuyor ama." [G8-26-1-Üniversite]

G8 gebelik döneminde kilo aldığını ancak emzirdiği için kiloların birçoğunu verdiğini belirtirken Atıf Kuramı' na göre kontrol edilebilir atıfta bulunmaktadır. Çünkü görüşmeci kilo kontrolünün kendi elinde olduğunu düşünmekte ve yaşadığı durumu kontrol edebildiğini belirtmektedir. Bu ifadeye dayanılarak da G8'in özsaygısının dolayısıyla benlik saygısının yüksek olduğu sonucuna varılabilir. Ayrıca G8 emzirmeye devam ederek kilo verdiğini söylemiştir. Bu durum, Sağlık İnanç Modeli' ne göre davranışı sürdürmenin yararları noktasında G8'in bilgi sahibi olduğunu göstermektedir. Çünkü görüşülen, emzirerek kilo verilebildiğini bilmekte ve emzirme davranışını devam ettirerek bu durumdan yarar sağlamaktadır.

Görüşme sırasında, G8'in doğumdan sonra göbeğinin aslında çok fazla kalmadığını göstermek için elini ara ara karnına götürmesi bu konuyu ne kadar önemsediyini göstermektedir. G8'in görüşme boyunca bu davranışı tekrar etmesi, doğum yapmasına rağmen zayıf görüldüğünün belirtilmesini istediği şeklinde yorumlanmıştır.

Olumlu benlik algısına sahip kişilerin sağlık durumlarını kontrol edebildiklerine inandıkları görülmektedir. Bu kişiler "doğal yaşam" sürdürmeye ve sağlık hizmetlerinden asgari düzeyde yararlanmaya çalışmaktadırlar. Sağlık kontrol odağı yaklaşımı açısından bakıldığında, olumlu benlik algısı ile sağlık olaylarının kontrol edilebileceğine dair inanç yani iç kontrol odağı arasında ilişki bulunmaktadır.

Olumlu benlik algısına sahip kişiler, sunulan hizmet ile ilgili bilgi düzeyleri yetersiz olduğunda sağlıklarını kontrol edebileceklerine ilişkin yüksek iç kontrol inançları nedeni ile NTP' yi reddedebilmektedirler.

4.2.1.3. Annelik tutumu

Anne ve baba olmak yetenek ve/veya eğitim şartı aranmaksızın yaşam boyunca ve günün her saatinde hayatın içinde olan bir roldür. Anne ve baba olmanın belirli ve mekanik kuralları yoktur. Ancak bilgi, beceri, sevgi ve sağduyu gerektirir (Sert 2006). Anne ve baba tutumları demokratik, otoriter, aşırı koruyucu ve ilgisiz olmak üzere dört kategoride incelenmektedir. Ancak belirtilen kategoriler dışında da anne ve baba tutumu mevcuttur (Kaya 1997).

Araştırma verilerinin toplandığı 15 görüşmenin tümü anneler ile yapılmıştır. Annelerin NTP' yi reddetme sebeplerini annelik rollerine atıf yaparak açıkladıkları görülmüştür. Bu tema aynı zamanda kendi içerisinde koruma içgüdüsü ve bebeğe bağımlılık şeklinde ifade edilen iki alt boyut ile ilişkilidir.

Katılımcılardan G7 anneliğin ve bebek ile kurulan ilk ilişkinin kendisi için ne kadar önemli olduğunu şu şekilde ifade etmiştir;

"Tedavi ederken orda hani bebeğim daha yeni doğmuş mesela hani ben hemen ten tene temas yapılmasını istedim. Yani hani doğumda çok fazla uzak kalmasını istemedim, emzirmek istedim vs. Bebeğin yeri hep annesinin göğsü olmalı bence doğumdan itibaren." [G7-28-2-Üniversite]

G7 annelik ile ilgili söylemlerde bulunarak kendi benimsediği fikirlerini belirtmiş ve atfın boyutlarından içsel atıfta bulunmuştur. Sağlık İnanç Modeli' ne göre G7, davranışı sürdürmenin yararları doğrultusunda hareket ederek anne ve bebek arasındaki bağın doğumdan itibaren devamlılığını sağlayan ten temasının gerekliliğine vurgu yapmıştır. Ekolojik Sistem Yaklaşımı'na göre ise G7, yaşadığı doğum sürecine adaptasyon sağlamış ve enerjisini doğru kullanarak annelik işlevini yerine getirmek için çaba göstermiştir. G4 ve G1'in ise bebeklerinden topuk kanı örneği alınması için kendilerini Aile Sağlığı Merkezi'ne çağıran aile hekimlerine tepkili davrandıkları, ayrıca aşırı koruyucu ebeveyn tutumu sergileyerek bebeklerinin sağlığı için yapılan uyarılara olumsuz tepki verdikleri görülmüştür;

"Aile hekimi dedi ki topuk kanına gelmeniz gerekiyor. Ben dedim hani gelmicem dedim. Neden dedi gelmicen dedi. Gelmek istemiyorum dedim. Çocuk dedim sonuçta bizim. Affedersin çocuk benim şeyimden çıkmış, artık bana kimse karışamaz, sağlık ocağındaki de karışamaz."
[G4-30-3-Ortaokul]

"Yanlış derim benim düşüncem benim çocuğum, benim çocuğumu benden iyi mi düşünecekler mümkün mü yani? Diyorum ya bizim doktor bey diyor ki size il sağlıktan gelecekler, işte iyi bakmazsanız alacaklar, diyorum ki doktor kafayı kırmış. Yani bizim çocuğumuza bizden iyi bakılabilir mi?" [G1-33-3-Ortaokul]

G4 ve G1, annelerin çocukların iyiliğini en fazla düşünen kişiler olduğuna inanmaktadır. Sağlık çalışanlarının sağlığı korumayı amaçlayan müdahale ve önerilerine güvenmedikleri anlaşılmaktadır. Atıf Kuramı' na göre sağlık hizmetini reddetme davranışlarının nedeni "anne" olarak kendilerine yaptıkları içsel atıftır. G4 ve G1, diğer yandan NTP' nin önemi ve ciddiyetine odaklanmak yerine aile hekiminin önyargılı oluşunu hizmeti reddetme davranışına gerekçe olarak göstermektedir. Bu gerekçe ise reddetme davranışının dışsal kökenleri olabileceğini ortaya koymaktadır.

Sağlık İnanç Modeli' ne göre G4 ve G1'in duyarlılık ve ciddiyet algısı düşüktür. Ayrıca eylem ipuçlarından biri olan sağlık personelinin hatırlatması durumunda da uyarıyı dikkate almadıkları söylenebilir. Ekolojik Sistem Yaklaşımı'na göre ise birey ve çevre arasındaki etkileşimin odak noktası olan kesişimin doğru belirlenmesi gerekir. Bu noktada kesişim doğru belirlenmemiştir. Çünkü G4 ve G1'in yaşadığı sorun NTP' ye karşı olmaları gibi görünmekle beraber asıl sorun aile hekimleri ile yaşadıkları iletişim sorunudur. Bu nedenle G4 ve G1'in aile hekimleri ile karşılıklı iletişim kuramadıkları yani interaksyonu sağlayamadıkları görülmüştür.

G4 aile hekimi ile yaşadığı sorunları anlatırken oldukça sinirlenmiş, adeta olayı tekrar yaşıyormuş gibi heyecanlanmış. G4 çocuğuna kimsenin karışamayacağını söylerken ses tonu oldukça yükselmiş ve sakinleşmesi zaman almıştır. G4'ün aile hekimi ile yaşadığı sorunu çok fazla içselleştirdiği ve öfkesinin hala devam etmesi nedeniyle NTP' yi reddettiği anlaşılmıştır. G1 ise G4'ün aksine sakin bir üslup kullanmış ve bebeğine en iyi kendisinin bakabileceğini oldukça özgüvenli bir şekilde ifade etmiştir.

Burada dikkat çeken bir diğer nokta ise G4' ün bebeğinden kendi "malı" gibi bahsetmesi olup kendisine ait olan çocuğa hiç kimsenin karışamayacağını ifade ederek çocuk haklarından uzak bir bakış açısına sahip olduğu anlaşılmaktadır. Oysa her çocuğun sağlık hakkı vardır ve önemli olan çocuğun yüksek yararını dikkate almaktır.

4.2.1.3.1. Koruma içgüdüsü

Bebek sahibi olup anne olan bireyler merhamet, sevgi ve şefkat duygularıyla bakmakta oldukları bebeklerine koruma duygusu geliştirirler. Annelik duygusu beraberinde koruma içgüdüsünü ortaya çıkarmaktadır. Yapılan görüşmelerde annelerin bebeklerine yapılan tıbbi müdahaleler sırasında, koruma içgüdüsü ile hareket ettikleri ve bebeğin çok fazla zarar gördüğüne inandıkları görülmüştür. Katılımcılardan G7 bebeğinden topuk kanı alınması işlemi sırasında bebeğinin çok ağladığını ve bu durum hakkında düşündüklerini şu şekilde ifade etmiştir;

"Çok ağladı, krize girdi. Hastanedekinden ziyade sağlık ocağındakinde daha çok ağladı. Çok ağladığı için onun travmatik bir durum olduğunu düşünüyorum. Hani şey doğar doğmaz mesela öyle bir acı yaşaması bana göre anlamsız. O yüzden hani üçüncü kez aldırmadım. O yüzden ama sonradan yine sonuç çıkmayınca ben zaten söylemiştim hani, bebeğin orda travmatik bir durumu olduğunu düşünüyorum aslında. Sonuç negatif anlamda değil de tam olmamış dediler. Bir daha almamız gerekiyor dediler. Ama yani öyle ağlıyor ki bebek bilmiyorum yani topuğu sıkılıyor. Bilmiyorum ya psikolojik açıdan da o da önemli bir şey bence. Hastalıktan daha ziyade psikolojisi önemli. Yani hani işte o kontroller orda onun psikolojisini doğar doğmaz, hani deniyor ya doğal doğum felsefelerinde spot ışıklarına kadar odanın ruh haline kadar önemli. Bence o bebeğe iyi bir hoş geldin değil. Belki bir gün icat edilir çocuğa acı vermeyen bir yöntem. Neden olmasın?" [G7-28-2-Üniversite]

G7 bebeğinin işlem sırasında acı çektiğini düşünmüş ve bebeğine koruma içgüdüsü ile yaklaşarak Atıf Kuramı' na göre içsel atıfta bulunmuştur. G7'nin bebeğini koruma duygusuyla hareket ederek NTP' yi reddettiği ifade edilebilir. G7 bebeğinden topuk kanı örneği alınarak bebeğinin psikolojisinin bozulacağını düşünmektedir. Sağlık İnanç Modeli' ne göre G7'nin bebeğinin psikolojisinin bozulması yerine bedel ödeyerek bebeğinin hasta olmasını tercih ettiği anlaşılmıştır. Bu durum G7'nin taranan

hastalıklara karşı ciddiye algısının düşük olduğu şeklinde yorumlanabilir. Ekolojik Sistem Yaklaşımı'na göre ise bireysel talepler ile kaynakların birbirini karşılaması gerekir. G7'nin bebeğinden topuk kanı örneği alınmasının bebeğinin canını acıtmayacak farklı bir yöntemin icat edilmesi ile mümkün olabileceğini söylemesi günümüz modern tıp dünyasında karşılanabilecek bir talep olarak görünmemektedir.

Yapılan klinik bir araştırmada, aşından sonra aşının olumsuz etkisini yaşayanların aşılanmama oranlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir (Babadağlı 2007). Bu durum ailelerin koruma içgüdüleriyle hareket ederek çocuklarının canının acımaması için önemli bir sağlık hizmetini reddettiklerini göstermektedir. Yapılan araştırma, elde edilen sonucu destekler niteliktedir.

4.2.1.3.2. Bebeğe bağımlılık

Duygusal karşılıklı ilişki bağlanma olarak adlandırılmaktadır. Bağlanma, yaşamın ilk yıllarından beri varlığını gösterip çocukların fizyolojik ve psikolojik gelişimini etkiler. Bebek ve ailesinin bağlanması ise gebelik, doğum ve doğum sonrası olmak üzere üç evrede gerçekleşir. Bebeğin sağlıklı gelişimi için sağlıklı bağlanmanın gerçekleşmesi gerekir (Köse ve ark. 2013). Bağlanma bebek ve ebeveynler için oldukça sağlıklı olmasına rağmen bebeğe bağımlılık ise aile ve bebeğe uygun olmayan bir davranıştır. Bebeğe karşı aşırı korumacı tutum bebeğe bağımlılığı da beraberinde getirmektedir.

Katılımcılardan G1 bebeğinin bakımı konusunda kızlarının kendisine yardımcı olduğunu, eşinin ailesinin de evinin üst katında oturması nedeniyle kendisine yardımcı olabileceğini ancak bebeğini kışkırdığı ve kimseyle paylaşmak istemediğini şu şekilde ifade etmiştir;

"Kızlarım var (gülüyor). Kızlarım çok iyi, onlar olunca daha rahat, aslında babaanneleri ve halası falan yukarda ama sanki bu bebeğimi biraz kışkırtıyorum, vermek istemiyorum gibi ." [G1-33-3-Ortaokul]

G1'in bebeğini kimseyle paylaşmak istememesi nedeniyle bebeğine karşı bağımlılık duygusu geliştirdiği ve bu duygusunun NTP' yi reddetmesine neden olduğu söylenebilir. Ekolojik Sistem Yaklaşımı'na göre ise kişisel deneyimlerin (mikro düzey) bebeğe bağımlılık duygusu geliştirilmesinde etkili olduğu ifade edilebilir. G1

bu söylemi dile getirirken biraz utangaç bir tavırla kendisini ifade etmiş ve bu ifadesini gizli bir itirafta bulunuyormuş gibi söylemiştir.

G13 ile yapılan görüşmede ise bebeğe ileri derecede bağımlılık gözlemlenmiştir. Bebek uyuyor olmasına rağmen anne bebeğini kucağında yatırmakta ve bebeğini yatağına yatırmak istememektedir. Bebeği daha önce emzirmiş olmasına ve bebek uyumasına rağmen emzirme pozisyonunda oturmaya devam etmektedir. Ayrıca görüşme sırasında odada su sesine benzer bir sesin olduğu, bu ses nedeniyle konuşmaların net anlaşılamadığı görülmüştür. G13 bebeğinin kendisini anne karnında ve güvende hissetmesi için anne karnındaki sese en yakın olan bir ses bulup bu sesi telefonundan açtığını ve evde tüm gün bu sesin olduğunu belirtmiştir.

G13'ün bahsettiği ses, evde karşılıklı iletişime engel olmakta ve konuşulanlar net olarak anlaşılamamaktadır. Ayrıca anne karnındaki sese en yakın ses olduğunu belirttiği sesin tüm gün bebeğe dinletilmesi sonucu bebeğin dış dünyaya alışmasının zorlaşabilme ihtimali de mevcuttur. G13'ün, bebeğine ileri derecede bağımlı olduğunu gösteren davranışlarının, bebeğini kendince korumak adına NTP' yi reddetmesine sebep olduğu söylenebilir.

4.2.1.4. Deneyimler

TDK Güncel Türkçe Sözlüğü' ne göre deneyim; bir bireyin yaşamı boyunca edindiği bilgiler bütünü ve tecrübedir (<http://www.tdk.gov.tr>*, Erişim tarihi: 20 Ocak 2019). Bireyler karşılaştıkları olaylar ve durumlar karşısında deneyimlerini dikkate alarak hareket edebilir ve karar verirken deneyimlerine öncelik verebilirler.

Bireylerin olumlu deneyimleri olduğu gibi olumsuz deneyimleri de düşünce ve davranışlarına yön verebilmektedir. G1 bebeğinden topuk kanı alınmasını kabul etmemekte ve topuk kanından hastalık tespit edildiğine inanmamaktadır. Bu durumu engelli olan amcasının oğlu ile deneyimlediğini, hastalık tespit edilebilse amcasının oğlunun da hastalığının tespit edilip tedavi edilebileceğini ancak durumun bu şekilde olmadığını düşünmektedir. Ayrıca yine kendi deneyimlerine dayanarak bebeğinin hasta olması halinde bunu zaten bebeğinin dış görünüşünden anlayabileceğine inanmaktadır. Konuyla ilgili G1'in söylemleri şu şekildedir;

*http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.5c44d11f59ca59.02022683

"Faydası yok, diyor ki zekâ testi, zekâ testini ne yapacağız, benim amcamın oğlu özürlü yani hem fiziki hem zihinsel, hiçbir şey yapılamadı. Bazen tedavi edilebilir hastalıklar da oluyormuş yani dedim ki gerek yok yaptırmayacağım. Çocuğum sağlıklı zaten doğar doğmaz çocuklar belli olmuyor mu, şimdi dışarıda down sendromlu bir çocuk gördüğünüzde hiç fark etmiyor musunuz hasta mı değil mi diye. Zaten bazen sarılıklı hasta çocuklar da belli oluyor durgun oluyorlar, belli bu çocukta bir şey var diyorsun." [G1-33-3-Ortaokul]

G1 yaşadığı durumu anlatarak kişisel düşünce ve tecrübelerinden bahsettiği için G1'in içsel atıfta bulunduğu, Sağlık İnanç Modeli' ne göre ise duyarlılık ve ciddiye alma algısının düşük olduğu söylenebilir. Ayrıca yakınlarından birinin hasta olması eylem ipucunu kendi bilgileri doğrultusunda yorumlayarak yakınının hastalığını tarama programlarının gereksizliği ile ilişkilendirmektedir. Ekolojik Sistem Yaklaşımı perspektifinden değerlendirildiğinde G1'in kişisel yaşam deneyimleri (mikro düzey) ve yakın çevresi (mezzo düzey) arasında kurduğu ilişki doğrultusunda NTP' yi gereksiz bulduğu anlaşılmıştır. Bu durumun nedeninin G1'in NTP hakkında yeterli bilgi sahibi olmaması ve ilgili sağlık kurumlarından (makro düzey) yeterince bilgi alamamasının olduğu söylenebilir.

4.2.2. Dışsal Atıf

Bireylerin NTP' yi neden reddettiğini anlamaya çalışırken katılımcılardan elde edilen verilerin "Sağlık Hizmeti" başlığı temel alınarak "Dışsal Atıf" ana başlığı altında ve şu temalarda kümelendiği görülmüştür: Hizmete erişim, hekimin iktidarı, hizmetin niteliği, sağlık personeli, tıbbi uygulamalara duyulan güvensizlik, dini inanç ve medya. Yapılan görüşmeler sonucunda hizmetin niteliği, "kamu" ve "özel" sağlık hizmeti ayrımı yapılarak yorumlanmıştır. Sağlık personeli "iletişim becerisi" ve "sağlık eğitimi" odağında irdelenmiştir. Elde edilen veriler ışığında, tıbbi uygulamalara duyulan güvensizlik konusu ise "aşı", eş ve akraba odaklı değerlendirilen "aile" ile ilişkilendirilmiştir

Katılımcılardan G14'ün, riskli gebe olması nedeniyle hastanelerin kendisini kabul etmediğini ancak görüştüğü bir doktorun doğumunu yaptırabileceğini söyleyerek dışsal atıfta bulunduğu söylenebilir;

"Valla hiçbir hastane kabul etmedi beni beşinci sezaryen diye. Ben de özele gittim. S... Bey var bi doktor, Dokuz Eylül'ün (Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi) profesör hocası doğurttu beni. Kimse kabul etmedi." [G14-38-5-Ortaokul]

G14'ün beşinci sezaryen olup doğumunun riskli olması ve bu nedenle doğumunu yaptıracak hekim bulmakta zorlanması önemli birer sağlık ve sağlık hizmeti sorunu olup G14, yakın aralıklarla hamile kalma davranışını devam ettirmekte ve bu nedenle sağlığını riske atmaktadır. Bu durum aynı zamanda G14'ün ciddiyet algısının düşük olduğunu göstermektedir. G14'ün NTP' yi reddetme davranışının gebeliğinde olduğu gibi NTP' nin önemini bilmemesinden ve ciddiyet algısının düşük olmasından kaynaklandığı anlaşılmıştır.

NTP' nin reddedilmesine ilişkin dışsal atıflar "sağlık hizmeti" temel alınarak genelde aşağıdaki temalar altında toplanmaktadır.

4.2.2.1. Sağlık hizmeti

Sağlık hizmeti, bireyin ve toplumun sağlığının korunması ve geliştirilmesi için yapılan çalışmalar ile herhangi bir hastalık durumunda tedavi edici hizmetlerin en iyi teknolojiyle sağlanması durumunu ifade etmektedir (Tabak 2000). Sağlık hizmeti, toplumun iyilik halinin korunması için çok önemli olup toplumumuzda öncelik verilen bir konudur.

4.2.2.1.1. Hizmete erişim

Sağlık hizmetlerinde erişim, sağlığın ana hedefleri arasındadır. Globalleşme sağlık hizmetine erişimi de etkilemekte, sosyo-ekonomik durum sağlık sistemini olumlu olduğu gibi olumsuz da yönlendirebilmektedir. Tıbbi ilerlemeler ve teknolojik gelişmeler önemli adımlarken sosyal eşitsizlikler sağlık sistemine erişimi zorlaştırmaktadır (Herdman ve Yazıcı Korkmaz 2011). Bireyler en düşük maliyet ile en kısa zamanda sağlık hizmetine ulaşmak istemektedirler. Bu nedenle sağlık hizmetine erişimi kolaylaştırmak, sağlık ile ilgili politikaların daha etkili olmasını sağlamaktadır (Gözlü ve Tatlıdil 2015).

Yapılan görüşmelerde bireylerin sağlık hizmetine erişim noktasında sorunlar yaşadıkları ve bu durumun bireylerin sağlık davranışlarını olumsuz etkilediği anlaşılmıştır. Örneğin katılımcılardan G12 doğum yapacak hastane bulma konusunda

zorlandığını ifade ederek sağlık hizmeti erişiminde sorun yaşadığını şu şekilde belirtmiştir;

"Son dakika olunca ben Ege'ye (Ege Üniversitesi Hastanesi) gideyim dedim, Ege kabul etmedi bizi. Son ay olduğu için dedi biz burada yapamayız dedi, kabul etmediler. E zaten Trafik' in (Bornova Türkan Özilhan Trafik Hastanesi) doğumu açılmamış. Diğerinde de doğum yok bu Şifa'da (Özel Şifa Hastanesi). Sonra orayı bulmuş eşim kim tavsiye etmişse. Oraya gittik." [G12-28-2-Ortaokul]

Sağlık hizmetine erişim sorunu yaşadığı anlaşılan G12'nin, bu durumu kendisinin dışındaki durumlar ile açıklayarak dışsal atıfta bulunduğu belirlenmiştir. G12'nin, doğum yapmak için gittiği hastanelerin kendisini kabul etmemesi üzerine eşine tavsiye edilen bir özel hastaneye giderek doğumunu yapması nedeniyle Sağlık İnanç Modeli' ne göre başkalarının tavsiyesini dikkate alarak sağlık davranışında bulunduğu söylenebilir. Ekolojik Yaklaşım perspektifinden ise G12'nin doğum yapmak için hastane bulmakta zorlanması nedeniyle kaynakların bireysel talepler karşısında yetersiz kaldığı ifade edilebilir. G12'nin sağlık hizmetine erişim sorunu yaşamaması nedeniyle NTP' yi reddettiği anlaşılmıştır. Eşiyile yaşadığı sorunlar nedeniyle görüşme boyunca zaman zaman ağlayan G12'nin evden hiç dışarı çıkmaması nedeniyle çevresinde bulunan sağlık kurumlarını bilmediği, sadece eşinin yönlendirmeleri ile hareket ettiği öğrenilmiştir. G12 ile yapılan görüşmede, G12'nin dışarı çıkıp sağlık kurumlarına ulaşmak gibi bir amacının olmadığı görülmüştür. G12'nin çevresi ile iletişim kurmak istemediği, eşiyile yaşadığı sorunların ruh halini olumsuz etkilediği ve çevresini tanıma konusunda motivasyonun çok düşük olduğu anlaşılmıştır.

Sağlık hizmetine erişim sorunu yaşayan bir diğer katılımcı G2 ise doğum yapacak hastane bulamaması nedeniyle evde doğum yaptığını belirtmiştir;

"İlk doğumum sezaryen, son ikisi normal, aralarında bir sene dört ay var. İkinci doğumu evde yaptım çünkü hastaneler kabul etmedi, sadece şey Konak'taki hastanede A... abla kabul etti, oraya yetişemedik, evde yaptım." [G2-23-3-Ortaokul]

Evde doğum, anne ve bebeğin sağlığını riske atan oldukça tehlikeli bir durumdur. Sağlık hizmetine erişim sorununun ne kadar ciddi sorunlara yol açabileceği G2'nin

söylemlerinden net olarak anlaşılabilir. Evde doğum yaptığını belirten G2'nin kendisinin dışındaki bir unsur olan hastanelerden bahsettiği için dışsal atıfta bulunduğu söylenebilir. G2'nin sezaryen doğumdan bir yıl dört ay sonra normal doğum yapması ve ikinci doğumunu evde yapması Sağlık İnanç Modeli' ne göre duyarlılık ve ciddiye algısının düşük olduğunu göstermektedir. Evde doğum ile ilgili yapılan bir araştırmada, evde doğum yapan kişilerin %52,63'ünün evde doğum yapmayı doğumdan önce planladıkları ancak evde doğum yapan kişilerin hiç birinin evde doğum yapmak için uygun sağlık koşullarını sağlayamadıkları saptanmıştır (Kulhan ve ark. 2017). Yapılan araştırma, evde doğumun ne kadar sağlıklı olduğunu gözler önüne sermektedir.

G2 görüşme boyunca oldukça sakin bir üslup kullanmış sorulara kısa kısa cevaplar vermiştir. Yapılan görüşme sırasında G2'nin kayınvalidesinden çekindiği ve verdiği her cevap sonrasında onaylanma ihtiyacı duyarak kayınvalidesine baktığı görülmüştür. Evin genel hâkiminin kayınvalide olmasının yanı sıra sağlık ile ilgili konularda da kayınvalidenin karar verdiği anlaşılmıştır. G12 gibi G2'nin de çevresinde bulunan sağlık kurumlarını bilmediği ve kayınvalidesinin yönlendirmesiyle hareket ettiği görülmüştür. G2'nin NTP' yi reddetmesinde duyarlılık ve ciddiye algısının düşük oluşu, çevresinde bulunan sağlık kurumlarını tanımaması ve kayınvalidesinin yönlendirmelerinin etkisinde kalması durumlarının etkili olduğu söylenebilir.

Bir diğer erişim sorunu ise birinci basamak sağlık hizmeti sunan Aile Sağlığı Merkezlerinin nüfus yoğunluğu sebebiyle talepleri karşılayamamasıdır. Bireyler genellikle kolay ulaşabilecekleri mesafede olan sağlık kurumlarından sağlık hizmeti almak istemektedirler. Gidilecek sağlık kurumunun uzak olması sağlık hizmeti almak isteyen kişinin bu konudaki isteğinin azalmasına sebep olabilmektedir. Evine yakın olan Aile Sağlığı Merkezi' ndeki aile hekimliği biriminin nüfus kaydının dolu olması nedeniyle kaydını başka yere aldirmek zorunda kaldığı görülen G8, bu durumu şu şekilde ifade etmiştir;

"Şöyle normalde buraya yakın sağlık ocağı vardı. Burası dolu olduğu için kayınvalideme, Yahyalar diyorlar o tarafta kaydımız. Zafertepe Sağlık Ocağı mı öyle bir şey." [G8-26-1-Üniversite]

G7 ise sağlık hizmeti almak durumunda kaldığı sağlık kurumlarının kendi ikametine fazla yakın olmadığını şu şekilde belirtmiştir;

"En yakın yani gittiğimiz zaman çocukları Behçet Uz'a (Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Hastanesi) götürüyoruz genelde. Buraya en yakın sağlık ocağımız var mesela. Sağlık ocağına gidiyoruz ama o da Tepekule Mahallesinde, bize yine çok yakın değil." [G7-28-2-Üniversite]

G8 ve G7'nin aile hekimliği kaydı ve mesafe ile ilgili söylemleri dışsal atıf olup G8 ve G7'nin NTP' yi reddetmesinde Aile Sağlığı Merkezi'ne erişim sorunu yaşamalarının etkili olduğu anlaşılmıştır. Ekolojik Sistem Yaklaşımı'na göre ise sağlık kurumu (makro düzey) ile ilgili olumsuz bir durum bireyin sağlık davranışına (mikro düzey) etki ettiği söylenebilir. Bu noktada mikro düzey ve makro düzeyin birbirini beslediği anlaşılmaktadır.

4.2.2.1.2. Hekimin iktidarı

Tıp, sanat ve bilim olarak tanımlanma olup aynı zamanda bir meslektir. Bu mesleğin uygulayıcı ise hekimlerdir. Hekimler, diğer meslek grupları gibi hukuk kuralları çerçevesinde mesleklerini icra ederler (Demirel 2005). Hekim ve hasta arasındaki ilişkiyi düzenleyen veya belirleyen çeşitli faktörler vardır. Bu faktörlerin bir kısmı hasta merkezliyen bir kısmı da hekim odaklıdır. Teknoloji alanındaki gelişmeler diğer pek çok alanı etkilediği gibi sağlık sektörünü de etkilemiştir. Teknolojik gelişmelerin yaşanması, eğitim ve refah seviyesinin artması gibi durumlar hasta ve hekim ilişkisini artırmıştır (Gezergün ve ark. 2006).

Yapılan görüşmelerde hasta ve hekim ilişkisinin ne kadar önemli olduğu anlaşılmıştır. Ayrıca katılımcıların tarama programlarına güvenmemesi ve bazı tıbbi uygulamalara karşı olmalarına rağmen sağlık sisteminin içinde yer alan hekimleri ana unsur kabul ederek hekimin söylemlerini dikkate aldıkları gözlemlenmiştir. Hekiminin yaptığı yönlendirme ile normal doğum yapan G6 bu durumu şu şekilde ifade etmiştir;

"Normal doğum yaptım. Doktorla karar verdik. Aslında bu ara çok var normal doğum, normale eğilim arttı galiba." [G6-34-1-Yüksek Lisans]

Hekimi ile ortak karar aldıklarını söyleyen G6'nın doğum biçiminde etkili olan kendisi dışındaki önemli bir unsurdan bahsederek dışsal atıfta bulunduğu söylenebilir. G6'nın nasıl doğum yapacağına hekimiyle birlikte karar vermesi sebebiyle Sağlık İnanç Modeli' ne göre G6'nın duyarlılık ve ciddiyet algısı ile sağlık motivasyonunun yüksek olduğu, Ekolojik Yaklaşım perspektifinden ise hekim ve hasta arasında interaksyonun sağlandığı anlaşılmıştır.

G3'ün de hem gebelik döneminde yapılan tarama testlerinde hem de doğum sonrası bebeğinin sağlık kontrollerinin yapılması sırasında hekimin söylemleri doğrultusunda hareket ettiği görülmüştür. G3'in ifadesi şu şekildedir;

"İlkini değil de ikincisini yaptırdım üçlü taramayı. Yani doktorum çok ikincisini ilk başta bi sıkıntı görmüyorum demişti, üçüncüsünü yaptırdım yeterli demişti, üçlüyü pardon.....Yani doktoru gelip baktı, kalçayı da eliyle kontrol etti, ultrason yaptırmadık. Eve gelen çocuk doktorumuz yaptı. O zaten baktı, gerek olsa götürecektik, gerek yok dedi götürmedik." [G3-28-1-Üniversite]

G11'in ise hekimin söylediklerini oldukça ciddiye aldığı ve sağlık sorunlarında hekime danışmadan hareket etmek istemediği anlaşılmıştır. Ayrıca G11'in bebeğinin herhangi bir sağlık sorunu ile ilgili çevreden yapılan yönlendirmelerden hoşlanmadığı ve mutlaka bir hekime danışılması gerektiğini düşündüğü gözlemlenmiştir. G11 bebeği hastalandığı zaman hemen hekim muayenesi tercih ettiğini şu sözleri ile ifade etmiştir;

"Valla ben hemen götürüyorum. Hiç düşünmüyorum. Yani en azından kendim bir şey yapamayacağıma göre. Bazen diyorlar hani şurup versene diye ama bakalım aynı hastalık mı? Belki başka bir şeyi var. Hemen götürüyorum ben." [G11-26-2-Lise]

Yapılan görüşmeler sonucunda, katılımcıların sağlık sistemi içerisinde yer alan hekimi odak noktası yaparak hekime güvendikleri ve hekimin söylemlerine güvenerek sağlık alanı ile ilgili karar verdikleri anlaşılmıştır. Görüşmelerde hekimlere ait söylemlerin görüşülenler üzerinde ne kadar etkili olduğu görülmüş olup hekimin iktidarının devam ettiği net bir şekilde ortaya çıkmıştır. Hekime güven ile ilgili yapılan bir araştırmada, hastaların hekimlere tamamen güvenerek hekimlerin söylediklerini

dikkate aldıkları, hekimin kendileri için en doğru kararı alacaklarına inandıkları sonucu elde edilmiştir (Gülcemal ve Keklik 2016). Yapılan araştırma, elde edilen verileri destekler niteliktedir. Ancak bu noktada çelişkili bir durum söz konusudur. Çünkü hekimin söylemlerini dikkate alarak sağlık davranışında bulunan bu bireyler aynı zamanda NTP' yi reddeden bireylerdir. Genel olarak hekimin söylemlerini dikkate alan bu bireylerin NTP' yi reddetmesinde tarama programı ile ilgili yeterince bilgi sahibi olmama ve henüz ortada gözle görülür bir hastalığın olmaması nedeniyle tarama programlarının gereksiz olduğuna yönelik önyargının etkili olduğu söylenebilir.

4.2.2.1.3. Hizmetin niteliği (ekonomik nedenler)

Bireylerin yaşam kalitesinin artırılması ve insan yaşamının devam etmesi için sağlık hizmeti ve bu hizmetin niteliği çok önemlidir. Bu nedenle bir ülkede verilen sağlık hizmetinin nasıl olduğu o ülkenin gelişmişlik düzeyini ortaya koyan önemli bir göstergedir. Sağlık hizmeti ve bu hizmetin niteliği ile ilgili yapılan değerlendirmelerde çok boyutlu düşünmek gerekmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetinin niteliğini anlamaya çalışırken bütünsel bir yaklaşım göz önünde bulundurulmalıdır (Zerenler ve Ögüt 2007).

Ülkemizde sayıları gittikçe artan sağlık kuruluşları kamu, özel sektör ve üniversite olmak üzere üç farklı kuruluş ile sağlık hizmeti sunmaktadır. Hizmetin sunulduğu bu üç kuruluşun ise hizmet nitelikleri farklılıklar göstermektedir.

Ülkemizde bireylerin sağlık kurumlarından birbirinden farklı beklentileri bulunmaktadır. Özellikle devlet hastanelerinin nitelikleri daha çok eleştirilmektedir. Çünkü personel yetersizliği, malzeme eksikliği ve hasta yoğunluğu gibi olumsuz durumların devlet hastanelerinde daha fazla olduğuna inanılmaktadır. Ayrıca muayene olmak için alınan randevu tarihleri istenilenden çok daha ileri bir tarih olabilmekte, hastanın sağlık hizmetine geç ulaşmasının yanı sıra hekime ulaşmak da güç olabilmektedir. Özel hastanelerin elde ettiği maddi gelir ise daha fazladır. Bu nedenle sağlık hizmeti sunumunda yataklı tedavi hizmeti ve müşteri hizmetleri kalitesi daha iyi olabilmektedir. Son yıllarda ülkemizde özel hastane sayılarında artış yaşanmaktadır. Sayıları artan ve daha kaliteli sağlık hizmeti sunmak isteyen özel hastanelerde rekabet de ortaya çıkmaktadır. Bir diğer grup da üniversite hastaneleridir. Üniversite hastaneleri de devlet hastaneleri gibi kaynak sıkıntısı yaşayabilmektedir

ancak verdiği sağlık hizmetinin yanı sıra araştırmalarda da bulunmaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti veren hekimlerin çoğu aynı zamanda akademisyendir. Üniversite hastanelerinde hastalara ayrılan sürenin daha uzun olması ve hekimlerin niteliği nedenleriyle bireyler daha iyi sağlık hizmeti aldıklarını düşünerek üniversite hastanesi tercih etmektedirler (Yağcı ve Duman 2006).

Yapılan görüşmelerde, alınan sağlık hizmetinin niteliğine göre özel ve devlet hastaneleri ile ilgili çeşitli söylemler ortaya çıkmıştır. Katılımcılardan G11 devlet hastanelerine başvuran hasta sayısının fazla olması nedeniyle yoğunluk olduğunu, bu nedenle özel hastane tercih ettiğini ancak bu durumun maddi olarak kendilerini zorladığını şu sözlerle ifade etmiştir;

"... bazen devlet karşılamıyor bazı şeyleri. Olmayanlara da çok zor ya. Hani şimdi gerçekten hiç imkânı olmayan. Şimdi devletlerde o kadar bi yoğunluk var ki çok güzel ilgilenemiyorlar açıkçası hastalarla. Sigorta olmasa e ne bileyim gerçi şu an bile çok yüksek. Yılbaşından sonra çok yükselmiş ücretler. Yani direk özel gibi olmuşlar artık. Şimdi çok pahalı, mesela ben şimdi onu diyorum. Durumu olmayan aile mesela napsın, sağlık ocağı bile üç lira kesiyor, çok şükür biz yetiriyoruz yine. Ben mesela K... 'yı (bebeği) Ege Şehir Hastanesi'ne götürüyorum, orda S... Hanım var çok güzel ilgileniyor. Orda üç doktorun ikisi 57 TL'ye bakıyor, S... Hanım 67 TL'ye bakıyordu. Şimdi yılbaşından sonra iki aydır götürüyorum 117 TL." [G11-26-2-Lise]

G11'in devlet hastanelerinin yoğunluğundan ve sağlık hizmeti alınırken ortaya çıkan maddi giderlerden bahsederek Atıf Kuramı' na dışsal atıfta bulunduğu söylenebilir. G11'in maddi imkânlarını zorlayarak bebeği için en iyi sağlık hizmetine erişme çabası Sağlık İnanç Modeli' ne göre G11'in duyarlılık ve ciddiye algısının yüksek olduğu şeklinde yorumlanabilir. G11 hem sağlık sistemi (makro düzey) hem de ekonomik sistem (makro düzey) den bahsetmekte ve bu sistemlerin birbiriyle etkileşiminden değınmektedir. G11 ile yapılan görüşmede, dikkat çeken nokta ise G11'in bebeğinin sağlığı için maddi imkânlarını zorlayarak sağlık hizmetine ulaşmaya çalışmasına rağmen NTP' yi reddetmesidir. Burada kişinin algılanan yarar ve ciddiye ile ilgili yetersiz güdülendiği görülmektedir. Bireyler özellikle somut olarak bir sorun ile karşılaşmadıklarında çoğu zaman ciddiye algılarının düştüğü, koruyucu hizmetlerden elde edilecek yarar düzeyinin ise yeterince ortaya çıkamadığı

görülmektedir. G11’de de benzer durumu ifadelerinden anlamak mümkündür. Hem bebeğinin sağlığı için daha fazla ilgi görmek istediği ve üzerine titrediği bu nedenle özel sağlık hizmetini maddi olarak ödeme yapsa bile tercih ettiğini görüyoruz, diğer taraftan ise kamu eliyle sunulan hizmetlerin yetersizliğine yönelik bir algılamının altta yatan bir neden olduğunu sezinliyoruz. Diğer bir deyiş ile bireyin önceki deneyimlerinden ve çevresinde gördüklerinden etkilenerek kamu hizmetlerini kullanmak istemediği algılanmaktadır. Diğer taraftan kendine göre sağlık hizmeti sunanlar arasında bir kıyaslama yaptığı, iyi hizmet ve yetersiz hizmet gibi bir sınıflama ile sağlık hizmetine bir değer biçtiği anlaşılmaktadır. Tipik bir toplumsal yargı olarak özelde sunulan hizmetin kamuda sunulana göre daha değerli olarak algılandığı, bu nedenle kamu eliyle sunulan tüm hizmetlerin yetersiz olduğu düşüncesinin hâkim olduğu sezilmiştir. Diğer taraftan kamu hizmeti sanki parası olmayanların almak zorunda kaldığı bir hizmetmiş gibi altta yatan bir söylemin olduğu araştırmacı tarafından algılanmıştır. Bununla birlikte bu hizmetin bile hizmeti alanlar tarafından katkı payı ödenmesi zorunluluğu nedeniyle giderek pahalılaştığı ve insanların bu hizmete ulaşamadığı katılımcı tarafından düşünülmektedir. Katılımcılardan G6 ve G5 ise kaliteli sağlık hizmeti almanın maddi durum ile doğrudan ilişkili olduğunu şu sözlerle belirtmişlerdir;

"Evet çok önemli. İyi sağlık hizmeti almak için maddi durumunuzun iyi olması lazım." [G6-34-1-Yüksek Lisans]

"Tabi ki önemli. İyi bir hizmet almak istiyorsanız mecbur para harcayacaksınız." [G5-28-2-Lise]

Görüşmeler sırasında özel sağlık hizmeti tercihini en net bir şekilde dile getiren katılımcı G5 olmuştur. Diğer katılımcılara göre maddi durumu daha iyi olan G5, devlet hastanelerinden hiçbir koşulda sağlık hizmeti almak istememekte ve sağlık ile ilgili sorular her soruya “bizim özel hekimimiz var” vurgusunu yaparak cevap vermiştir. G5’in Aile Sağlığı Merkezlerini devletin sağlık kurumları olarak değerlendirip Aile Sağlığı Merkezlerinden sağlık hizmeti almak istemediği, bu nedenle de NTP’ yi reddettiği anlaşılmıştır.

G1 de sağlık hizmeti alırken maddi durumun öneminden bahsetmiş ve maddi durumunun yeterli olması sayesinde özel hastanede doğum yaptığını ancak maddi

durumunun yeterli olmaması halinde devlet hastanesi seçmesi gerekeceğini belirtmiştir;

"Evet tabi biraz ama yani o zaman maddi durumun olmazsa özele gitmez devlete gidersen ben mesela doğumumu özelde yaptım. Param olmasaydı devlette yapardım." [G1-33-3-Ortaokul]

G6, G5 ve G1'in sağlık ile maddi durum ilişkisinden bahsederek Atıf Kuramı' na göre dışsal atıfta bulunduğu ifade edilebilir. Katılımcıların devlet hastanesi yerine özel hastaneden sağlık hizmeti alıp yarar elde etmesinin ise Sağlık İnanç Modeli' ne göre davranışı sürdürmenin yaraları ile ilgili olduğu söylenebilir.

Katılımcılardan elde edilen verilerde, sunulan sağlık hizmetinin niteliği ile bireylerin maddi durumunun yakından ilişkili olduğu anlaşılmıştır. Çünkü sağlık hizmetinin niteliği özel ve kamu ekseninde değerlendirilmekte, maddi durumu iyi olan bireyler tercihlerini özel hastaneden yana kullanırken, maddi durumu iyi olmayan bireyler sağlık hizmeti alırken devlet hastanesi tercih etmek durumunda kalmaktadırlar.

Hastane tercihleri ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Hastanelerin hizmet kalitesini anlamak için devlet, özel ve üniversite hastanelerinin uygulamalarının değerlendirildiği bir araştırmada, Türkiye'nin güneyindeki iki metropol ilden toplam 225 hasta ile görüşme yapılmıştır. Yapılan araştırmada; hastaların en iyi hizmeti özel hastaneden aldıklarını düşündükleri, daha sonra üniversite hastanelerinin tercih edildiği, devlet hastanelerinin ise son sırada yer aldığı sonucu elde edilmiştir (Yağcı ve Duman 2006). Yapılan araştırma, elde edilen verileri destekler niteliktedir.

Diğer bir deyiş ile maddi durumu iyi olanların özel sektör tarafından sunulan ambalajlanmış ilgi ve zaman ağırlıklı hizmete daha fazla güvendikleri görülmektedir. Bu algının oluşmasındaki en önemli nokta sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda sunulan hizmetin yetersizliği olarak görülmektedir. Özellikle bireylere yeterli zaman ve ilgi sağlanamayan hizmette hizmeti sunan kişilerin alıcılara (hastalara) karşı olan davranışları ve karşılıklı iletişimleri de etkili olabileceği söylenebilir. Tüm bu nedenlerle kamu hizmetinin yetersiz olduğu algısı halk arasında yaygın bir inanıştır. Bu inancı destekleyen en temel unsur ise sağlanan hizmetin alıcıda oluşturduğu yarar

algısıdır. Bireyler yarar göreceklarine inandıkları sağlık hizmetine daha fazla talepkâr olmaktadırlar.

4.2.2.1.3.1. Özel

Yapılan görüşmelerde sunulan hizmetin niteliğine bağlı olarak özel hastane tercihinin çok daha fazla olduğu ayrıca özel hastanede sunulan sağlık hizmetinin aynısı devlet hastanesinde sunulsa bile özel hastane tarafından sunulan hizmetine bireylerin daha çok güvendiği anlaşılmıştır. G13 ve G12 gibi diğer katılımcılar da çoğunlukla özel hastanede doğum yapmayı tercih etmişlerdir;

"Doğumu Medikal Park'ta yaptım, daha 27 günlük zaten. 13 Mart'da doğdu." [G13-30-1-Üniversite]

"Özel Su Hastanesi'nde doğum yaptım 15 Ocak'ta." [G12-28-2-Ortaokul]

Katılımcılardan G11 ise bebeğinin topuk kanı örneğinin alınması için Özel Egepol Hastanesi'ne gittiklerini, orada gerekli işlemlerin yapıldığını bu nedenle Aile Sağlığı Merkezi'nde tekrar topuk kan örneği alınmasını istemediğini belirtmiş olup G11'in kamu hizmeti olan birinci basamak sağlık hizmetine güvenmediği görülmüştür;

"Bu Egepol'e gittiğimde Egepol'deki dedi ki üç gün sonra tekrar bize getireceksin topuk kanı için. Sağlık ocakları kapalıydı. Tekrardan oraya gittik. Bi ikinci kez orda alındı yani. Hiçbir şey çıkmadı, daha sonra tekrar aldırmadık bi sıkıntı yok diye. İstemedim ben sağlık ocağında, orda da imzaladım zaten gerekli kâğıtları. Açıkladılar ama ben istemedim." [G11-26-2-Lise]

G13 ve G9'un ise yaptırdıkları ücretli testler nedeniyle bebekleri için gerekli olan testleri yaptırdıklarına inandıkları ve Aile Sağlığı Merkezi'nde bebeklerinden topuk kanı örneği aldırarak istemedikleri öğrenilmiştir. Katılımcıların ücret ile satın aldıkları sağlık hizmetine çok güvendikleri ancak ücretsiz olarak Aile Sağlığı Merkezi'nde topuk kanı örneği alınmasını gereksiz bulduklarını düşündükleri ifade edilebilir. G13 ve G12 ücretli testleri nasıl yaptırdıklarını şu şekilde belirtmişlerdir;

"Özel test yaptırmıştık daha önce, kordon kanı aldırarak. Onun için her şeye bakılıyor ya kordon kanından, ONKİM'e (Kök Hücre

Teknolojileri) aldırđık. Testler İstanbul'da İTÜ'de (İstanbul Teknik Üniversitesi) yapıyor. Onun sonuçları geldi. O yüzden yaptırmadık tekrar." [G13-30-1-Üniversite]

"...Benden bi kan alındı, kan Amerika'ya gönderildi. O testi yaptırdığımız için ikili, üçlü taramaya gerek kalmıyor. Bi test varmış o testte kromozomu açılıyor bebeğin, DNAsına bakılıyor. İlerde geçirebileceği hastalıkları bile söylüyorlar. O şekilde yaptırdık biz ama testin adını hatırlamıyorum. İşte bu bahsettiğim testi yaptırdığımız için bir daha biz topuk kanı alınmasını istemedik (Serenity NIPT (CE-ND) Testi'nden bahsediyor)" [G9-39-2-Lise]

Görüldüğü üzere hamilelik döneminde ya da sonrasında yapılan bazı özel testler NTP' nin gereksiz olarak algılanmasına neden olabilmektedir. Katılımcıların NTP' den çok daha kapsamlı bir test yaptırdıklarına inanarak NTP' yi reddettikleri söylenebilir.

Hasta ve yakınlarında bu inancın kökleşmesinde sağlık hizmeti sunan kişilerin bu hizmeti alacak olan potansiyel bireyleri müşteri olarak görmesi ve yetersiz bilgi düzeylerinden yararlanması da etkili olmaktadır. Diğer bir deyiş ile tıbbileştirilen sağlık hizmeti bireylere olağan üstü hizmetlermiş gibi sunulmaktadır. Alıcının ise yetersiz bilgi düzeyi özelden aldığı çoğu zaman gerekli olmayan hizmetin kusursuz, üstün ve ulaşılamaz olması algısına neden olmaktadır. Birey bu hizmeti alarak kendini daha fazla güvende hissetmekte, algıladığı yarar maksimize olmaktadır. Bu üstün yarar algısı ise bireyin daha kötü tercihlerde bulunmasına neden olabilmektedir. Bunun tipik örneği NTP taramasının gereksiz görülmесidir. Hatta NTP için algılanan ciddiyetin düşük olduğu bile söylenebilir.

Belirtilen bu söylemi destekleyen bir diğer önemli nokta ise bireylerin kamu tarafından sunulan bir hizmeti alsalar dahi belirli bir bedel ödeyerek daha iyi hizmet aldıkları kanısına varmış olmalarıdır. Bunu içsel ve dışsal atıf ile açıklayabiliriz. Birey hem kendi deneyimlerinden hem de çevresinde gördüğü olaylardan dolayı hizmetin özel ya da ücretli olması ile daha fazla yarar elde edeceği düşüncesine sahiptir.

4.2.2.1.3.2. Kamu

Yapılan görüşmelerde kamu tarafından sunulan sağlık hizmetinin çok fazla tercih edilmediği anlaşılmış olup kamu tarafından sunulan sağlık hizmeti çeşitli konularda eleştirilmiştir.

Katılımcılardan G8 gebelik döneminde gebelik kolestazı rahatsızlığı geçirdiğini, bu süreçte hekiminin kendisini devlet hastanesine yönlendiğini ancak bu konuyla ilgili pişmanlığını şu şekilde ifade etmiştir;

"Bunu ben bizzat hamileliğimde yaşadım. Nasıl diyim, gebelik kolestazı diye bir hastalık var. Karaciğer enzimleriniz yükseliyor aniden hamilelikten dolayı. Onun için devlete yönlendirdi doktor beni. Özelde değil devlete gittik, biz üç gün orda koştur koştur, bu da erken doğum riskine neden oldu. Ondan sonra yani özele gitseydim kesinlikle bunları yaşamazdım dedim tabi nasip ama. Özel Karataş'a (Özel Karataş Hastanesi) gidiyordum ben. Orda doğum yaptım. Tepecik'e (Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi) gittim o sıkıntı için. Bizde yok dediler. Başka bir özele gitseydim o an bunları belki yaşamazdım çünkü özelde direk parayı ver direk muayene ol, bekleme yok bir şey yok."
[G8-26-1-Üniversite]

G8'in NTP' yi reddetmesinde, NTP' nin uygulandığı Aile Sağlığı Merkezi'nin kamuya bağlı olarak sağlık hizmeti sunması ve G8'in kamu tarafından sunulan sağlık hizmetine güvenmemesinin etkili olduğu söylenebilir.

Katılımcılardan G5 ise hiçbir şekilde kamu tarafından sunulan sağlık hizmeti almak istemediğini kesin bir dille söyleyerek özellikle sağlık personeli ile iletişim konusunda sorun yaşadığını şu şekilde belirtmiştir;

"Sağlık ocağına veya devletin herhangi bir kurumuna götürmek istemiyorum. Ama tetkiki yaptırırım hiçbir sıkıntı olmaz. Kendim için de aslında ne zaman devlete bir işimiz düşse maalesef ki hiç ilgilenilmiyor, hep azarlanıyoruz, çok sıkıntılar yaşıyoruz yani. İnsanlarla alakalı diyebilirsiniz ama bir değil iki değil yani. Hamileyken bile insanın moralini çok bozuyorlar. Yani sanki cevap vermek zorunda değilim, ne alaka gibi bakıyorlar. O yüzden çok hoş bir şey değil yani." [G5-28-2-Lise]

Katılımcıların 12 tanesi maddi durumunu ve eğitim düzeyleri birbirlerinden çok farklı olmasına rağmen özel hastanede doğum yapmayı tercih etmiş olup sadece üç kişi devlet hastanesinde doğum yapmıştır. Üniversite hastanesi ise tercih edilmemiştir. Bu durum, maddi durumu yeterli olmayan bireylerin bile sağlık hizmeti alımında özel hastaneleri tercih ettiğini ve maddi şartlarını zorlayarak daha iyi hizmete ulaşmaya çalıştığını göstermektedir. Ayrıca özel hastaneler tarafından sunulan sağlık hizmetinin niteliği, kamuya ait hastaneler tarafınsan sağlansa bile bireylerin bu duruma önyargı ile yaklaştıkları ve kamu hizmetine güvensizlik hissettikleri anlaşılmıştır. Bunun birçok nedeni olduğu söylenen sözlerde de görülmektedir. Yetersiz ilgi, empati eksikliği, bilgilendirme isteğinin yerine getirilmemesi, kötü davranışlar, sıra bekleme ve yeterince hizmet sunulmadığına ilişkin inanışlar ve daha fazlası bunun nedeni olarak sayılabilir. Oysa sunulan sağlık hizmetinin standart olduğu, hizmet kapasitesi ve kabiliyetinin kamu hizmetlerinde daha fazla ve geniş bir yelpazede sunulabildiği gibi hususlar hizmeti alanlar tarafından farkına varılamamaktadır. Bu bilgi eksikliği G8'in söyleminde de görüldüğü üzere kamu hizmetinin kötü, özel hizmetin iyi olduğu algısı ile tersine bir inanış meydana getirmektedir. Bu tersine inanış ise bireylerin davranışlarını şekillendiren önemli bir durumdur.

4.2.2.1.4. Sağlık personeli

Sağlık kurumlarından hizmet alan bireyler, sağlık personeli ile etkileşim ve iletişim halindedirler. Bu etkileşim olumlu olabildiği gibi bazı durumlarda olumsuz durumların yaşanmasına sebep olabilir. Yaşanan olumsuz durumlar ise bireylerin sağlık personeline karşı güvensizlik hissetmelerine ve sağlık personeli tarafından alınan kararlara şüphe ile yaklaşmalarına sebep olabilmektedir. Örneğin katılımcılardan G15 hekimlerin yanlış teşhis koyabileceğini bu nedenle annelerin çocukları hakkında dikkatli olması gerektiğini şu sözleri ile ifade etmiştir;

"...Yani hastanelerde her gittiğiniz doktora da güvenilemiyor. Ben açıkçası güvenmiyorum. Yanlış teşhis koyabiliyorlar çocuklara. Anne de gözetleyebilir yani belirli bir şeye kadar." [G15-29-1-Lise]

Katılımcılardan G10 ise hekime karşı güvensizlik yaşadığı için gebeliği döneminde çok sık hastane değiştirdiğini şu şekilde belirtmiştir;

"En son Manisa 'da Grand Medikal' e (Manisa Grand Medikal Hastanesi) gittim. Yani işte çok hastane değiştirdim ben. Burada Medikal Park'a (Özel Medikal Park Hastanesi) gittim. Daha sonra Hayat Hastanesi'ne (Özel Hayat Hastanesi) gittim. Doktoru beğenmeyince çok yer değiştirdik." [G10-34-3-Lise]

G15 ve G10'un hekimin hatalı olabileceğini belirterek kendilerinin dışında bir durumdan bahsetmiş olmaları nedeniyle Atıf Kuramı' na göre dışsal atıfta buldukları söylenebilir. G15 ve G10'un hekime güvenmedikleri yönündeki söylemleri, Ekolojik Sistem perspektifinden değerlendirildiğinde, bu durumun oluşmasında sağlık personeli ile yaşanan sorunların etkisi olabilir. Bu durumda sağlık sisteminin (makro düzey), bireylerin sağlık davranışları (mikro düzey) üzerinde etkili olduğu anlaşılmaktadır. G15 ve G10'un hekimlere güvenmedikleri için NTP' yi reddettikleri ifade edilebilir.

Katılımcılardan G1 ise bebeğinin ilk kan örneğinin hastanede alındığını, işlemin kolay olduğunu ancak geçtiğimiz yıl kız kardeşinin bebeğinin topuk kanı örneğinin zor alındığını belirterek aynı zamanda hemşireye karşı olumsuz bir söylemde bulunmuştur;

"Maalesef alındı. İşlem çok kolay oldu, geçen sene kız kardeşiminkinden öyle zor alındı ki resmen hemşirelerin elinden alacaktık çocuğu." [G1-33-3-Ortaokul]

Yapılan görüşmede, G1'in kız kardeşinin bebeğinden topuk kanı örneği alınması sırasında G1'in hemşireyi suçladığı ve hemşirenin bebeğin canını acıttığı imasında bulunduğu görülmüştür. Yapılan tıbbi girişimlerin insan bedenine acı hissettirmeden yapılması pek mümkün görünmemektedir. Günümüz modern tıp dünyasında da hissedilen acıyı en aza indirgeyecek yöntemler üzerinde çalışmalar yapılmaktadır. Tıbbi bir girişim olan bebeklerden topuk kanı alma işleminin bebeğe acı hissettirmemesi mümkün değildir. Ancak önemli olan işlemin kısa sürede tamamlanması ve alınan kan örneği ile hastalıkların taranmasıdır. Ancak G1, kan örneği alımı sırasında bebeğin canını acıttığını düşünerek hemşireyi suçlamaktadır. Bu nedenle G1'in sağlık personelinin bebeğinin canını acıttığını düşünerek NTP' yi reddettiği anlaşılmıştır. Ayrıca NTP hakkında bilgi sahibi olmadığı anlaşılan G1'in

Sağlık İnanç Modeli' ne göre duyarlılık ve ciddiyet algısının düşük olduğu söylenebilir.

Sağlık personeli, “iletişim becerisi” ve “sağlık eğitimi” temalarıyla yorumlanmaktadır.

4.2.2.1.4.1. İletişim becerisi

Toplumsal yaşamda var olan insanoğlu, insanlık tarihinden beri çevresiyle iletişim ve etkileşim halinde olmuştur. İnsanlar duygu ve düşüncelerini yazarak ve konuşarak ifade etme gereksinimi duymuşlardır. Bu gereksinim iletişim faktörünün ortaya çıkmasını sağlamıştır (Çetinkaya 2011). İletişim, en az iki kişinin duygu ve düşüncelerini birbirlerine ifade ettikleri psiko-sosyal bir süreçtir. İletişim, bireylerin toplumsal ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanması için oldukça önemli bir yere sahiptir. Bu nedenle iletişimin hem toplumsal hem de psikolojik işlevleri bulunmaktadır (Kaya 2017).

Bireyler, sağlık hizmeti aldıkları sağlık kurumlarında, sağlık personeli ile iletişim kurarlar. Ancak bazı durumlarda bireyler ve sağlık personeli arasında iletişim sorunları ortaya çıkabilmektedir. Yapılan görüşmelerde de katılımcıların sağlık personeli ile yaşadıkları iletişim sorunları nedeniyle hem NTP' ye hem de bazı sağlık hizmetlerine tepkili yaklaştıkları görülmüştür.

Katılımcılardan G4 ikamet adresinin değişmesi üzerine hem eşinin hem de kendisinin aile hekimliği kaydını evlerine yakın bir Aile Sağlığı Merkezi' ne aldıkları ancak eşinin iş yerinden izin almasının mümkün olmaması nedeniyle değişiklik için Aile Sağlığı Merkezi'ne gidemediğini belirtmiştir. Bu durumun aile hekimi ve katılımcı arasında sorun oluşturduğu ve yapılan olumsuz iletişim ile sürecin daha da kötüye gittiği anlaşılmıştır. G4 aile hekimi ile yaşadığı iletişim sorununu şu şekilde ifade etmiştir;

"Aman aile hekimine gitmedim, ben o kariya tilt oldum. O kariyla ben bi anlaşıyoram. Allah kabul etsin sağlık ocağımı değiştirecem. İnan ki bak ya, böyle bir saçmalık yok. Doğumdan önce de anlaşımadım. Aşlarını da yaptırmicam. Gitmiyorum, kadın kırık ya. Bak ben böyle mülayim bir insanım. Dedim beni zorla niye bozuyunuz. Neyse ilk gittik tanışma merasimi, hoş güzel. Dedim ki bak eşim medresede çalışıyor. Normal yerde çalışmıyor. Sabah altı, akşam sekiz.

Günlük bir fiil gitmesi gerekiyor. Dedim iki yüz kişiye yemek yapıyor dedim. Normal bir iş yeri olsa, dedim hani izin alma durumu yok. Biz eskiden Gümüşpala' daydık, sonra maddi açıdan zor oluyor diye buraya taşındık, ondan eşimin de kayıt yaptırması lazım sağlık ocağına. Dedim ki böyle böyle eşim gelemiyor dedim, siz bana bir kâğıt veya bir evrak verin imzalatıp getireyim dedim. Bunda değişik yabancı bir cümle var mı? Eşin gelecek, mecbur gelecek dedi, bu ne bu saçmalık dedi. Saçmalık diye bi şey yok dedim ama eşim gelemiyor dedim. Saat sekizde açığsanız gelsin dedim akşam. Hayır dedi mecbur gelecek dedi, abla gelemiyor dedim. Topuk kanunu da kendimiz istemedik. Neden yapturmican dedi, biliyon şöyle şöyle anlattı. Yapturmıcım dedim. Anlamıyorum dedi hangi zihniyetle yaptırmadığınızı dedi. İstemediğim için yapturmıcım dedim. Gelince imza atman geliyor yoksa bakanlığa başvuracam dedi. Başvur dedim. Çocuğumu elimden kimse alamaz dedim. İstedığın yere başvur dedim. Üçte kadar geleceksin dedi, mübarek bu üçte mi kapanıyor? Geleceğiz dedim imza atmak için, üçe kadar gelmezsen işlem başlatırım dedi, başlat o zaman dedim." [G4-30-3-Ortaokul]

G4'ün aile hekimliği kaydı ile ilgili yaşadığı sorunu genelleyerek diğer sağlık hizmetlerine karşı da olumsuz bir sağlık davranışı geliştirdiği ve Atıf Kuramı' na göre genel atıfta bulunduğu söylenebilir. G4'ün aile hekimi ile yaşadığı iletişim sorunu nedeniyle NTP' yi reddettiği anlaşılmıştır. G4'ün bebeğinin sağlığına öncelik vermek yerine aile hekimi ile yaşadığı soruna odaklanması, aile hekimine kızması nedeniyle bütün sağlık hizmetlerine tepkili yaklaşması Sağlık İnanç Modeli' ne duyarlılık ve ciddiyet algısının düşük olduğunu göstermektedir. G4, aile hekimi ile yaşadığı bu sorunu anlatırken oldukça sinirlenmiş ve ses tonunu yükselterek olayı anlatmıştır.

Katılımcılardan G3 ise sağlık alanı ile ilgili bilgi edinmek için hekimlerle iletişim kurmak istediğini ancak istediği gibi iletişim kuramadığı zaman sinirlendiğini şu sözlerle belirtmiştir;

"...Mesela geçen doktora gittik, tavrından hiç hoşlanmadığım için şimdi arkadaşlarıma tanıdığınız doktor var mı diye soruyorum. Onlar da özel muayenehane, direk parayla gitmem gerekecek mesela. Kendim için gitmiştim. Bazı doktorlar gerçekten çok geçiştirmek için davranıyorlar, kötü davranıyorlar. Tavırları, tarzları kötü. Amaç soru

sormak orda aslında, bir şeyler öğrenmek, ama cevabını alamayınca sinirleniyorum. [G3-28-1-Üniversite]

G3'ün bazı hekimlerle iletişim sorunu yaşadığı, bu durumun kendisini sınırlendirdiği, bu nedenle de NTP' yi reddettiği söylenebilir.

NTP kapsamında bebeklerden topuk kanı örneği alındıktan sonra taranan hastalıklarla ilgili herhangi bir risk tespit edildiğinde aile ile iletişim kurulmaktadır. Ancak alınan kan örneğinde herhangi bir riskin tespit edilmemesi halinde aileye herhangi bir geribildirimde bulunulmamaktadır. Bu durum, katılımcılardan G1 tarafından kendisiyle iletişim kurulmadığı şeklinde yorumlanmaktadır;

"...genelde topuk kanı alırlar diye benim kızımın da aldılar, hiç de bir geri dönüşüm olmadı ya öyledir ya böyledir. Hiç sadece topuk kanı alıyorlar o kadar." [G1-33-3-Ortaokul]

Tıbbi girişimlere ve ilaç kullanımına karşı olan G1'in, topuk kanı örneği alımı sırasında herhangi bir ilaç kullanılmadığının farkında olup kan örneği alındıktan sonra kendisine geribildirim yapılmadığı için NTP' ye daha tepkisel yaklaştığı anlaşılmıştır. Sağlık İnanç Modeli' ne göre algılanan yarar algısının düşük olduğu görülmektedir. Diğer bir deyiş ile yapılan tetkikin olumlu ya da olumsuz geri bildirim yoluyla bireyin yarar algısı talebinin sağlık sistemi ve personeli tarafından karşılanamadığı görülmektedir. Bu durum sonuç olarak bireylerin yapılan bu tarama neticesinden elde ettikleri yararlarını görememesine ve dolayısıyla bu olumsuz yaşantının sonraki davranışlarında etkili olmasına neden olmaktadır.

4.2.2.1.4.2. Sağlık eğitimi

Sağlık eğitimi, bireylerin kendi hayatlarında sağlık davranışı geliştirme süreçleri olarak tanımlanmaktadır. Kişilerin ve toplumun sağlığını korumak için bireylere yönelik bilgi, tutum ve davranış farkındalığı sağlayarak sağlık ile ilgili eğitsel faaliyetlerin hepsi sağlık eğitimi olarak adlandırılmaktadır. Sağlık eğitimi, halk sağlığını korumak ve geliştirmek için bireylerin güçlendirilmesini hedeflemektedir. Bu amaçla sağlık eğitimi için çeşitli stratejiler geliştirilir. Ayrıca sağlık eğitimi tıp, psikoloji ve biyoloji gibi bilimlerle oluşan bir sosyal bilim alanıdır (Tabak 2000).

Bireylerin sağlık eğitimi alması çok önemlidir. Ancak yapılan görüşmelerde, katılımcıların NTP hakkında sağlık eğitiminin yeterli olmadığı, bu nedenle de NTP' yi

reddettikleri anlaşılmıştır. Katılımcılardan G14, NTP kapsamında taranan hastalıkların isimlerini hiç duymadığını belirtirken G5, tarama ile kan değerlerine mi bakıldığını sormuş, G2 de NTP' yi bilmedikleri için bebeğinden topuk kanı örneği alınmasını kabul etmediklerini ifade etmiştir;

"Onlar ne? Duymadım." [G14-38-5-Ortaokul]

"Yani kan değerleri mi ölçülüyor? Bilemiyorum, inanın ki hiç bilmiyorum." [G5-28-2-Lise]

"Hayır bilmiyorum, işte bilmediğimiz için aldırmadık." [G2-23-3-Ortaokul]

Bu durumda Sağlık İnanç Modeli' ne göre G14, G5 ve G2'nin duyarlılık ve ciddiyet algısı ile sağlık motivasyonunun düşük olduğu söylenebilir. Çünkü katılımcıların NTP ile ilgili bilgi edinme yönünde herhangi bir çabada bulunmadıkları görülmüştür. Bunun yanı sıra katılımcıların sağlık personelinden NTP ile ilgili yeterli sağlık eğitimi alamadıkları da söylenebilir. Yeterli sağlık eğitimi alamayan katılımcıların ise bilgi eksikliği nedeniyle NTP' yi reddettiği anlaşılmıştır. NTP' nin reddi ile ilgili Faden (1982) ve arkadaşlarının yapmış olduğu araştırmaya göre, Sağlık Biriminin kayıtları doğrultusunda 1 Temmuz 1978-30 Haziran 1979 aralığında yaklaşık 50000 anneden 27 tanesi NTP' yi reddetmiştir. 27 annenin çoğuna ulaşamadığı için yedi tane anne ile görüşme yapılmıştır. NTP' yi reddeden yedi anne ile doğumdan dört ila 14 ay sonra görüşme yapılmıştır. Yedi annenin her biri tarama programını reddettiğini hatırlamıştır. Yedi anneden beş tanesinin ret nedeni tarama programı hakkındaki bilgi eksikliği olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılan kadınların %79'u, tarama zorunluluğu olsa bile, bebeğinin test edileceği konusunda bilgilendirilmek istemiştir (Faden ve ark. 1982). Bilgi eksikliğinin ne kadar fazla olduğuna dair yapılan benzer bir başka çalışmaya göre ise, Tural Büyük (2014)'ün annelerin bebeklerinden alınan topuk kanı işlemi hakkındaki bilgilerini değerlendirmek amacıyla yapmış olduğu çalışmada, annelerin sadece %22'sinin bebeğinden neden topuk kanı örneği alındığını bildiği tespit edilmiş olup, oran oldukça düşük olarak değerlendirilmiştir. Yapılan araştırmalar ailelere bilgilendirme yapmanın ne kadar önemli olduğu sonucuna ulaşmış olup ulaşılan bilgilerle benzerlikler göstermektedir.

Bir diğer durum ise bireylerin bilgi sahibi olmaması değil yanlış bilgi sahibi olmasıdır. Katılımcılardan G4, sağlık personelinin NTP ile zekâ ölçümünün yapıldığını söylediğini şu şekilde belirtmiştir;

"Guatırı ne bilim ölçecez dedi. Ne biliyim bi hastalığa bakacaz dedi. IQsuna bakılacak dedi." [G4-30-3-Ortaokul]

NTP' nin yanlış bilgilendirme nedeniyle bebeklerin zekâsını ölçen bir test olarak algılanabildiği, bu durumun bireylerin kaygısını artırarak tarama programına karşı daha olumsuz yaklaşmalarına sebep olabildiği anlaşılmıştır.

Yenidoğan bebeklerle hastanede ilk 48 saatlik süre içerisinde topuk kanı örneği alınmaktadır. Doğum telaşı, heyecanı ve yorgunluğu halinde olan aileler genelde bu tıbbi işleme müdahale etmemektedir. Ancak doğumdan yaklaşık bir hafta-on gün sonra Aile Sağlığı Merkezi'nde bebekten tekrar topuk kanı örneği alınması gerekmektedir. Çünkü alınan ikinci kan örneği ile sonuçlar daha doğru ve anlamlı çıkmaktadır. Ancak bu bilgiyi net bilmeyen bireyler hastanede bebeğinden topuk kanı örneği alındıktan sonra tekrar Aile Sağlığı Merkezi'nde topuk kanı örneği alınmasını gereksiz ve anlamsız buldukları görölmüştür. Katılımcılardan G15 bu durumla ilgili şöyle ifade etmiştir;

"Ben aldırmadım, hastanede alındığı için orada tekrar alınmasını istemedim." [G15-29-1-Lise]

Katılımcılardan G8 de G15'in söylemine benzer bir şekilde hastanede başka bir işlem için bebeğinden topuk kanı örneğinin alındığını, bu nedenle Aile Sağlığı Merkezi'nde bebeğinden tekrar kan örneği alınmasını istemediğini belirtmiştir;

"Çağırdı ama bizim başımıza bi kaza geldi, bebek düşmesi oldu, pusetten düştü. O zaman hastanede topuk kanı alındı tekrar sarılığı var mı bakalım diye. Aile hekimine gitmedik orda alındı diye, tekrardan gitmedik. Çünkü üç kere alınmış olacaktı." [G8-26-1-Üniversite]

Yapılan görüşmede G8 ve G15'in NTP hakkında sağlık eğitiminin yeterli olmaması nedeniyle NTP' yi reddettikleri anlaşılmıştır. Ayrıca katılımcıların hastanede kan örneği alındıktan sonra Aile Sağlığı Merkezi'nde kan aldırmama kararı

olarak sağlık hizmetine müdahale etmiş olup Atıf Kuramı' na göre kontrol edilebilir atıfta buldukları sylenabilir.

Katılımcılardan G6 da NTP ile ilgili araştırma yaptığını ve bu durumun kendisine saçma gelmesi nedeniyle bebeğinden topuk kanı rneği aldırarak istemediğini belirterek Sağlık Bakanlığının neden topuk kanı örneğinin alınmasını istediğini sormuştur;

"Valla onu araştırmadım çünkü saçma geldi. Sağlık Bakanlığı istiyormuş. Siz biliyorsanız bi aıklaırsanız sevinirim. Yani aslında açıkladı sağlık ocağındakiler. Bi değer varmış, o değer ileriki zamanlarda bir hastalık olması ihtimalini gösteriyormuş. Eğer bi şey olursa işte şimdiden önlemi alınabilirmiş falan filan öyle bir şeyler anlattı ama. Sağlık Bakanlığı bunları neden elinde topluyor, amacı istatistik oluşturmak mı?" [G6-34-1-Yüksek Lisans]

G6'nın NTP ile ilgili bazı bilgilere sahip olduğu ancak konuyla ilgili yeterli düzeyde sağlık eğitimi almamış olması nedeniyle NTP' yi reddettiği ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın sağlık sorunlarına müdahale edebileceğini göz ardı ederek sadece kayıt yapıldığını düşündüğü anlaşılmıştır.

Tıbbi işlemler ile ilgili ailelere bilgilendirme yapılmasının önemini anlamak için çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Örneğin; Yalova Devlet Hastanesi'ne başvuran 12-36 ay arası çocuklarda aşı eksiklikleri ve bunu etkileyen faktörler ile ilgili yapılan araştırmada, aşıların hangi hastalıklar için yapıldığının aileler tarafından bilinmemesinin eksik aşılanmaya sebep olduğu, ailelerin %49,2'sinin aşılar konusunda bilgisinin olmadığı, %78,6'sının ise aşıların zamanını bilmediği sonucu ortaya çıkmış ve bağışıklama hizmetlerinde ailelere bilgi veren kişinin hemşireler olduğu düşünülerek hemşirelerin daha fazla bilgilendirme yapması gerektiği sonucu elde edilmiştir (Babadağlı 2007). Yapılan araştırma sonucu, elde edilen bulguları destekler niteliktedir.

4.2.2.1.5. Tıbbi uygulamalara duyulan güvensizlik

Katılımcılarla yapılan görüşmeler sonucunda, katılımcıların çeşitli gerekçelerle tıbbi işlemlere güvenmedikleri anlaşılmıştır. Katılımcılardan G3 doğumun bebek için

zaten travmatik olduğunu bu nedenle bebeğe tıbbi müdahalede bulunulmasına karşı olduklarını ifade etmiştir;

"Bazı hastalıklara bakılıyor ama yani aslında şey temelinde böyle çocuğa dışarıdan bir müdahale ettirmek istemedik biz. İlk doğduğu anda zaten travmatik oluyor çocuğun doğumu. Benim de biraz zorlu oldu mesela. Bir anda yine odasına gidip topuğundan kan alınması, iğne vurulması gibi şeyleri hiç yapmak istemedik. Zaten ilk böyle testler yapıp kontrol altında tutuluyor ya her şey onu da pek istemedik." [G3-28-1-Üniversite]

G3'ün söyleminin Sağlık İnanç Modeli' ne göre duyarlılık ve ciddiyet algısının düşük oluşu ile ilgili olduğu söylenebilir. Çünkü G3 bebeğinden topuk kanı örneği alınarak bebeğinin travma yaşayacağını düşünmekte olup bebeğinin topuk kanı örneğini aldırılmayarak hastalığının geç tespiti halinde bebeğinin daha çok zarar göreceğini dikkate almamaktadır. G3'ün tıbbi işlemlere güvenmeyerek bebeğinden kan örneği alınmasının bebeğinde travma yaratacağına inanması nedeniyle NTP' yi reddettiği anlaşılmıştır.

Yapılan görüşmelerde en çok güvensizlik duyulan tıbbi müdahalenin aşı olduğu, katılımcılara aşı ile ilgili hiçbir soru yöneltilmemiş olmasına rağmen aşı ile ilgili örnekler verdikleri görülmüştür.

Tıbbi uygulamalara duyulan güvensizliğe ilişkin dışsal atıflar "aşı" ve "aile" temaları altında toplanmıştır.

4.2.2.1.5.1. Aşı

Aşı uygulaması, halk sağlığının korunması için oldukça önemlidir. Özellikle çocukluk döneminde yapılan aşılardan gelecek nesillerin sağlıklı olması için gereklidir. Ancak günümüzde çeşitli gerekçelerle aileler aşı yapılmasını reddedebilmektedirler (Argüt ve ark. 2016). Halk sağlığı için oldukça önemli olan bağışıklama, bilimsel alana yönelik olumsuz bakış açılarından etkilenmektedir. Bireylerin aşı yaptırmayı kabul etmemesi aşılarla yönelik güven sorununun ortaya çıkmasına neden olmuştur. Özellikle 2010 yılından itibaren ülkemizde kızamık hastalığının olması ve salgın hastalıklar endişesi konuyu daha da önemli hale getirmektedir (Eskiocak 2018a).

Çok uzun zamandır halk sağlığı, bağışıklama hizmeti ile önemli bir aşama kaydetmiştir. Ancak aşı ile önlenen bulaşıcı hastalıklar toplum tarafından unutulmaya başlanmış, bu durum bazı bireylerin aşının gerekliliğini sorgulamasına neden olmuştur. Özellikle internet ve sosyal medya aracılığı ile aşı karşıtı kampanyalar kolayca ulaşılabılır hale gelmiştir. Aşı karşıtlığının bilimsel bir dayanağı olmamakla birlikte aşıların bağışıklık sistemine zarar verdiği, yan etkilerinin olduğu, maddi gelir için yapıldığı gibi doğru olmayan söylemler ortaya çıkmıştır. Ülkemizde ise aşı reddi öncelikle dini nedenlere dayanmakla beraber alternatif tıp adı altında da aşı reddi söz konusudur (Soysal 2018). Ayrıca birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılan değişiklikler hizmet sürekliliğine yönelik farklılıkları ortaya çıkarmıştır. Bu durum aşuya karşı tereddütlere sebep olmuş ve güvensizlik oluşturmuştur (Eskiocak 2018b)

Yapılan görüşmelerde, bazı katılımcılar aşı karşıtı söylemlerde bulunurken bazıları ise aşının halk sağlığı içinden öneminden bahsederek aşı uygulamasına karşı olmadıklarını dile getirmişlerdir. Katılımcılardan G1 bebeğine aşı yaptırmadığı için aile hekimi ile sorun yaşadıklarını ancak bebeğine aşı yaptırmamaya kararlı olduğunu şu şekilde belirtmiştir;

"Ben çocuğa aşı yaptırmıyorum da doktor bey çok celallendi yaptırmıyoruz diye. Önce biraz zararlarını anlatmaya çalıştı. Ya ben biliyorum zaten zararlarını faydalarını. Celallendi sonra da dedi ki şimdi benim maaşımdan kesilecek dedi. Öyle deyince bari dedim ki rutin kontrollere götürelim hani boy kilo ölçümlerine (gülüyor). Doktorun içinde kalmasın. Gerek yok zaten aşuya çocuğun gelişimi belli zaten." [G1-33-3-Ortaokul]

Bireylerin aşı yaptırmamasının sağlık sistemini ve halk sağlığını ilgilendiren çok önemli bir konu olması nedeniyle Sağlık İnanç Modeli' ne göre G1'in duyarlılık ve ciddiyet algısının düşük olduğu ifade edilebilir. G1, aşı ile ilgili söylemde bulunurken aile hekimi ile ilgili dalga geçer bir yüz ifadesiyle konuşmuştur. G1'in bu tavrı, toplum sağlığı için oldukça önemli olan bağışıklama programına karşı ne kadar önemsiz davrandığını göstermektedir.

G10 ise aşı uygulamasına karşı olduklarını, bebeğine aşı yaptırmadığını belirterek eşinin aşılar ile ilgili bilgi almak için Sağlık Bakanlığı'nı aradığını ancak herhangi bir bilgi alamadığını dile getirmiştir;

"Her yerden araştırıyor, Sağlık Bakanlığını da aradığı oluyor (gülüyor). Aşılar için aradı onlar da bilmiyor mesela içinde ne var yok (Gülüyor)." [G10-34-3-Lise]

G10 ile yapılan görüşmede, G10'un eşinin bağışıklama hizmetlerine güvenmeyerek aşının içeriğini öğrenmeye çalıştığı anlaşılmış olup bu durum aşılarla yönelik güvensizliğin hangi boyutlara ulaştığını gözler önüne sermektedir.

Katılımcılardan G9 ise aşı karşıtı davranışlara karşı olduğunu, özellikle kızamık aşısı yaptırmayanların sayısının arttığını, bu durumun herkesin sağlığını etkileyebileceğini ve kendisinin devletin karşılamadığı ücretli aşıları bile bebeğine yaptırdığını belirtmiştir;

"Bence olmalı. Şu an şeyde de var kızamık aşısı yaptırmayanların fazlalığı. E düşünsenize yani hem onların çocuklarını hem de başkalarının çocuklarını etkileyecek. Sizin kararınız benim hayatımı da karartabilir anlatabildim mi? Hani başkasının yaptığı bir hatanın ceremesini niye ben ya da çocuğum çeksin diye düşünenlerdenim yani. Eğer bu varsa mesela ben kaç yaşındayım daha önceden gelen bir şey bu. Var ki bir şeyi yapıyor bu aşılar. Niye yaptırılmasın ki? Devletin karşılamadığı aşılar var, bu rota virüsü aşısı mesela. Onu bile doktorumuz söyledi. Tercih sizin ister yaptırırsınız ister yaptırmazsınız çünkü ailenin kararına göre. Gittim onu bile yaptırdım. Benim bir arkadaş var, yaptırmadı çocuk ne oldu kanlı ishal. Ondan sonra koştur bakalım üç gün hastanede yattılar. Yüksek olabilir tabi insanların gelir seviyelerine göre ama ne olur ben şunu iki şey az içerim (elindeki kahveyi gösteriyor) ya da boğazımdan kısarım, giyimimden kısarım. Mesela rota aşısının ilk dozunu aldığımızda 180 TL ydi, ikinci dozu aldık 210 TL oldu. Ne olur yani? Ahım şahım bir şey değil yani. Sonuçta sağlıktan bahsediyoruz Allah göstermesin. Kalıtsal bir hastalığa dönüşse ondan sonra senin ne 200 liran kurtarabilir ne 500 liran kurtarabilir yani." [G9-39-2-Lise]

G9'un halk sağlığı konusunda oldukça duyarlı olduğu, aşı reddinin toplum sağlığını hangi ölçüde olumsuz etkileyebileceğini öngördüğü ve bebeğinin sağlığı için bağışıklama hizmetlerine önem verdiği anlaşılmıştır. G9'un aşı yaptırmayan kişilerin olmasının toplumdaki herkesin hayatını etkileyeceğini dile getirerek Atıf Kuramı' na

göre genel atıfta bulunduğu söylenebilir. Sağlık İnanç Modeli' ne göre ise G9'un duyarlılık ve ciddiyet algısı ile sağlık motivasyonunun yüksek olduğu net bir şekilde anlaşılmaktadır. Ancak G9'un aşuya bu kadar önem verirken NTP' yi reddetmesi çelişkili bir durum gibi görünmektedir. Bunun nedeni G9'un hamileyken özel bir test yaptırması ve o test ile bebeğin ileride olabileceği hastalıkların anlaşıldığını düşünmesi nedeniyle NTP' yi gereksiz bulmasıdır. Özellikle bireylerin gereğinden fazla bilgi ile donatıldığı, sağlık okuryazarlığının yüksek olmasına karşın doğru bilgiyi elde edemediği görülmektedir. Bu durum kişilerde gereksiz bir güven hissi oluşturmakta ve beklenen sağlık davranışını yapmama biçiminde görülmektedir.

Görüldüğü üzere aşı retlerinin fazlalığının yanı sıra aşı uygulamasının faydalarını söyleyen bireyler de bulunmaktadır. Ancak günümüzde aşı retlerindeki artış halk sağlığını tehdit eder boyutlara ulaşmıştır.

Aşı reddi ile ilgili çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Örneğin çocukluk çağında yapılan aşuların reddi ile ilgili yapılan nitel araştırmada; aşı reddi sebeplerinin aşının içeriği, aşı sonrası aşının yan etkilerinin olması, aşı hakkında bilgilendirme eksikliği ve dini inançların etkisiyle tevekkül inancı olduğu görülmüştür (Çapanoğlu 2018). Yapılan bir diğer araştırmada ise Şanlıurfa Harrankapı Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 117 anne ile yüz yüze yapılan görüşme sonucunda katılımcılarının %21'inin aşuyu önemsememesi, %27'sinin geçici tarım işçiliği nedeniyle yaptıramama ve %21'inin de aşının zararlı olduklarını düşünmeleri nedeniyle çocuklarına aşı yaptırmadıkları tespit edilmiştir (Kurçer ve ark. 2005). Bir diğer araştırma ise sağlık çalışanları ve aşı ile ilgilidir. Sağlık çalışanlarının influenza aşısına yaklaşımları ile ilgili 115 sağlık çalışanı ile yapılan araştırmada, katılımcılarının %64,5'inin aşının gerekliliğine inanmadığı saptanmıştır (Sarı ve ark. 2017). Yapılan araştırmalar elde edilen verileri destekler niteliktedir.

4.2.2.1.5.2. Aile (kültür ve geleneksel uygulamalar)

Aile önemli bir toplumsal kurumdur. Bireyler aile içerisinde toplumsal kuralları öğrenirler ve kendilerinden sonra gelen nesillere bu bilgileri aktarırlar. Toplumda sağlığın korunabilmesi için ailelerin sağlıklı olması gerekir. Bu amaçla ailelerin sağlığı için çeşitli çalışmalar yapılmaktadır (Yapıcı 2010).

Toplumun en küçük yapı taşı olan ailede, bireyler birbirlerine akrabalık bağı ile bağlı olup yetişkin bireyler çocuk yetiştirme rolü üstlenmektedir. Toplumsal yapıda

var olan aile kurumunun psikolojik, sosyolojik, biyolojik ve hukuksal yönleri bulunmaktadır. Aile yapısı tüm dünyada ve ülkemizde değişim ve dönüşüm geçirmektedir ancak Türk toplumunda geleneksel aile özellikleri varlığını korumaktadır (Yaşar Ekici 2014). Gelenekler çok uzun yıllar süresince oluşmuştur ve değiştirilmesi çok zordur. Geleneksel özellikler toplumların birbirlerinden farkını ortaya koyar. Ülkemizin de kendine ait kültür ve geleneksel uygulamaları vardır (Dikici 2001). Toplumun geleneksel yapısı, kültür kavramı ile yakından ilişkilidir. Kültür çeşitli şekillerde tanımlanmaktadır. Ancak en genel hali ile kültür; bir topluma ait olan tutum, davranış, inanç, örf ve adettir. Kültürün tanımında yer alan bu kavramların özelliği ise nesilden nesle aktarılmalarıdır. Bir toplumda var olan gelenek ve görenekler o toplumun kültürünü oluşturur (Konak ve Bozkuş Eğri 2011). Geleneksel uygulamaları belirlemek amacıyla yapılan araştırmada, 111 kadın ile yapılan görüşme sonucunda; kadınların %38,7'sinin emzirme ile ilgili, %52,3'ünün lohusalıkla ilgili, %92,8'inin ise bebek bakımı ile ilgili geleneksel uygulamalarda bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Özellikle bebek bakımı ile ilgili geleneksel uygulamaların fazla olduğu görülmüştür (Sis Çelik ve ark. 2012). Yapılan araştırma bebek bakımı ile ilgili geleneksel uygulamaların halen varlığını koruduğunu göstermektedir.

Toplumun yaşama biçimini etkileyen kültürel faktörler, çevresel ve biyolojik faktörler kadar insanların sağlık ile ilgili bakış açısını da etkilemektedir. Topluma yeterli sağlık hizmetinin ve sağlık eğitiminin verilebilmesi için o toplumun kültürel özelliklerini bilmek gerekir (Bolsoy ve Sevil 2006).

Toplumsal kültürümüzde var olan ve toplumsal cinsiyet kavramı ile yakından ilişkili olan erkek bebek isteği günümüzde halen varlığını korumaktadır. Katılımcılardan G1 erkek bebek sahibi olmanın ülkemizde doğu kültüründe yaygın olduğunu, eşinin de doğulu olduğunu ve iki kız çocuktan sonra erkek bebek sahibi olmak istediği için tekrar çocuk sahibi olduğunu belirtmiştir;

"İki kızım var, üçüncüsü erkek biraz erkek niyetine yaptık işin doğrusu yani Rabbimin bildiğini sizden saklamam. Zaman geçer de adam tutturur hadi bir tane daha olsun yaşımız ilerlemeden derse diye düşündüm. Eşim istemiyordu, aslında doğulu insanlar ister erkek olsun...Ortanca kızım la bebeğin arasında on yaş var o yüzden özlenmiş

bebek, zaten sülalemizde hiç erkek bebek de yok, beklenen bir bebek, babaannesi ordu bozan diyor on bir kızın peşinden." [G1-33-3-Ortaokul]

G1'in söylemi, Ekolojik Sistem perspektifinden değerlendirildiğinde "çevresi içinde birey" kavramını gözler önüne sermektedir. Çünkü bireylerin kültürel söylemleri ve aile hayatları doğrudan içinde buldukları çevreyi yansıtmaktadır. G1'in içinde bulunduğu sosyal çevre, kültürel unsurlar ile bir araya gelerek toplumsal cinsiyet kavramı ile de yakından ilişkili olan erkek çocuk isteği söylemi ortaya çıkarmıştır. Yapılan görüşme sırasında, G1'in bebeği erkek olduğu için daha özenli davrandığı ve bebeğinin erkek olduğunu söylerken bunu gururlu bir şekilde dile getirdiği görülmüştür. G1'in, bebeği erkek olduğu için diğer çocuklarına göre daha korumacı davranarak "erkek" bebeğinin canını acıtmamak için NTP' yi reddettiği ifade edilebilir.

Bireyler aile sisteminin içerisine öncelikle eş ve akrabalarını dâhil ederler. Sosyal çevrenin önemli bir parçası olan aile sistemi, bireylerin kültür ve geleneksel uygulamaları ile şekillenirken sağlık davranışlarına da etki eder. Bu nedenle bireylerin sağlık davranışlarını yorumlarken eş ve akraba etkisini de dikkate almak gerekir.

4.2.2.1.5.2.1. Eş

Evlilik ve aile kurma, neslin devamlılığını ve bireylerin toplumsallaşmasını sağlamakta olup evlilik birlikteliği içinde yer alan bireylerin, eşlerinin söylemlerinden etkilenecek sağlık davranışında buldukları görülmektedir. Katılımcılardan G10 sağlık ile ilgili herhangi bir araştırma yapma gereksinimi duymadığını çünkü eşinin bu konuda yeterince araştırma yaptığını ve kendisini de yönlendirdiğini şu şekilde ifade etmiştir;

"Valla eşim bu konuda zaten hani eşim çok araştırıyor benim çok fazla fırsatım olmadığı için (gülüyor). Eşim yönlendiriyor diyebilirim. Onların hepsini o (eşi) zaten biliyordur hani, önem verir sağlığa." [G10-34-3-Lise]

G10'un kendisi dışındaki birinden yani eşinden bahsederek Atıf Kuramı' na göre dışsal atıfta bulunduğu, Sağlık İnanç Modeli' ne göre ise duyarlılık ve ciddiyet algısının düşük olduğu söylenebilir. G10 görüşme boyunca sorulan soruların büyük

çoğunluğuna “eşim bilir” cevabını vermiştir. Ayrıca görüşme sırasında soruları ve görüşmeyi umursamayan bir tavır takınmıştır. Katılımcılardan G10’ un eşinin NTP’ ye karşı olması nedeniyle NTP’ yi reddettiği anlaşılmıştır.

Katılımcılardan G12 de eşinin bebeğine aşı yapılmasına izin vermediğini belirtmiştir;

"İmza verdim alınmasın topuk kanı diye. Eşim istemiyor, aşıları hiçbir şeyi istemiyor. Aşı yaptırmaya eşimden gizli götürüyorum. Topuk kanında hem geç kaldık hem de bir şeyler söyledi doktor, ben pek evden çıkmadığım için başka yerlere de gidemedim. Öyle olunca gel imza ver dediler, ben de gittim imza verdim. Geçen aşı için götürdüğümde de ateşe çıktı ondan tartışma çıktı bunun yüzünden. Niye götürüyorsun diye. Yapma diyor, çocuk hasta oluyor. Sağlam çocuğu hasta edip getiriyorsun diyor." [G12-28-2-Ortaokul]

Eşine atıfta bulunarak dışsal atıfta bulunduğu görülen G12’nin, eşinin aşı ve NTP’ ye karşı tavrı nedeniyle NTP’ yi reddettiği anlaşılmıştır. Eşinin kumar borcu olması sebebiyle maddi olarak çok zor durumda olan ve görüşme boyunca zaman zaman ağlayan G12’nin, eşiyile yaşadığı sorunlar nedeniyle evden bile çıkmak istemediği, bu durumun da NTP’ yi reddetmesinde etkili olduğu ifade edilebilir.

Yapılan görüşmeler, NTP reddinde eşlerin ne kadar etkili olduğunu göz önüne sermektedir. Aşı eksiklikleri ve bunu etkileyen faktörler ile ilgili yapılan bir araştırmada, annelerin eğitim düzeyi arttıkça aşılama oranlarının yüksek çıktığı ancak babaların eğitim düzeyindeki artışın aşılama oranlarını daha çok etkilediği sonucu elde edilmiştir (Babadağlı 2007). Yapılan araştırma babaların sağlık konusunda ne kadar etkili olduğunu göstermekte olup araştırma bulguları, elde edilen veriler ile benzerlik göstermektedir.

Bu durum aynı zamanda toplumsal cinsiyet eşitliği bağlamında da değerlendirilebilir. Diğer bir deyiş ile evde karar alma özgürlüğünün bulunmaması, kadından çok erkeğin dediklerinin yapılıyor olması durumu ile karşı karşıyayız. Bunun ana nedenlerinden birisi yaşadığımız toplumun ataerkil yapısında yetişen bireylerin elde ettikleri davranış kalıpları olabilir. Ayrıca bireylerin toplumsal cinsiyet eşitliğini içselleştirememiş olmaları da etkilidir.

Diğer taraftan G12'nin bebeğinin ateşlenmesi durumu ile ilgili olarak aşığı suçlamaları ret davranışında ana nedenlerden birisi olarak görülmektedir. Özellikle bireylerin yeterli düzeyde sağlık eğitimi ile donatılmamasının bir sonucudur.

4.2.2.1.5.2.2. Akraba

Yapılan görüşmelerde bireylerin bebeklerinin bakımını sağlarken akrabalarından destek aldıkları bunun yanı sıra sağlık davranışında bulunurken akrabalarının görüş ve deneyimlerini dikkate aldıkları görülmüştür.

Katılımcılardan G10 İzmir'de ikamet etmesine rağmen annesi Manisa'da yaşadığı için Manisa'da doğum yapmayı tercih etmiştir;

"Annem orda olduğu için orayı tercih ettim." [G10-34-3-Lise]

G10'un kendisinin dışındaki biri olan annesinden bahsettiği için Atıf Kuramı'na göre dışsal atıfta bulunduğu, Ekolojik Sistem Yaklaşımı'na göre ise G10'un bebeğinin bakımı için annesinden yardım almasının (mezzo düzey) toplumsal kültürümüzde (makro düzey) yaygın olan bir durum olduğu söylenebilir. Bebek bakımında akrabaların ve geleneksel yöntemlerin etkililiğini inceleyen araştırmalar yapılmıştır. Örneğin annelerin 0-1 yaş bebek bakımında uyguladığı geleneksel yöntemleri anlamak için Denizli'de bir Aile Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olan 352 anne ile anket yöntemiyle görüşme yapılmıştır. Yapılan araştırmada; annelerin %68,6'sının bebek bakımında geleneksel uygulamaları devam ettirdiği sonucu elde edilmiştir. Bu uygulamaları ise %56,0 oranında annelerinden, %47,1 oranında kayınvalidelerinden öğrendikleri görülmüştür. Ayrıca annelerin bebekleri ile ilgili sağlık sorunlarında tıbbi uygulamaları tercih ettiği ancak günlük bebek bakımında geleneksel uygulamalara yer verdiği sonucuna ulaşılmıştır (Özen Çınar ve ark. 2015). G10'un bebeğinin bakımı için annesinden yardım alması, NTP'yi reddetmesi ile ilgili değildir. Ancak sağlık davranışının oluşmasında akrabanın etkisini göstermektedir.

Akrabaların ve onların deneyimlerinin bireylerin sağlık davranışlarını nasıl etkileyebileceğini gösteren bir diğer ifade ise G1'e aittir. G1 NTP'yi gereksiz bulduğunu belirtirken akrabası olan amcasının oğlunun sağlık durumundan bahsetmiştir;

"Faydası yok, diyor ki zekâ testi, zekâ testini ne yapacağız, benim amcamın oğlu özürlü yani hem fiziki hem zihinsel, hiçbir şey yapılamadı." [G1-33-3-Ortaokul]

Katılımcılardan G1'in zekâ testi sonucu öğrenildiğinde müdahale edilemeyeceğini söyleyerek Atıf Kuramı' na kontrol edilemez atıfta bulunduğu, Sağlık İnanç Modeli' ne göre ise duyarlılık ve ciddiyet algısı düşük olduğu söylenebilir. G1'in NTP' yi zekâ testi zannederek NTP ile ilgili yanlış bilgi sahibi olduğu görülmekte olup G1'in NTP' yi reddetmesinde akrabasının deneyimlediği sağlık sorununun etkili olduğu anlaşılmıştır.

4.2.2.1.6. Dini inanç

Din, bireylerin manevi duyguları ile ilgili olup dünyevi ve toplumsal hayatı düzenlemek için insanoğluna gönderilmiş bir rehberdir (Uğurlu 2016). Dini inanış da bireylerin din ile ilgili inançlarının olması durumudur. Din ile ilgili inançlar sadece din üzerine düşünülen ve sadece maneviyatı etkileyen bir konu değildir. Dini inanışlar toplumdaki birçok fikir ve düşünceye etki etmekte, bireylerin yaşam biçimlerine yön vermektedir.

Yapılan görüşmelerde dini inanışların yaşam biçimini etkilediği görülmüş olup katılımcılardan G1 kızını yüzme kursuna göndermek için belediyeye başvurduğunu ancak daha sonra kursun kendilerine çıkmadığını ve dini inanışları nedeniyle kızını kursa göndermekten vazgeçtiği için çıkmamasının daha iyi olduğunu şu şekilde ifade etmiştir;

"Artık zaten çıkmasını da istemiyorum, bikini falan giydiriyorlarmış inşallah çıkmaz diyorum (tebessüm ediyor). Kızım dokuz yaşındaydı. Şey neticede ben öyle çok kısa giymesini istemem yani şey yani kız çocuğu üç yaşından sonra koltuk altı gözükmemeli. Aynı bizim gibi ha o ha biz fark etmez, diz altı giymemeli (gülüyor)." [G1-33-3-Ortaokul]

G1'in dini inançlarının yaşam biçimini etkilediği ve çocuklarını da bu yönde yetiştirdiği anlaşılmıştır. G1'in, çocuğunun yüzme kursundan bahsetmesi ve kurs ile ilgili dini söylemlerde bulunması dışsal atıfta bulunduğu, Ekolojik Sistem Yaklaşımı'na göre ise toplumu etkileyen dinin (makro düzey), bireysel bilinç üzerinde

etkili olduğu (mikro düzey) ifade edilebilir. G1'in NTP' yi reddetmesinde dini sebeplerin de etkili olduğu anlaşılmıştır.

Katılımcılardan G4 de NTP' ye karşı olmasını dini inançları ile açıklamıştır;

"Allah kabul etsin sağlık ocağımı değiştirecem. Taktı bana kafayı biz çarçaflyız ya. Ben de dedim ki büyüklerimiz, bizim kendi hocalarımız dediği için yaptırmicaz. Mevlam bana bunu (bebeğini) sağlam verdi, sonradan sakat da olabilir özürlü de olabilir. Eğer o benim imtihanımsa amenna başımla gözümün üstüne. Hiçbir şey diyemem. Yaptırmadım o yüzden." [G4-30-3-Ortaokul]

G4'ün kendi hocalarımız olarak belirttiği dini kanaat önderinin söylemleri doğrultusunda hareket ettiği, muhafazakârlığı nedeniyle Aile Sağlığı Merkezi çalışanları tarafından olumsuz bakış açısıyla değerlendirildiğine inandığı ve bebeğinin hastalık tanısı alması ihtimali karşısında kaderci bakış açısına sahip olduğu anlaşılmıştır. Bu nedenle G4'ün dini inançları sebebiyle NTP' yi reddettiği ifade edilebilir.

Dinin sağlık hizmeti alımına etkisini inceleyen çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Örneğin Nijerya'da yapılan bir araştırmada, polio aşısına yönelik tutumları incelerken dini liderlerin insanların üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Taylor ve ark. 2017). Ayrıca yapılan araştırmalar sonucunda Afrika, Hindistan ve Afganistan'da dini inanışların aşı reddinde etkili olduğu tespit edilmiştir (Bozkurt 2018). Yapılan bir başka araştırmada ise; hastaların dinsel inançlarının sağlık hizmeti alımını etkilediği sonucuna ulaşılmıştır (Gülcemal ve Keklik 2016). Yapılan araştırmalar, sağlık hizmetleri alımı üzerinde dinin ne kadar etkili olduğunu göstermektedir.

4.2.2.1.7. Medya

Medya; bilgi aktarma, eğlendirme ve eğitim verme özelliklerine sahip olan görsel ve işitsel araçların tümüdür. Medya kavramı, yazılı ve sözlü birçok unsuru barındıran geniş bir kavramdır. Bu kavramın içerisine gazete, kitap gibi yazılı unsurların girmesinin yanı sıra radyo ve televizyon gibi kitle iletişim araçları yer almaktadır. Günümüzde oldukça popüler olan internet kavramı da medya unsurunun içinde yerini almıştır (Koç ve Kaynak 2009).

Yapılan görüşmelerde medya kavramı internet ve kitap olmak üzere iki tema üzerinden değerlendirilmiştir. Çünkü görüşmeler sırasında bireylerin sağlık bilgisine ulaşmak için internete sıklıkla başvurdukları görülmüş olup az da olsa bazı katılımcıların yazılı materyal olan kitap ile sağlık bilgisine ulaştıkları görülmüştür.

Katılımcılardan G11 bebeğinin gelişimi hakkında araştırma yaparken kitaba gereksinim duymadığını, internet ile bilgiye ulaştığını şu şekilde belirtmiştir;

"Çok araştırdım internet elimin altında. Kitaba gerek yok bence, internette her şey var çünkü. Devamlı takipteyim ben, mesela yazıyorum buraya üç aylık bebeğin gelişimi diye. Kadınlar kulübü var yeterince zaten. Orda yazışılıyor kilosudur, boyudur, yapılan mamalardır, çorbalarıdır. Oradan devamlı bakıyorum." [G11-26-2-Lise]

G9 da kitap okumaya fırsatı olmadığını ve araştırmalarını internetten yaptığını aşağıdaki gibi ifade etmiştir;

"Tabi ki internetten (güliyor). Kitap okumaya fırsatım yoktu çalıştığım için. Daha çok internetten baktım. Bi de en şey internet var şimdi. İnternete yazıyorum neyse kafama takılan, oradan da bakıyorum. O şekilde çözmeye çalışıyoruz." [G9-39-2-Lise]

G11 ve G9'un söylemlerinden internet kullanımının ne kadar yaygınlaştığı ve internet yoluyla bilgiye ulaşmanın yazılı materyalden bilgi edinmenin yerini aldığı söylenebilir. Sağlık İnançları Modeli' ne göre G11 ve G9 kitle iletişim araçları eylemi ipucuna göre hareket etmektedirler. G11 ve G9'un NTP' yi reddetmesinde internetten edindikleri eksik bilgilerin etkili olduğu ayrıca internetten edindikleri bilgilere çok güvendikleri için NTP ile ilgili başka herhangi bir kaynaktan bilgi edinmeye çalışmadıkları anlaşılmıştır.

Medya unsurunun içerisinde yer alan internetten bilgiye ulaşmak kötü bir durum değildir. Ancak internet üzerinden doğru bilgiye ulaşılabilirdiği gibi yanlış bilgiye de ulaşılma olasılığı vardır. Bu durum da bireyin yanlış kararlar almasına neden olabilir.

İnternette her an birbirinden farklı ve değişebilen bilgiler yer almaktadır. Bu durum internet üzerinden bilgi kirliliğine neden olmakta hatta bilgi kirliliğini meşrulaştırmaktadır (Yüksel 2014).

Aşı karşıtı olan aynı zamanda da ilaç kullanımına karşı olan katılımcılardan G1, ilaçların zararları ile ilgili internetten çeşitli bilgiler edindiğini şu şekilde söylemiştir;

"Ya şimdi böyle ilaçlarla ilgili aşırı derecede böyle insanlara karşı bilgi geliyor internetten öyle zararlı böyle zararlı diye." [G1-33-3-Ortaokul]

G1'in söyleminden görüldüğü üzere, tıbbi tedavi amaçlı kullanılan ilaçlar hakkında internetten doğru ve güvenilir bilgi edinilebilmesinin yanı sıra yanlış bilgilere de ulaşılabilmektedir. Ulaşılan bilgi ise bireyin sağlık davranışına etki etmektedir. İnternet kullanımından bahsederek Atıf Kuramı' na göre dışsal atıfta bulunan G1'in Sağlık İnanç Modeli' ne göre duyarlılık ve ciddiyet algısının düşük olduğu söylenebilir. İlaç kullanımı ve aşılarla karşı olan G1'in aynı zamanda NTP' yi reddetmesinde medyanın da etkisinin olduğu anlaşılmıştır.

İnternet kullanımının arttığı sonucuna ulaşan çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Örneğin; Ege Üniversitesi İletişim Fakültesi öğrencilerine yönelik internet kullanımı ile ilgili yapılan araştırmada, katılımcıların tamamının internet kullanıcı olduğu, yarısından çoğunun her gün internete girdiği, dörtte üçünden fazlasının sosyal ağları kullandığı, en çok kullanılan sosyal ağın ise Facebook olduğu saptanmıştır (Vural ve Bat 2010). Hastane tercihi ve hekim seçiminde sosyal medya kullanım düzeyini belirlemek için Ankara' da 418 birey ile görüşülerek yapılan araştırmada ise araştırmaya katılan bireylerin bazen kullanırım diyenlerle birlikte %52,4 oranında hastane ve hekim seçerken sosyal medyayı kullandığı tespit edilmiştir. (Tengilimoğlu ve ark. 2015). Yapılan araştırma bireylerin sağlık bilgisi ve sağlık hizmetine ulaşmak için interneti ve sosyal medyayı kullandıklarını göstermektedir. İnternetten yanlış ya da eksik bilgiye ulaşıldığı sonucuna ulaşan bir başka araştırma ise çocukluk çağında yapılan aşıların reddi ile ilgili yapılan nitel araştırmadır. Yapılan araştırmada 15 aile internetten aşığı araştırmış bu da eksik ya da yanlış bilgiye ulaşmalarına sebep olmuştur (Çapanoğlu 2018). Bu durum elde edilen bulguları destekler niteliktedir.

Yapılan görüşmelerde bilgiye internet üzerinden ulaşan katılımcıların olmasının yanı sıra yazılı materyal olan kitaplar ile de bilgiye ulaşan katılımcılar vardır. Katılımcılardan G13 bebeği doğmadan önce bebeklerin gelişimleri ile ilgili araştırma

yaptığını, bu araştırmayı da kitap okuyarak gerçekleştirdiğini aşağıdaki gibi ifade etmiştir;

"Yani araştırdım. Kitap okudum. Şey çok güzel Tracy Hogg diye birinin kitabı var, "Bebek Bakımına Mucize Çözümler". O çok güzel. Başka kitaplar da var ama o çok güzel. Bir de kimin olduğunu hatırlamıyorum ama "Mahallenin En Mutlu Bebeği" diye bir kitap var. O da çok güzel." [G13-30-1-Üniversite]

Katılımcılardan G6 da bebeği ile ilgili bilgilere kitap okuyarak ulaştığını şu şekilde belirtmiştir;

"Kitap okudum. İsimlerini hatırlayamadım, şurada hemen (kitapları getiriyor). "Bebeğinizi Beklerken Sizi Neler Bekler", "Bebek Bakım Sorunlarına Mucize Çözümler"." [G6-34-1-Yüksek Lisans]

G13 ve G6 bebek bakımı ile ilgili bilgiler edinmek için yazılı materyal kullanarak araştırma yapmışlardır. Ancak burada dikkat edilmesi gereken nokta, NTP' yi reddeden G13 ve G6'nın NTP ile ilgili hiçbir yazılı materyali araştırmamış olmasıdır.

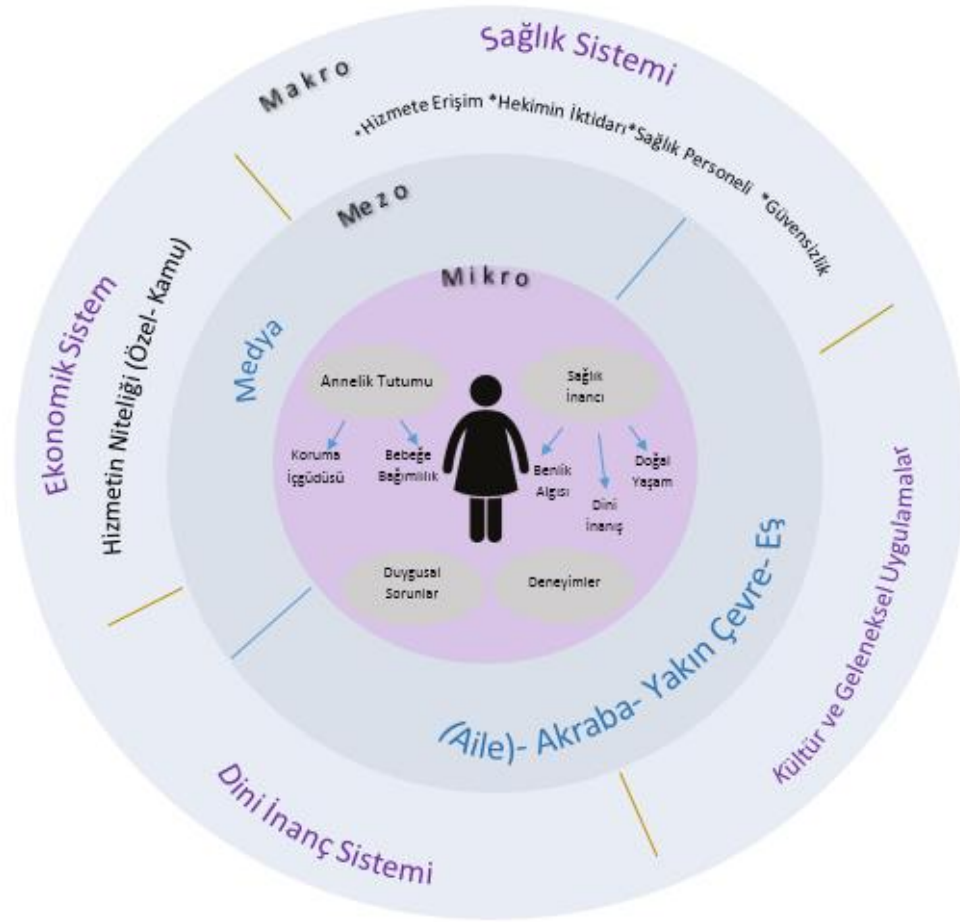
Katılımcılardan G6 ile yapılan görüşmede, G6'nın NTP ile ilgili her türlü araştırmayı yaptığına inanarak bu konuda özgüveninin çok yüksek olduğu görülmüştür. Ancak G6'nın NTP ile ilgili güvenilir kaynaklardan yeteri kadar araştırma yapmadığı ifade edilebilir.

Bu noktada bireylerin doğru sağlık davranışını uygulamasında aslında tek başına bilgilenmiş olmanın yeterli olmadığı, doğru bilginin içselleştirilmiş bir şekilde elde edilmesi gerektiği görülmektedir. Daha açık bir anlatım ile bilişsel düzeye hitap eden birçok bilginin aynı zamanda kişinin duyuşsal düzeyine de hitap etmesi gerektiği gerçeği öne çıkmaktadır. G13 ve G6'nın eğitilmiş ve doğru bilgiye erişebilecek düzeyde kişiler olduğu görülmektedir. Buna rağmen inanışları davranışlarını belirlemede bilginin önüne geçebilmektedir. Bu bağlamda bu kişilerin aslında bilmekten çok inanmaya ihtiyaç duyduğu ve davranışlarını bu çerçevede harekete geçirdiği söylenebilir. Bu bağlamda algıladıkları duyarlılık ve ciddiyet algılarının düşük olduğu görülmektedir. Onları harekete geçiren motivasyon faktörlerinin ise her ne kadar yeterli bilgiye sahip olsalar bile istenen düzeyde olmadığı söylenebilir. Önemli bir diğer husus ise NTP' den sağlanacak yararın farkında olmamalarıdır. Aslında her ne

kadar davranışlarının temel belirleyicileri olarak kitaplara atıfta bulunsalar da içsel atıfları inanışlarını öne çıkarmakta ve davranışlarına yön vermektedir. Ayrıca bu bireylerin çevreleri ile olan etkileşimi de davranışlarının ana şekillendiricilerinden olabilir.



4. SONUÇ VE ÖNERİLER



Şekil 2: Ekolojik Sistem Yaklaşımı'na göre Yenidoğan Tarama Programı'nın reddedilme sebepleri

Yapılan bu tez çalışmasında, NTP' yi reddeden 15 anne ile yapılan görüşmeler sonucunda, bireylerin NTP' yi reddederken bu davranışın nedenlerini kendilerine ya da diğerlerine atfettikleri görülmüş olup bu nedenle Atıf Kuramı' na göre içsel atıf ve dışsal atıf kavramları dikkate alınarak görüşülenlerin söylemleri yorumlanmıştır.

Bireyin kendisiyle ilgili olduğu düşünölen duygusal sorunlar, sağlık inancı, annelik tutumu ve deneyimler içsel atfin içinde değerlendirilmiştir. Ayrıca bu kavramların bireyin davranışları ve kişisel yaşam deneyimleri ile ilgili olduğu düşünölenerek söylemler Ekolojik Sistem Yaklaşımı'na göre yorumlanmıştır. Aile kavramı ise kültür ve geleneksel uygulamalar ekseninde değerlendirilmiş olup eş ve akraba ile ilişkilendirilmiştir. Medya ise internet kullanımı ile yazılı basın kavramları ile birlikte değerlendirilmiş olup aile ve medya kavramları bireylerin dışında bir durum olduğu için atıf kuramına göre dışsal atıf olarak değerlendirilmiştir. Sağlık sistemi, ekonomik sistem ve dini inanç ise bireylerin kendisinin dışındaki durumlar olarak yorumlanmış ve diğerlerine atfin içinde değerlendirilmiştir. Sağlık sistemi; sağlık hizmetlerine erişim, hekimin sağlık alanında devam eden etkisi, sağlık personeline duyulan güvensizliğin yanı sıra sağlık personeli ile birey arasındaki iletişim ve sağlık eğitimi bağlamında yorumlanmıştır. Ayrıca yapılan çalışmanın kapsamında olmamasına rağmen bireylerin söylemleri doğrultusunda aşı reddi ve aşı kabulü ile ilgili konular da sağlık sistemi içerisinde yorumlanmıştır. Ekonomik sistem ise sağlık hizmetinin niteliksel olarak ayrıştığı özel ve kamu ekseninde değerlendirilmiş ve sağlık hizmeti alımı ile bireylerin maddi durumunun ilişkisi irdelenmiştir. Ekolojik Sistem Yaklaşımı'na göre makro olayların odak noktası, bireyler ile geniş organizasyonlar ve sosyal sistemler arasındaki transaksiyonlardır. Ayrıca sosyal çevre birey üzerinde oldukça etkilidir. Bu nedenle sağlık sistemi, ekonomik sistem ve dini inanç sistemi (makro düzey) topluma etki etmektedir.

Yapılan çalışmada görüşölenlerin tümünün anne olması nedeniyle annelik tutumunun önemli olduğuna inanılmaktadır. Annelik tutumunun ise koruma içgüdüğü ve bebeğe bağımlılık ile yakından ilişkili olduğu görölmüştür. Annelerin koruma içgüdüğü ile bebeklerinden topuk kanı örneği alınırken bebeklerine zarar verildiği algısına kapıldıkları gözlemlenmiştir. Bebeklerden topuk kanı örneği alınırken bebeğin acı hissetmesi kaçınılmazdır. Ancak bu noktada bebeğin yüksek yararı dikkate alınarak bebeğin hastalığının erken teşhis edilememesi durumunda bebeğin daha fazla acı çekeceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bunu sağlamak için de NTP' den tespit edilen hastalıkların geç tespiti durumunda ne gibi sonuçlar ile karşılaşacağı ile ilgili ailelerin farkındalığının artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Yapılan çalışmada, sağlık inancının içerisinde değerlendirilen doğal yaşam isteğinin ve alternatif tıp tercihin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Doğal yaşam isteği nedeniyle bireylerin ilaçlara ve tıbbi işlemlere ön yargı ile yaklaştıkları ve tıbbi müdahalelerin gereksiz olduğuna inanıldığı kanısının yaygınlaştığı tespit edilmiştir. Bireyler somut olarak ortaya çıkan hastalıklara karşı alternatif tıp yöntemlerini kullanarak modern tıbbi tercih etme eğiliminde olmadıkları gözlemlenmiştir. NTP ile henüz ortada somut bir hastalık belirtisi olmadan erken teşhis yapılabilmektedir. Ancak bireyler eğer bir hastalık varsa bu hastalığın somut olarak görülebileceğine inanmakta ve bu nedenle tarama programının gereksiz olduğunu düşünebilmektedir. Bu nedenle NTP ile erken teşhisin hayat kurtarıcı olduğu ayrıca hastalığın tespiti halinde alternatif tıp ile bu hastalıkların tedavi edilemeyeceği ailelere daha anlaşılır ve net bir şekilde ifade edilmelidir.

Son zamanlarda aşı reddi ile ilgili yapılan çalışmaların birçoğunda dini inançlar nedeniyle aşı reddinin ortaya çıktığı sonucu elde edilmiştir. Yapılan bu tez çalışmasında da aşı reddi çalışmaları ile benzer bir şekilde NTP' nin dini sebeplerle reddedildiği sonucuna varılmıştır. Ailelerin dini kanaat önderlerinin söylemlerini dikkate alarak sağlık ile ilgili konularda kaderci bakış açısı ile hareket ettikleri görülmüştür. Bu noktada ailelere NTP ile tespit edilen hastalıkların tedavi edilebildiği ve müdahale edilmemesinin kalıcı sekeller bırakabileceği dini değerler de dikkate alınarak anlatılmalıdır.

NTP' nin reddedilmesinde etkili olan bir diğer unsurun ise medya olduğu tespit edilmiştir. Medya kavramı internet kullanımı, sosyal medya kullanımı ve yazılı basın olan kitaplardan bilgiye ulaşma unsurları ile birlikte değerlendirilmiştir. Yapılan bu çalışmada, bireylerin sağlık bilgisine ulaşmak için daha çok interneti kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır. İnternet üzerinden doğru bilgilere ulaşılabilirdiği gibi yanlış ya da eksik bilgiye de kolayca ulaşma durumu söz konusudur. Bu nedenle internet üzerinden sağlık bilgine ulaşmak avantaj sağladığı gibi dezavantaj da olabilmektedir. Günümüz dünyasında bireyleri internet ve sosyal medyanın bilgi kirliliğinden korumak pek mümkün görünmemektedir. Bu nedenle başta Sağlık Bakanlığı olmak üzerinde bu konu ile ilgili çalışan her sağlık kamu kurum ve kuruluşunun internet ve sosyal medyada NTP' nin kapsamı ve önemi ile ilgili bilgiler paylaşmalıdır. Paylaşılan

bu bilgiler kolayca erişilebilen özellikte olup sade ve anlaşılır bir dil kullanılarak oluşturulmalıdır.

Bir diğer konu ise bireylerin içinde buldukları aile sisteminde eş ve akraba eylem ipuçlarını dikkate alarak sağlık davranışında bulunmaları ve sosyal çevrenin etkisiyle NTP' yi reddetmeleridir. Bireylerin sosyal çevre iletişimini azaltmak gibi bir durum söz konusu olamayacağından önemli olan toplumun geneline ulaşabilecek farkındalık artırıcı çalışmalar yapmaktır. Bunun için de Sağlık Bakanlığı'nın öncülüğünde makro boyutta bilgilendirici ve eğitici faaliyetlerin yapılması gerekmektedir. Örneğin NTP ile ilgili bilgilendirici afiş ve broşürler toplumun genelinin kolayca ulaşabileceği ortamlarda dağıtılmalıdır. Özellikle belediyeler ve mahalle muhtarlıklarının bu konuda etkili olabileceği düşünülmektedir.

Ekolojik Sistem Yaklaşımı'na göre makro olaylar içerisinde değerlendirilen sağlık sistemi NTP ile ilgili tutumlara etki edebilecek en önemli sistemdir. Öncelikle bu sistem içerisinde sağlık hizmetlerine erişim noktasında aile hekimlerinin listesinin dolu olması nedeniyle yeni kayıt kabul etmemesi ya da hasta seçmesinin NTP reddine etki ettiği anlaşılmıştır. Bu durumda bireyler istedikleri Aile Sağlığı Merkezlerine kayıt yaptıramamakta ve erişim sorunu ortaya çıkmaktadır. Bireylerin istedikleri Aile Sağlığı Merkezlerine kayıt yaptırmalarının sağlık motivasyonlarını arttıracığına inanılmaktadır.

Aile sağlığı hizmetlerinde ulaşılabilirliğin artırılması gereklidir. Özellikle hekim ve sağlık personeli başına düşen nüfus sayısının düşürülerek hizmeti alan kişilerin daha fazla oranda hizmetten yararlanma olanakları geliştirilmelidir. Ayrıca coğrafi temeli önceleyen bir aile sağlığı hizmeti örgütlenmesini geliştirmek gereklidir. Böylece kişiler hekim seçme özgürlüğünü yitirmeden en yakındaki sağlık hizmetini tercih edebilir hale getirilmeli, burada hizmet sunan kişilerin ise bireyi bir bütün olarak değerlendirebilecek hizmeti sunması sağlanmalıdır. Bunun için hekim ve sağlık personeli kendisine kayıtlı kişiyi evinde-yaşadığı yerde ziyaret edebilecek ve bütüncül olarak değerlendirebilecek konuma getirilmelidir.

Yapılan bu tez çalışmasında, sağlık sisteminde yer alan hekimin, iktidarının devam ettiği, bireylerin hekimlerin söylemlerini dikkate alarak sağlık davranışında buldukları ancak bu durumun NTP için geçerli olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bunun nedeninin ise NTP' de henüz somut bir hastalık yokken bebeklerden topuk kanı

örneği alındığı için ailelerin tarama programını gereksiz olarak görmesi olduğu düşünölmüştür. Yapılan çalışmada, hekime güvenilirliğin fazla olduğu dikkate alınarak Aile Sağlığı Merkezlerinde aile hekimlerinin NTP hakkında aileler ile daha fazla iletişim kurması gerektiği düşünölmüştür. Çünkü tarama programının hekim tarafından anlatılması ile retlerde azalma olabileceğine inanılmaktadır.

Sağlık sistemi içerisinde yer alan başka bir konu ise bireyler ve sağlı personeli arasındaki iletişim sorunudur. Yapılan çalışmada, sağlık personeli ile yaşanan iletişim sorunlarının retler üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Bireylerin aile hekimleri ya da aile sağlığı elemanları ile yaşadıkları tartişmaların NTP' yi reddetmelerine sebep olduğu görölmüştür. Bu durumun sebebinin ise sağlık personelinin bireylere sağlık eğitimi vermesi için yeterli süreyi ayıramamasının olduğu düşünölmüştür. Çünkü sağlık personelinin bireylere NTP hakkında ayrıntılı bilgilendirme yapması gerekmektedir. Yapılan görüşmelerde, annelerin NTP ile taranan hastalıkların adını bile bilmedikleri, hastalığın tespiti halinde ise nasıl tedavi edilebileceğine dair bilgilerinin olmadığı görölmüştür. Ayrıca bebeklerden sarılık ve diğer sağlık sorunları için alınan topuk kanı örneklerinin de NTP kapsamında alındığını düşündükleri gözlemlenmiştir. Bu nedenle Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan sağlık personellerinin NTP ile ilgili çok daha ayrıntılı bilgilendirme yapması gerekmektedir. Bunun yanı sıra katılımcıların iddia ettikleri sağlık personellerinin sinirli söylemlerinin, bireylerin bebeklerinden topuk kanı örneği alınmasına daha tepkisel yaklaşmalarına sebep olduğu görölmüştür. Bu nedenle aileler ile yapılan görüşmelerin çok daha yapıcı dilde olması gerekmektedir. Bunu sağlamak için Sağlık Bakanlığı'na bağlı kamu kurum ve kuruluşlar tarafından Aile Sağlığı Merkezlerinde görev yapan sağlık personellerine iletişim üzerine hizmet içi eğitimler yapılmalı, motivasyon toplantıları düzenlenmeli ve sağlık personelleri güçlendirilmelidir.

Hekime ve sağlık personeline güven eksikliğinin temel nedenlerinden birisi ise hekimin ve sağlık personelinin hasta ile olan iletişim bozukluğudur. Doğru iletişim kanallarının oluşturulması ve bunun geliştirilebilmesi için her alan çalışanının mutlaka iyi bir iletişim becerileri eğitiminden geçirilmesi gerekmektedir. Bu sayede doğru iletişim, doğru mesaj ve doğru davranışı oluşturacaktır. Ayrıca bilginin giderek yaygınlaştığı toplumsal yaşamda sağlık okuryazarlığının geliştiği de göz önünde

bulundurularak hekim ve sağlık personelinin bireyi sağlık okuryazarlığı düzeyini de dikkate alarak değerlendirmesi sağlanmalıdır.

Bir diğer konu ise sağlık personeli tarafından yapılan bilgilendirmenin niteliği ile ilgilidir. Yapılan alışmada NTP ile ilgili sağlık personeli tarafından yapılan bilgilendirmenin yanlış yapılması durumunun da söz konusu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çünkü NTP' nin zekâ testi olduğuna dair söylemler doğru değildir. Tarama programı kapsamına alınmayan bebeklerde hastalığın geç teşhis edilmesi halinde zihinsel geriliğin ortaya çıkma durumu söz konusudur. Bu durumun sağlık personeli tarafından doğrudan zekâ testi olarak adlandırılması ailelerin NTP' ye daha önyargılı yaklaşmasına sebep olmaktadır. Bu nedenle sağlık personeli tarafından yapılan bilgilendirmenin doğru, net ve anlaşılır olması gerekmektedir. Bunun yanı sıra verilen sağlık hizmetinde koruyucu, önleyici ve rehabilite edici hizmetlerin bir bütün olduğu ifade edilmelidir.

NTP kapsamında bebeklerden topuk kanı  rneği alındıktan sonra, bebekte herhangi bir hastalığın tespiti halinde aile ile iletişime geçilmektedir. Ancak herhangi bir hastalığın tespit edilmemesi halinde ailelere geribildirim verilmemektedir. Bu durum ailelerin bebeklerinden topuk kanı  rneği alınmasının gereksiz olduğu ve herhangi bir bilgi verilmemesine nedeniyle sadece kan almak için ve hiçbir amaç olmadan alındığı yanılığına düşmelerine sebep olmaktadır. Bu yanılığın önüne geçmek için her bebeğin sonucu mutlaka aileye bildirilmelidir. Sonucu normal çıkanların da bildirilmesi ailelerin sağlık  rg t  ve personeline olan güveninin geliştirilmesinde yararlı olacaktır. Mümkün olduğunca kurulan temasta bunun bir tarama programı olduğu, her sonucun mutlak bir şekilde doğru olamayabileceği de hatırlatılmalıdır. Diğer taraftan şüpheli ve ya pozitif sonuçlar için de ailenin yaşamış olduğu kaygıyı giderecek bir yaklaşım ve standart uygulamanın geliştirilmesi gereklidir. Böylece ailelerin yaşamış oldukları ani çok karşısında ne tür hareket tarzı belirleyecekleri, neler yapmaları gerektiği, yalın ve doğru bir şekilde anlatılmalıdır. Sürekli izlem ve değerlendirme yapılacağı, olası riskler ve sonuçları ile ilgili ayrıntılı bilgilendirme gibi noktalar da gözden kaçırılmamalıdır. Doğru bir iletişim sağlık hizmetine ve personeline güven duygusunu geliştirecektir.

Yenidoğan bebeklerle hastanede ilk 48 saatlik süre içerisinde topuk kanı  rneği alınmaktadır. Doğum telaşı, heyecanı ve yorgunluğu halinde olan aileler genelde bu

tıbbi işleme müdahale etmemektedir. Ancak doğumdan yaklaşık bir hafta-on gün sonra Aile Sağlığı Merkezi'nde bebekten mükerrer topuk kanı örneği alınması gerekmektedir. Çünkü alınan ikinci kan örneği ile sonuçlar daha doğru ve anlamlı çıkmaktadır. Ancak bu bilgiyi net bilmeyen bireyler hastanede bebeğinden topuk kanı örneği alındıktan sonra tekrar Aile Sağlığı Merkezi'nde topuk kanı örneği alınmasını gereksiz ve anlamsız buldukları görülmüştür. Bu durumun önüne geçebilmek için birinci basamak sağlık kurumları ile ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının koordineli çalışması gerekmektedir. Bu noktada yapılması gereken, doğumdan sonra ilk 48 saat içinde alınan kan örneğinin yeterli olmaması nedeniyle hastanede topuk kanı örneği alınmamalı ve hastanede görevli sağlık personeli aileyi Aile Sağlığı Merkezi'ne yönlendirmelidir. Fakat bebek hastanede 48 saatten fazla kalacaksa topuk kanı örneğinin 48 saat dolduktan sonra hastanede alınmasının herhangi bir mahsuru yoktur. Bu durumda Aile Sağlığı Merkezi'nde NTP kapsamında tekrar topuk kanı örneği alınmasına gerek olmamaktadır.

Diğer taraftan birinci basamak tarafından sağlanan gebe, lohusa ve bebek izlemlerinin zamanında ve doğru bir şekilde yapılması olası kayıp ve kaçaklarından önüne geçmede önemli bir araç olduğu unutulmamalıdır. Bunun için kayıtlı olduğu Aile Hekimliği Biriminin doğum ve akıbeti konusunda hızlı bir şekilde bilgilendirilmesi, lohusanın evinde bebeği ile birlikte izlemlerini yapılması, gerekli aşı ve tetkikler için sağlık kuruluşuna davet edilmesi ve orada nitelikli bir izlem sağlanması NTP programının başarısı için önemli bir husustur. Bunu sağlayabilecek nitelikte ve yeterlilikte iyi eğitilmiş sağlık çalışanları alanda çalıştırılmalıdır. Sağlık çalışanlarının hizmet içi eğitimler ile daha nitelikli bir hizmet sunabilmeleri için fırsat tanınmalıdır.

Ekolojik Sistem Yaklaşımı'na göre makro olaylar içerisinde yer alan ekonomik sistem sağlık sistemi ile yakından ilişkilidir. Yapılan tez çalışmasında, sağlık hizmetinin niteliği özel ve kamu ekseninde değerlendirilmekte, maddi durumu iyi olan bireyler tercihlerini özel hastaneden yana kullanırken, maddi durumu iyi olmayan bireylerin sağlık hizmeti alırken devlet hastanesi tercih etmek durumunda kaldıkları sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcılar ile yapılan görüşmelerde, maddi durumu iyi olmayan bireylerin bile sağlık hizmeti almak için özel hastaneyi tercih ettikleri, devlet hastanelerinin ise yoğunluğu ve doluluğundan şikâyet edilerek iyi sağlık hizmeti

almak için paranın gerekli olduğu düşüncesinin yaygın olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra maddi durumu iyi olan bazı bireylerin de bebeklerine özel testler yaptırdıkları ve bu testleri yaptırdıktan sonra NTP' nin gereksiz olduğunu düşündükleri gözlemlenmiştir. Bu noktada yapılması gereken kamu sağlık hizmeti kapsamında yer alan birinci basamak sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması ve beraberinde kamu sağlık hizmetine duyulan güvensizliğin azaltılması yönünde çalışmaların yapılmasıdır. Bunu sağlamak için daha önce belirtildiği gibi Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan sağlık personellerinin aileler ile etkili iletişim kurması, testler hakkında ayrıntılı bilgi vermesi gerekmektedir. Bunun yanı sıra toplumun ihtiyaçlarına yönelik makro boyutta sağlık politikalarının geliştirilmesine ihtiyaç vardır. Ayrıca özel hizmet sunan hekimlerin mutlak surette ulusal sağlık programlarına bağla kalmaları sağlanmalıdır. Bunun için özel hizmet sunanların da eğitim gereksinimleri karşılanmalı, yapılacak olan denetimler ile bu hizmet sunucuların hastalarını yanlış yönlendirmelerinin önüne geçilmelidir. Ulusal sağlık sistemi ile entegre olmayan hizmetler men edilerek uygulamada bir birlik sağlanması yoluna gidilmelidir.

Yapılması gereken bir diğer çalışma ise toplumun sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi yönünde çalışmaların yapılmasıdır. Çünkü bazı durumlarda sağlık personeli bireye açıklama yapsa bile bireyin sağlık okuryazarlığının yeterli olmaması süreci daha da zor bir hale getirebilmektedir. Ayrıca bireyin tercih ettiği sağlık davranışının sorumluluğunu anlayabilmesi için de sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi gerekmektedir. Gelişen sağlık okuryazarlığı doğru hizmete doğru bir şekilde ulaşımı sağlayacaktır. Diğer taraftan aşırı duyarlı ve hassas bireylerin gereksiz bir şekilde ayrıntılı sağlık okuryazarlığı beklenen yarardan ziyade olumsuz davranış şeklinde meydana çıktığı da görülmektedir. Bu noktada profesyonel bir bakış ile meydana gelen aşırı duyarlılığı giderecek iyi bir eğitime gereksinim vardır. Yani bireyler yalnızca eksik okuryazarlıkları için değil aynı zamanda fazladan elde ettikleri aşırı ve olumsuz bilgilerden de korunması gerekir. Bu noktada tıbbileştirilmiş hizmetin bireylerin daha iyi anlayacağı şekle dönüştürülmesi ve sunulması gerekir.

Sağlık yöneticileri tarafından NTP' nin uygulanmasının zorunlu olduğu ifade edilmektedir. Ancak bebeklerden topuk kanı örneğinin alınması işlemi sırasında ailelere imzalatılan Ebeveyn Rıza Beyanı' nda "bebeğimden topuk kanı örneği alınmasını kabul etmiyorum" seçeneği de bulunmaktadır. Bu durum NTP' nin zorunlu

bir tarama programı olduğu algısını yok etmektedir. Bunun yanı sıra esas olanın çocuğun yüksek yararını göz etmek olduğu düşünöldüğünde, hasta olan bir bebek erken teşhis ile tedavi edilebilecekken ailesinin kararı nedeniyle ömrünü engelli olarak geçirebilir hatta bu durum ölümlle bile sonuçlanabilir. Bu nedenle gerekli hukuksal düzenlemeler yapılarak Ebeveyn Rıza Beyanı' nın bireyin seçim özgürlüğünün kötüye kullanımına mahal vermeyecek bir şekilde dönüştürölmesi gerekir. Böylece ailenin vereceği kararların bebeğin geleceğinde oluşturabileceği olumsuz sonuçlarda ifade edilerek yapılacak olan tetkike karşı duran ailelerin ikna edilmesi, bireysel özgürlükleri de zedeledmeden bu etik ikilemleri aşılması gerekir.

Yapılan bu tez çalışmasında belirtildiği üzere aileler kendisi karar veremeyecek durumda olan bir birey adına sağlık hizmetini reddetme davranışında bulunmaktadır. Yapılacak olan çalışmalarda, bu durum çocuk hakları bağlamında ayrıntılı bir şekilde irdelenmelidir. Çünkü her çocuğun sağlık hizmeti alma hakkı vardır ve önemli olan çocuğun yüksek yararıdır.

Bu tez, NTP' yi reddeden 15 kişi ile görüşme yapılarak niteliksel araştırma yöntemi ile yapılmıştır. NTP' nin neden reddedildiği daha ayrıntılı araştırmalarla irdelenmelidir. Yapılacak olan daha ayrıntılı çalışmalarda diğer sağlık hizmetlerini kabul eden bireylerin neden NTP' yi reddettikleri ayrıca incelenmelidir.

Bazı ailelerin ise NTP kapsamında bebeğinden topuk kanı örneği alınmasını kabul ederken program kapsamında ileri tetkik gerekmesi halinde bu tetkiklerin yapılmasını reddettikleri bilinmektedir. Bu da ayrıca irdelenmesi gereken bir konudur. Bu nedenle daha derinlemesine ve kapsamlı yapılacak olan çalışmalarda ile NTP, bütönsel bakış açısıyla değerlendirilmelidir.

Yapılan bu tez çalışması sırasında sadece NTP' yi değil İşitme Tarama Programı'nı ve ya Gelişimsel Kalça Displazisi Testi' ni reddeden aileler olmuştur. Ancak bu aileler tezin kapsamına dâhil edilmemiştir. Bu nedenle diğer tarama programlarının da neden reddedildiğine dair kapsamlı çalışmalarda ihtiyaç vardır.

Koruyucu sağlık hizmetleri alanında çalışan halk sağlığı sosyal hizmet uzmanları, bilgi, beceri ve değer ögeleri doğrultusunda mesleki çalışmalarda yapmakta ve sorunun çözümüne yönelik müdahale planı geliştirmektedirler. Bu nedenle koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde yer alan tarama programlarının reddedilmesinin önlenmesi için bu alanda çalışan sosyal hizmet uzmanlarının sayısının artırılmasının ve Aile Sağlığı

Merkezlerinde sosyal hizmet uzmanlarının istihdam edilmesinin önemli olduğuna inanılmaktadır. Ayrıca yapılacak olan yasal düzenlemelerle halk sağlığı alanında çalışan sosyal hizmet uzmanlarının mesleki görevleri ve yetki alanlarının belirlenmesinin yapılacak olan sosyal hizmet müdahalesini daha görünür kılacağına inanılmaktadır.



KAYNAKLAR

Acheson D. Public Health in England. 1. basım. Stationery Office Books: London; 1988.

Ajzen I, Madden TJ. Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioral control. Journal of Experimental Social Psychology. 1986; 22(5): 453-474.

Akdur R. Sağlık Sektörü: Temel Kavramlar Türkiye ve Avrupa Birliği' nde Durum ve Türkiye' nin Uyumu. 2. basım. Ankara Üniversitesi Basımevi: Ankara; 2006.

Akpınar A, Ersoy N. Yaşamı destekleyen tedaviler: Ne zaman esirgenmeli? Ne zaman sonlandırılmalı? Türk Onkoloji Dergisi. 2012; 27(1): 37-45.

Alan S, Ersoy N, Gökmen O, Gün M, İlgili Ö, Oğuz NY, Platin N, Sarıcaoğlu F, Sırmalı Ş, Yakıcıer MC, Dölen İ, Yetener M, Gelegen D, Vatansever K, Atilla P, Ak Parlak F. Türk Tabipleri Birliği Etik Bildirgeleri. 1. basım. Ankara Türk Tabipler Birliği Yayınları: İstanbul; 2010.

Arda B, Şahinoğlu Pelin S. Tıbbi etik: Tanımı, içeriği, yöntemi ve başlıca konuları. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 1995; 48(03): 323-336.

Argun Y. Anne Baba ve Öğretmenlerin Öğrenilmiş Güçlüğü ile Okulöncesi Çocukların Davranışsal-Duygusal Güçlülüğü ve Kendilik Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Ş. Özben). İzmir, 2005.

Argüt N, Yetim A, Gökçay G. Aşı kabulünü etkileyen faktörler. Çocuk Dergisi. 2016; 16(1-2): 16-24.

Arıkan Ç. Sosyal model çerçevesinde özürüllülüğe yaklaşım. Ufkun Ötesi Bilim Dergisi. 2002; 2(1): 11-25.

Arslan A. 0-1 Yaş Arası Çocuğu Olan Ebeveynlerin Genişletilmiş Yeni Doğan Tarama Programına İlişkin Düşünceleri. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yard. Doç. Dr. Z. Çiğdem). İstanbul, 2010.

Aslan D. Beden algısı ile ilgili sorunların yaratabileceği beslenme sorunları. STED (Standart Tıp Eğitim Dergisi). 2004; 13(9): 326-329.

Aslantekin F. Yetişkinlerin Sağlık Okuryazarlık Durumları ve Etkileyen Faktörler (Tip 2 Diyabetli Hasta Örneği). Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Prof. Dr. M. Uysal). Ankara, 2011.

Avuçan EE, İmrek M, Karaboğa I. Kanserin psikososyal yönleri. Türk Psikoloji Bülteni. 2006; 12(38): 81-91.

Ay P. Kanıta dayalı halk sağlığı. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 2011; 1(2): 129-139.

Aydemir İ. Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerde Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulamaları. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Doç. Dr. V. Duyan). Ankara, 2003.

Babadağlı F. Yalova Devlet Hastanesi' ne Başvuran 12-36 Ay Arası Çocuklarda Aşı Eksiklikleri ve Bunu Etkileyen Faktörler. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. G. Gökçay). İstanbul, 2007.

Baker DW. The meaning and the measure of health literacy. Journal of General Internal Medicine. 2006; 21(8): 878-883.

Baltaş Z, Baltaş A. Gençlik çağı ve stres. İçinde: Dileçligil B, Çiğdem A, (eds.). Aile Yazıları 3 Birey Kişilik ve Toplum. 2. basım. TC Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu: Ankara; 1991.

Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review. 1977; 84(2): 191-215.

Banks S. Ethics and Values in Social Work. 4. basım. Palgrave Macmillan: London; 2012.

Barker RL. The Social Work Dictionary. 4. basım. NAWs Press: United States of America; 1999.

Bayat B. Bireylerin benlik algısı (benlik tasarımları) sistemi ve bu sistemin davranışları üzerindeki rolü. Kamu Dergisi. 2003; 7(2): 123-137.

Bertram FM. Fritz Heider's legacy: Celebrated insights, many of them misunderstood. Social Psychology. 2008; 39(3): 163-173.

Beşer E, Ergin F, Sönmez A. Aydın il merkezinde doğum öncesi bakım hizmetleri. TSK Korumucu Hekimlik Bülteni. 2007; 6(2): 137-141.

Bilgin N. Sosyal Bilimlerde İçerik Analizi. 3. basım. Siyasal Kitabevi: Ankara; 2014.

Bolsoy N, Sevil Ü. Sağlık-hastalık ve kültür etkileşimi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 9(3): 78-87.

Bozkurt HB. Aşı reddine genel bir bakış ve literatürün gözden geçirilmesi. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi. 2018; 8(1): 71-76.

Browne T. Social works and health care settings. İçinde: Gehlert S, Browne T, (eds.). Handbook of Health Social Work. 2. basım. John Wiley and Sons: United States of America; 2011.

Bunton R, Baldwin S, Flynn D, Whitelaw S. The 'stages of change' model in health promotion: science and ideology. Critical Public Health. 2000; 10(1): 55-70.

Childs B, Burt RA, Capron AM, Cooper JD, Epstein CJ, Fredrickson DS, Holtzman NA, Levinthal C, Miller OJ, Motulsky AG, Murray RF, Rosenstock IM, Rosenthal D, Rosenthal G, Schull WJ, Scriver CR. Genetic Screening: Programs, Principles, and Research. 1. basım. National Academy of Science: Washington D.C. ; 1975.

Chinn D, McCarthy C. All Aspects of Health Literacy Scale (AAHLS): Developing a tool to measure functional, communicative and critical health literacy in primary healthcare settings. Patient Education and Counseling. 2013; 90(2): 247-253.

Cilesiz S. A phenomenological approach to experiences with technology: Current state, promise, and future directions for research. Educational Technology Research and Development. 2011; 59(4): 487-510.

Cılga İ. Aile Mahkemelerinde Çalışma Yöntemi. 1. basım. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayınları: Ankara; 2008.

Conner M, Norman P. Predicting Health Behaviour. 2. basım. McGraw Hill Education: New York; 2005.

Creswell JW. Nitel Araştırma Yöntemleri. İçinde: Demir S B, Bütün M, (eds.). 3. basım. Siyasal Kitabevi: Ankara; 2014.

Çam O, Babacan Gümüş A. Meme kanserli kadınlar için duygusal destek odaklı hemşirelik girişimleri. CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2006; 10(3): 52-60.

Çapanoğlu E. Sağlık Çalışanı ve Ebeveyn Perspektifinden Çocukluk Çağı Aşılarının Reddi Niteliksel Bir Araştırma. Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Prof. Dr. Y. I. Ülman). İstanbul, 2018.

Çelikay F, Gümüş E. Türkiye'de sağlık hizmetleri ve finansmanı. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2010; 11(1): 177-216.

Çetinkaya Z. Türkçe öğretmen adaylarının iletişim becerilerine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*. 2011; 19(2): 567-576.

Çopurlar CK, Kartal M. Sağlık okuryazarlığı nedir? Nasıl değerlendirilir? Neden önemli? *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 2016; 10(1): 42-47.

Danış MZ. Davranış bilimlerinde ekolojik sistem yaklaşımı. *Aile ve Toplum Dergisi*. 2006; 3(9): 45-53.

Dawson A. Erratum: The determination of 'best interest' in relation to childhood vaccinations *Bioethics*. 2005; 19(2): 187-205.

Dawson A, Verweij M. Etik, Önleme ve Halk Sağlığı. İçinde: Dawson A, Verweij M, (eds.).2. basım. Oxford University Press: Oxford; 2016.

Deci EL, Ryan RM. The " what " and " why " of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*. 2000; 11(4): 227-268.

Demir Küreci H, Örnek Büken N. Kanser tanısı alan çocuk/ergenlerin onay sürecine ve tedaviye katılımlarının değerlendirilmesi. *J Cur Pediatrics*. 2016; 14(1): 37-45.

Demirel B. Hekimin yasal sorumlulukları. *Gazi Tıp Dergisi*. 2005; 16(3): 99-106.

Demirkan S. Türk ailesinin korunması ve güçlendirilmesinde sivil toplum kuruluşları ile işbirliğinin önemi. *Aile ve Toplum Dergisi*. 2006; 3(9): 91-96.

Dennison D, Golaszewski T. The activated health education model: refinement and implications for school health education. *Journal of School Health*. 2002; 72(1): 23-26.

Dey I. *Qualitative Data Analysis: A User Friendly Guide For Social Scientists*. 2. basım. Routledge: London; 2005.

Dikici A. Geleneklerin toplumdaki yeri ve önemi. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 2001; 11(2): 251-258.

Duman N. Ankara Liselerinde Çeteye Katılma Potansiyeli Olan Öğrenci Grupları ve Okul Sosyal Hizmeti. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Prof. Dr. I. Bulut). Ankara, 2000.

Duman N. Türkiye için yeni bir sosyal hizmet alanı olan okul sosyal hizmeti'nin kapsamı ve sosyal hizmet mesleği içindeki yeri. İçinde: Duyan V, Mavili Aktaş A, (eds.). Prof Dr Nihal Turan'a Armağan-Sosyal Hizmette Yeni Yaklaşımlar ve Sorun Alanları. 1. basım. Aydınlar Matbaası: Ankara; 2001.

Duman Z. Sağlık Çalışanlarının Normal Doğum ve Sezaryen ile İlgili Düşünceleri. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. G. Köken). Afyon, 2006.

Duyan V. Tıbbi Sosyal Hizmet (Sağlıkta Psiko-Sosyal Boyut). 1. basım. TDFO Bilgisayar Yayıncılık: Ankara; 1996.

Duyan V. Hastaların karşılaştığı sorunlar ve çözümler odağında tıbbi sosyal hizmet. CÜ Tıp Fakültesi Dergisi. 2003; 25(4): 39-44.

Duyan V, Sayar ÖÖ, Özbulut M. Sosyal Hizmeti Tanımak ve Anlamak: Sosyal Hizmet Uzmanları ve Sosyal Hizmet Alanında Çalışanlar İçin Bir Rehber. 1. basım. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayınları: Ankara; 2008.

Duyan V. Sosyal Hizmet Temelleri, Yaklaşımları, Müdahale Yöntemleri. 1. basım. Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği Genel Merkezi Yayınları: Ankara; 2010.

Eggertson L. Lancet retracts 12-year-old article linking autism to MMR vaccines. Canadian Medical Association Journal. 2010; 182(4): E199-E200.

Emiroğlu V. Yaşlılık ve Yaşlının Sosyal Uyumu. 1. basım. Şafak Matbaacılık: Ankara; 1995.

Erer S, Atici E, Erdemir A. The views of cancer patients on patient rights in the context of information and autonomy. Journal of Medical Ethics. 2008; 34(5): 384-388.

Eskiocak M. Aşılammama, aşılatmama ve Türkiye' de "aşı reddi" tartışmasına kısa bir katkı. Toplum ve Hekim. 2018a; 33(3): 220-222.

Eskiocak M. Toplumsal yapılanmada ve sağlıkta neoliberal dönüşümün bağışıklama hizmetlerine etkileri ve sonuçları: ticarileşme, güvensizlik, tereddüt, aşılanammama, aşı karşıtlığı, işlevsel yetersizlik ve salgınlar. Bilim ve Gelecek. 2018b; 1(2): 20-23.

Faden R, Chwalow AJ, Holtzman NA, Horn SD. A survey to evaluate parental consent as public policy for neonatal screening. American Journal of Public Health. 1982; 72(12): 1347-1352.

Fishbein M, Von Haefen I, Appleyard J. The role of theory in developing effective interventions: implications from project SAFER. Psychology, Health and Medicine. 2001; 6(2): 223-238.

Fişek NH. Halk Sağlığı' na Giriş. 2. basım. Hacettepe Üniversitesi- Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirici Merkezi Yayını: Ankara; 1983.

Friedlander WA. Concepts and Methods of Social Work. 2. basım. Prentice Hall Professional: United States of America; 1976.

T.C. Resmi Gazete. Hasta Hakları Yönetmeliği. 1 Ağustos 1998. Sayı: 23420.

T.C. Resmi Gazete. Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik. 2 Mayıs 2014. Sayı: 29007.

T.C. Resmi Gazete. Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi. 10 Temmuz 2018. Sayı: 30474.

Geaghan SM. Fetal laboratory medicine: On the frontier of maternal–fetal medicine. Clinical Chemistry. 2012; 58(2): 337-352.

Gehlert S, Mininger C, Sohmer D, Berg K. (Not so) Gently down the stream: Choosing targets to ameliorate health disparities. Health and Social Work. 2008; 33(3): 163-167.

Genç Y, Çat G. Engellilerin istihdamı ve sosyal içerme ilişkisi. Akademik İncelemeler Dergisi. 2013; 8(1): 363-393.

Geray H. Toplumsal Araştırmalarda Nicel ve Nitel Yöntemlere Giriş. 1. basım. Umuttepe Yayınları: Kocaeli; 2014.

Gezergün A, Şahin B, Tengilimoğlu D, Demir C, Bayer E. Hastaların bakış açısıyla hekim-hasta ilişkisi ve iletişimi; bir eğitim hastanesi örneği. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2006; 6(1): 129-144.

Giray Bozkaya Ö, Akgün İ, Birgi E, Çinkoğlu A, Gög K, Karadeniz D. Anne babaların çocuklarında uyguladıkları alternatif tıp yöntemleri. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008; 22(3): 129-135.

Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Theory, research, and practice in health behavior and health education İçinde: Glanz K, Rimer B K, Lewis F M, (eds.). Health Behavior and Health Education 3. basım. Jossey-Bass: San-Francisco; 2002.

Gökçearsan Çifçi E, Gönen E. Sosyal hizmet uygulamalarında etik karar verme süreci. Toplum ve Sosyal Hizmet 2011; 22(2): 149-160.

Gönenç S, Çiçek F. "Farkındayım Yalnız Değilim" Proje Sonuç Raporu. İçinde: Salnur B, (eds.).1. basım. İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü: İzmir; 2016.

Görgün Baran A. Genç ve gençlik: Sosyolojik bakış. Gençlik Araştırmaları Dergisi. 2013; 1(1): 6-25.

Gözlü M, Tatlıdil H. Türkiye' deki 81 ilin kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine erişim durumları. *Sosyal Güvenlik Dergisi*. 2015; 5(2): 145-165.

Gözübüyük O, Akbulut Y. Hastaya planlanan tedavinin reddedilmesi: Acil servis hastaları üzerine bir araştırma. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014; 3(1-2-3): 55-66.

Green NS, Dolan SM, Murray TH. Newborn screening: complexities in universal genetic testing. *American Journal of Public Health*. 2006; 96(11): 1955-1959.

Grubbs LM, Tabano M. Use of sunscreen in health care professionals: The health belief model. *Cancer Nursing*. 2000; 23(3): 164-167.

Guttman D. *Ethics in Social Work: A Context of Caring*. 2. basım. Routledge: New York 2013.

Gülcehal E, Keklik B. Hastaların hekimlere duydukları güveni etkileyen faktörlerin incelenmesine yönelik bir araştırma: Isparta ili örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 2016; 8(14): 64-87.

Güven Tezcan S. *Temel Epidemiyoloji*. 1. basım. Hipokrat Kitabevi: Ankara; 2017.

Hare I. Defining social work for the 21st century. *International Social Work*. 2004; 47(3): 407-424.

Hatiboğlu B. Sosyal hizmet etiğinde radikal yansımalar. *Toplum ve Sosyal Hizmet* 2011; 22(1): 147-163.

Hausman BL, Ghebremichael M, Hayek P, Mack E. 'Poisonous, filthy, loathsome, damnable stuff': The rhetorical ecology of vaccination concern. *The Yale Journal of Biology and Medicine*. 2014; 87(4): 403-416.

Hayran O, Sur H. *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*. 1. basım. Yüce Yayım: İstanbul; 1998.

Herdman EA, Yazıcı Korkmaz O. Sağlık hizmetlerine erişim ve eşitlik. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 2011; 8(1): 3-6.

Hidiroğlu S, Ay P, Topuzoğlu A, Kalafat C, Karavus M. Resistance to vaccination: the attitudes and practices of primary healthcare workers confronting the H1N1 pandemic. *Vaccine*. 2010; 28(51): 8120-8124.

Hugman R. *New Approaches in Ethics for the Caring Professions*. 1. basım. Palgrave Macmillan: New York; 2005.

İkinci S, Eser S, Piyal B, Çalışkan D, Ocaktan ME, Akdur R. Sağlık önlisans programı öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı durumu (Ankara Üniversitesi örneği). 15 Ulusal Halk Sağlığı Kongresi. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği-HASUDER: Bursa; 2012.

Ishikawa H, Takeuchi T, Yano E. Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*. 2008; 31(5): 874-879.

Kahraman H. Yatılı İlköğretim Bölge Okulu (YİBO) ve Normal Okullara Devam Eden Ergenlerde Mizah Duygusu ile Benlik Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. N. Çeliköz). Konya, 2009.

Karaöz S. Cerrahi hemşireliği ve etik. CÜ Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi. 2000; 4(1): 1-8.

Karataş Z. Problem çözme becerileri ve yalnızlık düzeyleri arasındaki ilişkide benlik saygısının aracı rolü: Bir yapısal eşitlik modeli çalışması. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2014; 30: 118-140.

Kasl SV, Cobb S. Health behavior, illness behavior, and sick-role behavior: II. Sick-role behavior. *Archives of Environmental Health: An International Journal*. 1966; 12(4): 531-541.

Kavuncubaşı Ş. Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. 5. basım. Siyasal Kitabevi: Ankara; 2000.

Kaya A. İletişime giriş: Temel kavramlar ve süreçler. İçinde: Kaya A, (eds.). *Kişilerarası İlişkiler ve Etkili İletişim*. 10. basım. Pegem Akademi: Ankara; 2017.

Kaya M. Ailede anne-baba tutumlarının çocuğun kişilik ve benlik gelişimindeki rolü. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*. 1997; 9(9): 193-204.

Keefe RH, Evans TA. Introduction to public health social work. İçinde: Keefe R, Jurkowsk1 E T, (eds.). *Handbook for Public Health Social Work*. 1. basım. Springer Publishing Company: New York; 2013.

Koç S, Kaynak S. Yeni Medya Olarak İnternet ve Hukuki Kişisel Güvenlik. XIV Türkiye'de İnternet Konferansı Bildirileri (12-13 Aralık 2009).1. basım. Bilgi Üniversitesi İstanbul; 2009.

Konak A, Bozkuş Eğri G. Doğum sonu dönem ile ilgili geleneksel inanç ve uygulamalara dünyadan ve Türkiye' den örnekler. *Journal of World of Turks*. 2011; 3: 143-155.

Kongar E. Sosyal Çalışmaya Giriş. 1. basım. Sosyal Bilimler Derneği Yayınları: G-2, Ay Yıldız Matbaası AŞ: Ankara; 1972.

Koşar N. Sosyal Hizmetlerde Yaşlı Refah Alanı. 1. basım. MnOfset Matbaacılık: Ankara; 1996.

Koşar NG. Sosyal Hizmetlerde Aile ve Çocuk Refahı Alanı. 1. basım. MnOfset Matbaacılık: Ankara; 1992.

Koşar NG. Sosyal Hizmetlerde Sosyal Yardım Alanı (Yoksulluk ve Sosyal Hizmet). 1. basım. MnOfset Matbaacılık: Ankara; 2000.

Köksoy S, Zincir H. Sağlık eylem süreci yaklaşımı modeli. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017; 20(1): 56-62.

Köse D, Çınar N, Altınkaynak S. Yenidoğanın anne ve baba ile bağlanma süreci. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2013; 22(6): 239-245.

Kulhan NG, Kulhan M, Naykı ÜA, Naykı C, Uluğ P, Toklucu H. Planlı ve plansız hâriçte doğum: Hastane doğumlarıyla karşılaştırılan retrospektif bir çalışma. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi. 2017; 27(3): 222-228.

Kurçer MA, Şimşek Z, Solmaz A, Dedeoğlu Y, Gülel R. Şanlıurfa Harrankapı Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 0-2 yaş çocuk ve gebelerde aşılama oranları ve aşılama sorunları. Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2005; 2(2): 10-15.

Kurtulmuş S. Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi. 1. basım. Değişim Dinamikleri Yayınları: İstanbul; 1998.

Kut S. Sosyal Hizmet Mesleği: Nitelikleri, Temel Unsurları, Müdahale Yöntemleri. 1. basım. Kendi Yayını: Ankara; 1988.

Levin-Zamir D, Peterburg Y. Health literacy in health systems: perspectives on patient self-management in Israel. Health Promotion International. 2001; 16(1): 87-94.

Lippmann O. Vision screening of young children. American Journal of Public Health. 1971; 61(8): 1586-1601.

Maxon AB, White KR, Behrens TR, Vohr BR. Referral rates and cost efficiency in a universal newborn hearing screening program using transient evoked otoacoustic emissions. Journal of the American Academy Of Audiology. 1995; 6(4): 271-277.

McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. Health Education Quarterly. 1988; 15(4): 351-377.

Neuman WL. Toplumsal Araştırma Yöntemleri Nicel ve Nitel Yaklaşımlar. 1. basım. Yayın Odası Yayınları: Ankara; 2006.

Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promotion International. 1998; 13(4): 349-364.

Offit PA. Thimerosal and vaccines—a cautionary tale. The New England Journal of Medicine. 2007; 357(13): 1278-1279.

Ogden J. Health Psychology. 3. basım. McGraw Hill Education: New York; 2004.

Ogden J. Sağlık inançları. İçinde: Dirik G, (eds.). Sağlık Psikolojisi. 5. basım. Nobel Yayınları: Ankara; 2016.

Ozalp I. Yenidoganda fenilketonüri ve hiperfenilalaninemilerin taranması. Katkı Pediatri Dergisi. 2000; 21(2): 175-184.

Ozdemir HH, Alper Z, Uncu Y, Bilgel NG. Health literacy among adults: a study from Turkey. Health Education Research. 2010; 25(3): 464-477.

Örnek Büken N, Büken E. Nedir şu "tıp etiği" dedikleri? Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2002; 11(1): 17-20.

Özbesler C, İçağasıoğlu Çoban A. Hastane ortamında sosyal hizmet uygulamaları: Ankara örneği. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2010; 21(2): 31-46.

Özcebe H, Sevencan F. Çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tıbbi konu alan araştırmaların değerlendirilmesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2009; 52: 183-194.

Özdemir M. Nitel Veri Analizi: Sosyal Bilimlerde Yöntembilim Sorunsalı Üzerine Bir Çalışma. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi. 2010; 11(1): 323-343.

Özen Çınar İ, Korkmaz Aslan G, Kartal A, İnci FH, Koştu N. Annelerin 0-1 yaş bebek bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemlerin incelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2015; 14(5): 378-386.

Özer C, Şahin EM, Dağdeviren N, Aktürk Z. Birinci basamakta hasta eğitimi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2002; 11(1): 11-14.

Özer Kulkul D, Işıkkhan V. Tüberküloz hastalarının hastane hizmetlerinin kalitesine ilişkin beklenti ve algılarının değerlendirilmesi: Ankara Atatürk Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi örneği. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2006; 17(1): 91-112.

Özgen H. Sağlık hizmetlerinde kalite nedir? Hasta tatmini boyutuyla ilgili bir değerlendirme. Toplum ve Hekim Dergisi. 1995; 10(69-70): 47-53.

Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. 1. basım. Roche: İstanbul; 1993.

Öztürk AB. Sosyal hizmet etiğinde farklı yaklaşımlar. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2009; 20(1): 105-115.

Parkerson GR, Connis RT, Broadhead WE, Patrick DL, Taylor TR, Tse C-KJ. Disease-specific versus generic measurement of health-related quality of life in insulin-dependent diabetic patients. Medical Care. 1993; 31(7): 629-639.

Plotkin S, Gerber JS, Offit PA. Vaccines and autism: a tale of shifting hypotheses. Clinical Infectious Diseases. 2009; 48(4): 456-461.

Rakowski W, Ehrich B, Goldstein MG, Rimer BK, Pearlman DN, Clark MA, Velicer WF, Woolverton III H. Increasing mammography among women aged 40–74 by use of a stage-matched, tailored intervention. Preventive Medicine. 1998; 27(5): 748-756.

Rogers RW. A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. The Journal of Psychology. 1975; 91(1): 93-114.

Rothstein MA. Rethinking the meaning of public health. The Journal of Law, Medicine & Ethics. 2002; 30(2): 144-149.

Ruth BJ, Wyatt J, Chiasson E, Geron SM, Bachman S. Teaching notes: social work and public health: comparing graduates from a dual-degree program. Journal of Social Work Education. 2006; 42(2): 429-439.

Sable MR, Schild DR, Hipp JA. Public health and social work. İçinde: Gehlert S, Browne T, (eds.). Handbook of Health Social Work. 2. basım. John Wiley & Sons: United States of America; 2011.

Sağlam M, Aral N. Boşanma sürecinde olan ailelerdeki çocukların aile algılarının resimler aracılığı ile incelenmesi. İçinde: Gülan A, Şirin M R, Şirin M C, (eds.). 1 Çocuk Hakları Kongresi Yetişkin Bildirileri Kitabı. 1. basım. Çocuk Vakfı Yayınları: İstanbul; 2011.

Saleebey D. The strengths perspective in social work practice: extensions and cautions. Social Work. 1996; 41(3): 296-305.

Sargutan AE. Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. 2005; 8(3): 400-428.

Sarı T, Temoçin F, Köse H. Sağlık çalışanlarının influenza aşısına yaklaşımları. Klimik Dergisi. 2017; 30(2): 59-63.

Sert S. Farklı çocuğun anne-babası olmak. Sapiens Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Dergisi. 2006; 2(4): 57-61.

Sheafor BW, Horejsi CW. Sosyal Hizmet Uygulaması Temel Teknikler ve İlkeler. 2. basım. Nika Yayınevi: Ankara; 2012.

Sis Çelik A, Çapık A, Engin R. Erzurum' da gebelik ve doğum sonu dönemde yapılan geleneksel uygulamaların belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012; 15(4): 262-267.

Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, Kondilis B, Stoffels V, Osborne RH, Brand H. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC Public Health. 2013; 13(1): 948-958.

Soysal A. Aşı karşıtlığı. Madde, Diyalektik ve Toplum. 2018; 1(3): 263-271.

Suriadi C, Jovanovska M, Quinlivan JA. Factors affecting mothers' knowledge of genetic screening. Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology. 2004; 44(1): 30-34.

Swanson JT, France FL, Grimm KCT, Harbaugh N, Herr T, Jakubec J, Lieberthal AS, Yasuda K. Use of photoscreening for children's vision screening. American Academy of Pediatrics. 2002; 109(3): 524-525.

Şahin Ç. Problem çözme becerisinin temel felsefesi. Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Dergisi. 2004; (10): 160-171.

Tabak RS. Sağlık Eğitimi. 1. basım. Somgür Yayıncılık: Ankara; 2000.

Tanyaçın T. Yenidoğanlarda biyokimyasal tarama testleri. Türk Biyokimya Dergisi. 2002; 27(2): 69-78.

Taşar MA, Potur ED, Kara N, Bostancı İ, Dallar Y. Düşük gelir düzeyine sahip ailelerin çocuklarına tamamlayıcı veya alternatif tıp uygulamaları: Ankara hastanesi verileri. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 2011; 5(2): 81-88.

Taylor S, Khan M, Muhammad A, Akpala O, van Strien M, Morry C, Feek W, Ogden E. Understanding vaccine hesitancy in polio eradication in northern Nigeria. Vaccine. 2017; 35(47): 6438-6443.

Tengilimoğlu E, Parıltı N, Yar CE. Hastane ve hekim seçiminde sosyal medyanın kullanım düzeyi: Ankara ili örneği. Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 2015; 17(2): 76-96.

Tetik S, Açıkgöz A. Duygusal zeka düzeyinin problem çözme becerisi üzerindeki etkisi: meslek yüksekokulu öğrencileri üzerine bir uygulama. Ejevoc (Electronic Journal of Vocational Colleges). 2013; 3(4): 87-97.

Tomanbay İ. Ana Çocuk Sağlığında Sosyal Boyut. 1. basım. Doruk Yayıncılık: Ankara; 1992.

Tomanbay İ. Sosyal Çalışma Sözlüğü. 1. basım. Selvi Yayınevi: Ankara; 1999.

Tonniges T, Haas D. Health response. İçinde: Bishop K K, Taylor M S, Arango P, (eds.). Partnerships at Work: Lessons Learned from Programs and Practices of Families, Professionals and Communities. 2. basım. Eric: Burlington; 1997.

Topuzoğlu A, Ay P, Hidiroğlu S, Gurbuz Y. The barriers against childhood immunizations: a qualitative research among socio-economically disadvantaged mothers. European Journal of Public Health. 2006; 17(4): 348-352.

Tosun HB, Bulut M, Karakurt L, Belhan O, Serbest S. Gelişimsel kalça displazisi taraması için yapılan kalça ultrasonografisi sonuçlarının değerlendirilmesi. Fırat Tıp Dergisi. 2010; 15(4): 178-183.

Tufan B, Sayar ÖÖ, Koçyıldırım G. Sosyal bir hak olarak sosyal hizmet. İçinde: Mütevellioğlu N, Zambak M, Belek İ, Balseven H, Okumuş Ö, Camcı C, Candaş U, (eds.). Uluslararası Sosyal Haklar Sempozyumu Bildiriler- Antalya. 1. basım. Belediye-İş Sendikası Yayını: Ankara; 2009.

Tural Büyük E. Annelerin bebeklerine yapılan topuk kanı alma işlemi hakkındaki bilgileri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 3(3): 883-891.

Turan N. Sosyal Kişisel Çalışma Birey ve Aile İçin Sosyal Hizmet. 3. basım. Aydınlar Matbaacılık: Ankara; 2009.

Türkdoğan O. Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. 1. basım. Türk Dünyası Araştırmaları: Ankara; 2000.

Türkeri F. Yetişkin Eğitimi, Sağlık Davranış Modelleri ve Sağlığı Geliştirme Kavramları Arasındaki İlişkilerin Tanımlanması. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Dönem Projesi (Danışman: Doç. Dr. N. Atak). Ankara, 2006.

Türkmen B. Cumhuriyet Döneminde Sosyal Hizmetler ve Sosyal Hizmet Müesseseleri. Ankara Üniversitesi Türk İnkılâp Tarihi Enstitüsü, Doktora Tezi (Danışman: Prof. Dr. K. Y. Koprman). Ankara, 1987.

Türkmen B. Sosyal risk altındaki çocuklar, gençler ve yaşlılar. Kastamonu Eğitim Dergisi. 2005; 13(1): 11-22.

Uğurlu T. Mevlana'nın ölümsüzlüğünün sırrı (şems ile ilişkisi). Tarih Kültür ve Sanat Araştırmaları Dergisi. 2016; 5(1): 102-110.

Urhan VF. Türkiye' de yerel yönetimlerin yeniden yapılandırılması. Sayıştay Dergisi. 2008; (70): 85-102.

Üstü Y, Uğurlu M. Ulusal erken tanı ve tarama programı: Kistik fibrozis. Ankara Medical Journal. 2016; 16(2): 239-241.

Üstünsoy Çobanoğlu ZS, Aker T, Çobanoğlu N. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluğu olan hastalarda tedaviye uyum sorunları. Düşünen Adam. 2003; 16(4): 211-218.

Vural BA, Bat M. Yeni bir iletişim ortamı olarak sosyal medya: Ege Üniversitesi İletişim Fakültesine yönelik bir araştırma. Journal of Yasar University. 2010; 20(5): 3348-3382.

Weiner B. Reflections on the history of attribution theory and research: People, personalities, publications, problems. Social Psychology. 2008; 39(3): 151-156.

Weinstein ND. Reducing unrealistic optimism about illness susceptibility. Health Psychology. 1983; 2(1): 11-20.

Weinstein ND, Rothman AJ, Sutton SR. Stage theories of health behavior: Conceptual and methodological issues. Health Psychology. 1998; 17(3): 290-299.

Wilkinson DS, Rounds KA, Copeland VC. Infusing public health content into foundation and advanced social work courses. Journal of Teaching in Social Work. 2002; 22(3-4): 139-154.

Winslow C-E. The untilled fields of public health. Science 1920; 51(1306): 23-33.

Yağcı Mİ, Duman T. Hizmet kalitesi-müşteri memnuniyeti ilişkisinin hastane türlerine göre karşılaştırılması: Devlet, özel ve üniversite hastaneleri uygulaması. Doğu Üniversitesi Dergisi. 2006; 7(2): 218-238.

Yapıcı Ş. Türk toplumunda aile ve eğitim ilişkisi. Turkish Studies. 2010; 5(4): 1544-1570.

Yaşar Ekici F. Türk aile yapısının değişim ve dönüşümü ve bu değişim ve dönüşüme etki eden unsurların değerlendirilmesi. International Journal of Social Science. 2014; (30): 209-224.

Yaşar Ö. Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Bunu Etkileyen Faktörler. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. F. Kır Şahin). Afyon, 2006.

Yazgan M. Sağlık İşletmelerinde, Hizmet Kalitesinin Sağlık Hizmeti Sunan ve Sağlık Hizmeti Alan Taraflarca Değerlendirilmesi. Dokuz Eylöl Üniwersitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi (Danışman: Yrd. Doç. Dr. B. Taylan). İzmir, 2009.

Yüksel H. İnternet gazeteciliğinde bilgi kirliliği sorunu. Atatürk İletişim Dergisi. 2014; (6): 125-138.

Zastrow C, Ashman KK. Understanding Human Behavior and the Social Environment 7. basım. Nelson-Hall Publishers: Chicago; 1997.

Zerenler M, Öğüt A. Sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesi ve hastane tercih nedenleri araştırması: Konya örneği. Selçuk Üniwersitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. 2007; (18): 501-519.



EKLER

Ek 1. Görüşme Formu

GÖRÜŞME FORMU

Kaç yaşındasınız?	
Evli misiniz?	
Eşinizle aranızda kaç yaş fark var?	
Evlendiğinizde kaç yaşındaydınız?	
Akraba Evliliği	a) Var b) Yok
Kaç çocuğunuz var?	
Kalıtsal Hastalık Öyküsü	a) Var b) Yok
Çalışıyor musunuz? Daha önce çalıştınız mı?	
Sosyal güvenceniz var mı?	
Aylık geliriniz ortalama ne kadardır?	
Ailenizden maddi destek alıyor musunuz?	
Sizce sağlık hizmeti alımında maddi durumun önemi nedir?	
Aylık sağlık giderleriniz ortalama ne kadardır?	
Kaymakamlıktan ya da belediyeden ayni ya da nakdi yardım alıyor musunuz?	
1. Gebelik süresince nereden sağlık hizmeti aldınız?	
2. Gebelik dönemindeki tarama testlerini	

yaptırdınız mı?	
3. Doğumunuz normal doğum mu, sezaryen doğum mu? Nasıl karar verdiniz?	
4. Gebe kalmayı istemiş miydiniz? Neden çocuk sahibi olmayı istediniz/istemediniz?	
5. Eşiniz de çocuk sahibi olmayı istiyor muydu?	
6. Bebeğiniz doğmadan önce eşya için en çok kim özendi? Kim hazırladı?	
7. Bebeğinizin bakımına yardımcı olan var mı? Kimler? Zorlanıyor musunuz?	
8. Çocuğunuz hastalandığında ilk olarak ne yapıyorsunuz?	
9. Çocuğunuz doktoru götürmeye nasıl karar veriyorsunuz?	
10. Size en yakın sağlık kurumu nerede? Hiç gittiniz mi? Yalnız gittiniz mi? Ne sebeple gittiniz?	
11. Doğumu ne zaman nerede yaptınız? Neden orayı tercih ettiniz?	a) Sağlık Kurumunda b) Sağlık Kurumu Dışında
Sağlık Kurumunda ise,	
11.1.Hekimi siz mi seçtiniz? Nasıl karar verdiniz?	
12. Bebeğiniz doğduğunda hastanede topuk kanı örneği alındı mı?	a) Evet b) Hayır
Evet ise,	
12.1. İşlem zor oldu mu?	
Bilmiyorum ya da hayır ise,	
12.2.Bu işlemin yapılması gerektiğini biliyor muydunuz?	
Hastanede doğum yapmadı ise,	
11.2.Aile Hekiminiz bebeğinizden topuk kanı alınması için sizi çağırdı mı?	a) Evet b) Hayır
Evet ise;	
11.2.1. Aile Hekiminiz çağırdığı halde neden gitmediniz?	
13. Bebeklerden neden topuk kanı alınıyor?	
14. Topuk kanı alınarak Hipotriodi, Biotinidaz Eksikliği, Kistik Fibrozis, Fenilketonüri hastalıklarının bebeğinizde olup olmadığı tespit ediliyor. Bu hastalıkları daha önce duydunuz mu?	

15. Aile Hekiminiz bebeğinizin duyma, görme, kalça displazisi gibi muayeneleri için sizi çağırdı mı? Yönlendirdi mi?	a) Evet b) Hayır
16. Bebeğinizin duyma, görme, kalça displazisi için muayene götürdünüz mü?	a) Evet b) Hayır
Hayır ise;	
16.1. Neden bebeğinizi götüremediniz?	
17. Bebeğini kontrollerini yaptırmak için sürekli doktora götüren tanıdıklarınız var mı?	a) Var b) Yok
Var ise;	
17.1.Sık mı götürüyorlar, neden?	
18. Ulusal Yenidoğan Tarama Programındaki hastalıklar nasıl tedavi ediliyor? Hiç çevrenizde gördünüz mü, duydunuz mu?	
19. Bebeğiniz doğmadan önce ve doğduktan sonra daha sağlıklı büyümesi için neler yapmanız gerektiğini araştırdınız mı? Nereden araştırdınız?	
20. Bebeğinizin kontrollerinin yasal zorunluluk haline getirilmesi yani yaptırmadığınız takdirde size ceza uygulansa ne düşünürdünüz? İyi mi olur kötü mü sizce?	

Ek 2. Gözlem ve Değerlendirme Formu

GÖZLEM VE DEĞERLENDİRME FORMU

Görüşme Tarihi	
Görüşmeyi Yapan	
Cinsiyet	
Görüşmeye başlama saati	
Görüşmenin bittiği saat	
Ekonomik göstergeler	Beyaz eşyalar Takılar Ev sahipliği Temizlik, hijyen Beslenme
Aile tipi	a) Çekirdek Aile b) Geniş Aile c) Parçalanmış Aile d) Tek Ebeveynli Aile
Tarama testleri ile ilgili önyargı *	a) Var b) Yok
Doktor önerilerine uyma **	a) Var b) Yok
Bebekle kurduğu duygusal bağ ***	a) Var b) Yok
Sağlık bilgisi düzeyi ****	a) Düşük b) Orta c) Yüksek
Taranan hastalıklar ile ilgili bilgi düzeyi *****	a) Düşük b) Orta c) Yüksek
Sağlık bilgisine ulaşma *****	a) Yakın çevre b) Sağlık kurumu c) Sağlık profesyonelleri d) Medya
Farkındalık düzeyi *****	a) Düşük b) Orta

c) Yüksek

- *Görüşme Formundaki 2. /12. /16. sorulardan tespit edilen gözlem
- ** Görüşme Formundaki 3. /11. /15. sorulardan tespit edilen gözlem
- *** Görüşme Formundaki 4. /6. /7. sorulardan tespit edilen gözlem
- **** Görüşme Formundaki 8. /10. /11. /19. sorulardan tespit edilen gözlem
- *****Görüşme Formundaki 12./ 13./ 14./ 15/. 18. sorulardan tespit edilen gözlem
- ***** Görüşme Formundaki 15/. 18. /19. sorulardan tespit edilen gözlem
- ***** Görüşme Formundaki sorulardan tespit edilen gözlem

Ek 3. Enstitü Yönetim Kurulu Kararı



T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÖNETİM KURULU KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
16.11.2017	45	24

Karar 11- Sosyal Hizmet Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi, 161358002 numaralı Rukiye Duygu KURT'un tez konusunun etik kurul onayı alınması kaydı ile "Yenidoğan Tarama Programını Reddeden Ailelerin Tarama Programlarına İlişkin, Bilgi, Tutum ve Davranışları İle Ret Nedenlerinin Betimlenmesi" olarak belirlenmesine **OY BİRLİĞİ** ile karar verildi.

e-imzalıdır Prof. Dr. Ayşe AKTAŞ Enstitü Müdürü	e-imzalıdır Prof. Dr. Necip KUTLU Üye
e-imzalıdır Doç. Dr. Elgin TÜRKÖZ ULUER Müdür Yardımcısı	e-imzalıdır Doç. Dr. Murat TAŞ Üye
Katılmadı Prof. Dr. Sezgi ÇINAR PAKYÜZ Üye	e-imzalıdır Prof. Dr. Necip KUTLU Enstitü Sekreteri V. Raportör

Aşlı Gibidir
05/02/2018

Aynur PALAMUTCUOĞLU
Enstitü Sekreteri



Ek 4. Etik Kurul Onayı



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
SBÜ İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Toplantı No : 1
Tarih : 10 Ocak 2018
Karar No : 43

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Çocuk Ergen Kadın Üreme Sağlığı Birimi Sosyal Hizmet Uzmanı Rukiye Duygu KURT 'un Yüksek Lisans Tezi olarak yapılması planlanan "Yenidoğan Tarama Programını Reddeden Ailelerin Tarama Programlarına İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları ile Ret Nedenlerin Betimlenmesi" konulu araştırmaya ait dosya görüşülmüş çalışmanın gerekçe, yöntem ve etik açıdan uygun olduğuna, Sosyal Hizmet uzmanı Rukiye Duygu KURT sorumluluğunda yürütülmesine oy birliği ile karar verilmiştir.

BAŞKAN : Doç. Dr. Şükran KÖSE

ÜYELER: Doç. Dr. Cüneyt Eftal TANER

Doç. Dr. Süheyla SERİN SENER

Doç. Dr. Ahmet KAYA

Doç. Dr. Figen TOKUÇOĞLU

Doç. Dr. Tolga KANDOĞAN

Doç. Dr. Özgür ÖZTEKİN

Doç. Dr. Emel Ebru PALA

Uzm. Dr. Ahenk PAKSOY

Doç. Dr. Can ÖZTÜRK

Yrd. Doç. Dr. İ. Eren AKÇİÇEK

Emekli Subay Atıf Can ÖKTEN

Avukat Murat BAŞKIRT

İzmir Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yerel Etik Kurulu Yenişehir / İZMİR
Telefon: 0 232 4696969 / 6128

Ek 5. Kurum İzni



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR İLİ BULAŞICI
OLMAYAN HASTALIKLAR VE KRONİK DURUMLAR
BİRİMİ SAĞLIKLI BESLENME VE HAREKETLİ HAYAT
BİRİMİ
12/02/2018 14:29 - 77597247 - 604.02 - E.39
00062378883

Sayı : 77597247-604.02
Konu : Doç. Dr. Hakan BAYDUR'un
Araştırma İzni (Rukiye Duygu KURT)

ÇOCUK, ERGEN, KADIN ve ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ BİRİMİ

İlgi : RUKİYE DUYGU KURT'ın 06/02/2018 tarihli başvuru

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölümü Öğretim Üyesi Doç. Dr. Hakan BAYDUR sorumluluğunda ve Müdürlüğümüz Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Hizmetleri Biriminde görev yapan Sosyal Çalışmacı Rukiye Duygu KURT tarafından yapılmak istenen **"Yenidoğan Tarama Programını Reddeden Ailelerin Tarama Programlarına İlişkin Bilgi, Tutum ve Davranışları İle Ret Nedenlerinin Betimlenmesi"** konulu araştırma ile ilgili başvuru evrakları İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı bünyesinde oluşturulan Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılmak İstenen Çalışmaları Değerlendirme Komisyonu tarafından incelenmiş olup komisyon tarafından yapılan değerlendirmede;

"Birinci basamak sağlık hizmetleri alanında yapılacak olan tüm araştırmalarda Tıbbi Deontoloji Tüzüğüne ve Hasta Hakları Yönetmeliğine uyulması gerekmektedir. Ayrıca, 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nin 31 inci maddesi, 5 inci fıkrasında belirtilen "Aile hekimleri, bakmakla yükümlü olduğu vatandaşlara ait, bilgi sisteminde tuttuğu tüm verilerin ilgili mevzuatı çerçevesinde gizliliğini, bütünlüğünü, güvenliğini ve mahremiyetini sağlamakla yükümlüdür." hükmü ile 01/08/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmi Gazete' de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği'nin "Bilgilerin Gizli Tutulması" başlıklı 23 üncü maddesi 1 inci fıkrasında belirtilen "Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında hiçbir şekilde açıklanamaz" hükmüne istinaden, aile hekimlerine kayıtlı nüfusla ilgili veriler şahsın veya yasal vasisinin izni olmadan üçüncü kişilerle paylaşılamaz, hükümleri yer almaktadır."

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 123/11 sokak.Poligon Mahallesi Karabağlar

Bilgi için:Duygu UĞURLU

Faks No:

Unvan:TIBBİ SEKRETER

e-Posta:duygu.ugurlu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://www.ism.gov.tr (0 232) 248

Telefon No:0232 2483310

3310 - 1244 - 1249 bulasici.olmayan@saglik.gov.tr

Evrağın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden d99dfa69-35e4-4663-8f32-5831a13871a kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

"Bu değerlendirmeler doğrultusunda yukarıda yer alan ilkelere bağlı kalmak koşuluyla araştırma izin talebi uygun bulunmuştur" denilmektedir. Çalışma tamamlandığında sonuçlarını içeren bir rapor örneğinin Kurumumuza gönderilmesi gerekmektedir. Talep sahibine durumun bildirilmesi hususunda,

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Hakan BAYRAKCI
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanı

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü 123/11 sokak.Poligon Mahallesi Karabağlar

Bilgi için:Duygu UğURLU

Faks No:

Unvan:TIBBI SEKRETER

e-Posta:duygu.ugurlu@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://www.ism.gov.tr (0 232) 248
3310 - 1244 - 1249 bulasici.olmayan@saglik.gov.tr

Telefon No:0232 2483310

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden d99dfa69-35e4-4663-8f32-5831a138f71a kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Ek 6. Özgeçmiş

Adı	Rukiye Duygu	Soyadı	KURT
Doğum Yeri	Posof	Doğum Tarihi	23.09.1989
Uyruğu	TC	Tel	50507120848
E-Mail	shuduygu.89@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mezuniyet Yılı
Lisans	Hacettepe Üniversitesi	2013
Lise	Hulusi Uçaçelik Anadolu Lisesi	2007

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (Yıl – Yıl)
Sosyal Hizmet Uzmanı	Düzce Halk Sağlığı Müdürlüğü	2013-2015
Sosyal Hizmet Uzmanı	İzmir İl Sağlık Müdürlüğü	2015-2019

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*
İngilizce	Orta	-	Orta

Sayısal	Eşit Ağırlık	Sözel
	ALES Puanı	71

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma Becerisi
Office	Orta

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirilmiştir.

Ek 7. Benzerlik Raporu Bildirimi


T.C.
MANİSA CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU
SOSYAL HİZMET ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

Tez Adı: **YENİDOĞAN TARAMA PROGRAMINI REDDEDEN AİLELERİN TARAMA PROGRAMLARINA İLİŞKİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARI İLE RET NEDENLERİNİN BETİMLENMESİ**

Tezime ilişkin 17/05/2019 tarihinde yapılan Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezin benzerlik oranı % 6'dır.

Belirtilen azami benzerlik oranlarına göre tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih ve İmza
17.05.2019



Adı Soyadı :Rukiye Duygu KURT
Öğrenci No :161358002
Anabilim Dalı :Sosyal Hizmet Anabilim Dalı
Programı :Yüksek Lisans

DANIŞMAN ONAYI
UYGUNDUR
(Doç. Dr. Hakan BAYINDUR)

Açıklamalar

- 1-Tez Çalışması Orijinallik Raporu (TÇOR), TURNITIN İntihal Tespit Programı kullanımı için kişisel hesap alma hakkı bulunan tez danışmanları, Enstitülerde görevlendirilen personeller, Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı'nda görevlendirilen kütüphaneciler tarafından alınır.
- 2-Sayfa sayısı 400'den az olan tezler için tez savunmasından önce ve başarılı olması durumunda düzeltmelerden sonra olmak üzere 2 kez TÇOR alınır.(400 sayfadan fazla olan tezler 400 ve katları şeklinde bölünerek Turnitin veri tabanına yüklenmesi gerekmektedir. Bu gibi durumlarda benzerlik oranının hesaplanmasına ilişkin detaylı forma, kütüphane web sayfasında bulunan Turnitin kullanım kılavuzlarının altından erişilebilir.)
- 3-TÇOR, tezin yalnızca Kapak Sayfası, Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç bölümlerinden oluşan kısmının tek bir dosya olarak intihal tespit programına yüklenmesi ile alınır.
Programa yükleme yapılırken Dosya Başlığı (documenttitle) olarak tez başlığının tamamı, Yazar Adı (author'sfirst name) olarak öğrencinin adı, Yazar Soyadı (author'slast name) olarak öğrencinin soyadı bilgisi yazılır.
- 4- TURNITIN İntihal tespit programına yüklenen dosyanın sürecekleme sürecinde, ilgili programdaki filtreleme seçenekleri aşağıdaki şekilde ayarlanır: -Kaynakça hariç, - Alıntılar hariç, - 5 kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç (Limit match size to 5 words)
- 5-**Isteğe bağlı ayarlar kısmından; "Ödevleri suraya gönder?" seçeneği mutlaka DEPO YOK şeklinde işaretlenmesi gerekmektedir;** aksi durumda aynı tezin ikinci kez yüklenmesi durumunda benzerlik %100 çıkacaktır ve depodan tezi silmek çok uzun süreç gerektirecektir.
- 6- Raporlama işlemi tamamlandıktan sonra, kaydedilmiş olan ekranın görüntüsünü sağ üst köşesinde yüzdelik sayı olarak belirtilen "benzerlik oranı," raporlamaya tabi tutulmuş olan dosyanın "toplam sayfa sayısı" ve raporlama işleminin yapıldığı "tarih" bilgisi, "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu" formuna işlenir.
- 7- **Benzerlik oranında tüm sorumluluk öğrenciye aittir.**
- 8-Tez savunma sınavı sonrasında başarılı bulunan öğrenci, tez savunma sınavı tarihi sonrasında tezde yapılmış muhtemel değişiklikleri içeren dosya kullanılarak alınmış ikinci bir intihal raporundaki bilgiler kullanılarak hazırlanmış ve tez danışmanı tarafından onaylanarak imzalanmış ikinci bir "Yüksek Lisans/Doktora Tez Çalışması Orijinallik Raporu"nu Enstitüye teslim etmekle yükümlüdür.
- 9-Turnitin Hakkında Bilgiler: <http://kutuphane.cbu.edu.tr/turnitin.9370.tr.html>