



Yeni Başlangıçlara Hazır mıyız? Bir Üniversitenin 60 Yaş Üzeri Akademik ve İdari Personelinin Emeklilik ile İlgili Algı ve Görüşleri: Betimsel Bir Araştırma	39
Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Genetik Hastalık ve Genetik Danışmanlık Bilgi Durumları	50
Cinsel Saldırı Sonucunda Gebe Kalan Olguların Değerlendirilmesi	60
Yaşlıya Evde Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün Değerlendirildiği Bir Araştırma	65
Hafif Raylı Sistem ve Metro Olanakları Açısından Yeti Yitimi Olan Bireyler İçin Çevre Düzenlemeleri: Mevcut Standartlar Üzerinden Öneriler	73



Yayın Yönetmenleri

Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yardımcı Yayın Yönetmenleri

Dr. Aylin Sena Beliner

Doç. Dr. Aysun B. Odabaşı

Bilimsel Danışma Kurulu

Acil Tıp

Dr. Bülent Erbil

Adli Tıp

Prof. Dr. Hamit Hancı

Prof. Dr. Ümit Biçer

Aile Hekimliği

Dr. Mehmet Özen

Çocuk Cerrahisi

Prof. Dr. Onur Özen

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)

Dr. Ali Süha Çalikoğlu (Endokrin)

Prof. Dr. Şükrü Hatun (Endokrin)

Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)

Prof. Dr. Serdar Kula (Kardiyoloji)

Prof. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)

Prof. Dr. S. Songül Yalçın (Sosyal Pediatri)

Dr. Adnan Yüce

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Bahar Gökler

Yrd. Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

Deri Hastalıkları

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

Tıp Tarihi ve Etik

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Genel Pratisyenlik

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Yılmaz Yıldız

Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Kalaça

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Murat Akova (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Önder Ergönül (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)

Prof. Dr. Serhat Ünal (Enfeksiyon)

Kadın Hastalıkları ve Doğum

Doç. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji

Prof. Dr. Özden Şener

Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Eğitimi

Doç. Dr. Melih Elçin

Tıp Hukuku

Av. Mustafa Güler

Araştırma/Research

Yeni Başlangıçlara Hazır mıyız?

Bir Üniversitenin 60 Yaş Üzeri Akademik ve İdari Personelinin Emeklilik ile İlgili Algı ve Görüşleri: Betimsel Bir Araştırma 39

Dr. Banu Cangöz, Dr. Yeşim Gökçe Kutsal, Dr. Fethiye Erdil, Dr. Neslişah Rakıcioğlu, Dr. Terken Baydar, Dr. Nur Hersek, Dr. Murat Özbek, Dr. Nazmi Bilir, Dr. Müberra Babaoğlu, Dr. Seval Güven, Dr. Özlem Erden Aki, Dr. Murat Caner Testik

Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Genetik Hastalık ve Genetik Danışmanlık Bilgi Durumları 50

Dr. Nesrin Turaçlar, Dr. Kamile Altuntuğ, Emel Ege

Cinsel Saldırı Sonucunda Gebe Kalan Olguların Değerlendirilmesi 60

Dr. Mehmet Cavlak, Dr. Aysun Balseven Odabaşı, Dr. Ramazan Akçan, Dr. Ali Rıza Tümer, Dr. Özge Gülmez, Dr. Eda Yılmaz

Yaşlıya Evde Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün Değerlendirildiği Bir Araştırma 65

Dr. Ayşe Gürol, Dr. Cantürk Çapık

Derleme/Review Article

Hafif Raylı Sistem ve Metro Olanakları Açısından Yeti Yitimi Olan Bireyler İçin Çevre Düzenlemeleri: Mevcut Standartlar Üzerinden Öneriler 73

Şule Gül, Atike Burçin Tefon, Engin Demirayak, Emmanuel Awambeng Mongu, Dr. Neslihan Çetinel, Dr. Dilek Aslan

Kapak Fotoğrafı:
"İstanbul'da Tarım"

Ahmet Aybaş

TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2013

Başarı Ödülü

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Özdemir Aktan

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

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

Basım Tarihi: 23 Mayıs 2014

STED, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini içinde yer almaktadır.

Basım Yeri: Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.
Tel: 0 312 397 16 17 / Adres: Macun Mah. Anadolu Bulvarı
Mesa Plaza No: 5/15
Gimat-Yenimahalle / AnkaraVergi Dairesi: Ostim Vergi Dairesi No: 144 005 6234 -
Ticaret Sicil No: 131/133



Merhaba,

Dr. Banu Cangöz ve arkadaşlarının "Yeni Başlangıçlara Hazır mıyız? Bir Üniversitenin 60 Yaş Üzeri Akademik ve İdari Personelinin Emeklilik ile İlgili Algı ve Görüşleri: Betimsel Bir Araştırma" isimli araştırmalarında Hacettepe Üniversitesi özelinde 60 yaş üzerinde ve halen görev yapmakta olan akademik ve idari personelin emekliliğe hazırlık konusundaki algı, tutum, duygu, düşünce ve yaklaşımlarını belirlemek ve bu süreci tıbbi, psikolojik ve sosyal açıdan çok boyutlu ve betimsel olarak incelemek amaçlanmıştır.

Katılımcıların çoğu bir emeklilik sürecine hazırlık programı olması halinde bunun emeklilikten 1-3 yıl önce başlaması gerektiğini düşünmekte ve emeklilikle ilgili mevcut hizmetleri büyük ölçüde yetersiz bulmaktadırlar.

Dr. Nesrin Turaçlar ve arkadaşları "Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Genetik Hastalık ve Genetik Danışmanlık Bilgi Durumları" isimli araştırmalarında ebelik ve hemşirelik

öğrencilerinin genetik hastalık ve genetik danışmanlık bilgi durumlarını incelemeyi amaçlamışlar.

Araştırmacılar genetik hastalıklar, önlem programları ve son günlerde önemi ve sayısı giderek artan genetik testleri ile ilgili bilgilerin ebelik ve hemşirelik bölümü dersleri içerisine konmasını, okullarda bu konuda konferans ve seminerlerin verilmesini önermektedirler.

Dr. Mehmet Cavlak ve arkadaşları "Cinsel Saldırı Sonucunda Gebe Kalan Olguların Değerlendirilmesi" isimli araştırmalarında cinsel saldırı sonucunda gebe kalan olguların özelliklerinin değerlendirilmesini amaçlamışlar. Araştırmacılar cinsel saldırı olgularında gebeliğe karşı önlem almak için acil kontrasepsiyon ve gebelik olması durumunda erken dönemde kürtajı önermektedirler.

Dr. Ayşe Gürol ve Dr. Cantürk Çapık "Yaşlıya Evde Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün Değerlendirildiği Bir Araştırma" isimli araştırmalarında yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumlarını belirlemek, bu yaşlı bireylere bakım verenlerin bakım verme yüklerini saptamayı amaçlamışlar. Araştırmacılar yaşlı bireylere bakım vermenin çeşitli sağlık problemi olan hastalara bakım vermek kadar zor olabileceğini, yaşlının bağımlılık düzeyi arttıkça, günlük yaşam aktivitelerinin kötüleştiğini ve bakım vericilerin bakım yükünde anlamlı derecede artış olduğunu saptamışlar.

Dr. Şule Gül ve arkadaşları "Hafif Raylı Sistem ve Metro Olanakları Açısından Yeti Yitimi Olan Bireyler İçin Çevre Düzenlemeleri: Mevcut Standartlar Üzerinden Öneriler" isimli çalışmalarında, özürlelikle ilgili kavramsal çerçevenin çizilmesinin yanı sıra özürle bireylerin yaşadıkları genel sağlık sorunları, çevresel düzenlemelerin gereği konusundaki dayanaklar, konuya ilişkin yapılan kimi çalışmaların sonuçları, HRS ve Metro sistemleri için standart değerlendirme başlıkları ve geleceğe dair önerilere yer vermişler.

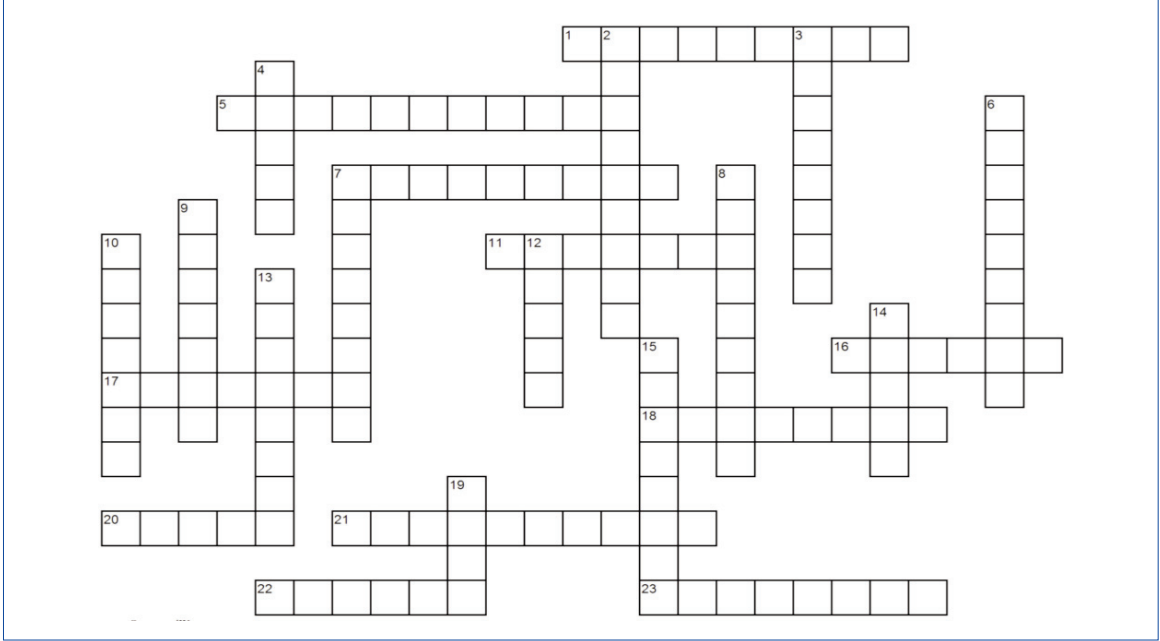
Bilimsel ve dostça ...



Fotoğraf: "Buz Tutmuş Eymir" Dr. Müge Yemişçi Özkan
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2013- Sergil Ödülü



Bulmacamızda yer alan soruları bu sayımızdaki yazılardan seçtik. Doğru olarak yanıtlayıp Dergi'nin postalanma tarihinden sonraki bir ay içinde bize gönderen okuyucularımıza **2 TTB- STE Kredi Puanı** veriyoruz. Ayrıca beş kişiye Türk Tabipleri Birliği'nin hazırladığı "**Aile Hekimliği Birinci Basamak Sağlık Ortamını Nasıl Dönüştürdü**" kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Mayıs - Haziran 2014** sayımızda yayımlayacağız.



1. Sağlık alanında bir noksanlık ya da sakatlık sonucunda, belirli bir kişide oluşan ve o kişinin yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel durumuna göre normal sayılabilecek faaliyette bulunma yeteneğini önleyen ve sınırlayan dezavantajlı bir durum. **2.** Uzun süreli bakım verme süreci sonrasında bakım verenlerde karşılaşılabilen sağlık sorunlarından biri. **3.** Bireyin fiziksel görünüm, güç, rol ve bulunduğu konum açısından kayba uğradığı, yeti yitimleri ve fiziksel hastalıkların artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği bir dönem. **4.** Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Uygulama ve Araştırma Merkezi. **5.** Noksanlık (impairment). **6.** Türkiye İstatistik Kurumu'na göre Türkiye'de en sık olarak görülen yeti yitimi. **7.** Genetik hastalıklar açısından bir risk etmeni. **7.** (YA) Özellikle 75 yaş ve üzerindeki yaşlılarda sorun yaşanan günlük yaşam aktivitelerinin biri. **8.** Yaşlı popülasyonu olumsuz etkileyen faktörlerden biri. **9.** Temel bir insan hakkı olan ulaşılabilirlikle insanların içinde yer alabilecekleri etkinliklerden biri. **10.** Yeti yitimi olan bireylerde görülen ikincil sağlık sorunlarından biri. **11.** Cinsel saldırı mağdurlarının

karşılaştıkları durumlardan biri.

12. Yeti yitimi olan bireyler ile bunların çevreleri arasındaki bir ilişki sonucu, yani toplumsal faktörlerle ortaya çıkabilen durum.

13. Aktif çalışma yaşamının sonunda başlayan ve bazıları için bir amaç, beklenti, özgürlük tanımlanan emekliliğin, bazıları tarafından algılanış biçimi. **14.** Tüm bireylerin eşit haklarda kullanım hakkına sahip olduğu ortam. **15.** Emeklilik sürecindeki duygusal durumu etkileyen üç faktörden biri.

16. Ülkemizde yaşlıların ya ailesi ile yaşamakta ya da çok yakın coğrafi bir bölge içinde bulunma oranı. **17.** Emeklilikle birlikte sosyal hayat ve bilişsel işlevlerde meydana gelen olumlu değişim (well-being).

18. Türkiye İstatistik Kurumu'na göre Türkiye'de doğuştan gelen yeti yitimi oranı.

19. Zihinsel özürülü bireylerde görülen sağlık sorunlarından biri. **20.** Dünya'da herhangi bir yeti yitimine sahip birey yüzdesi.

21. Özürülük (disability). **22.** Genetik hastalıklar açısından risk oluşturan evlilik türü.

23. Engelliliğe yol açan, yapılı çevre içindeki kısıtlılıklardan biri.

Yeni Başlangıçlara Hazır mıyız? Bir Üniversitenin 60 Yaş Üzeri Akademik ve İdari Personelinin Emeklilik ile İlgili Algı ve Görüşleri; "Betimsel Bir Araştırma"*

Are We Ready for the New Beginnings? Retirement-Related Perceptions and Opinions of a University's Staff of over 60 Years; "A Descriptive Research"*

Araştırma



Research

*Dr. Banu Cangöz, Dr. Yeşim Gökçe Kutsal, Dr. Fethiye Erdil, Dr. Neslişah Rakıçoğlu, Dr. Terken Baydar, Dr. Nur Hersek, Dr. Murat Özbek, Dr. Nazmi Bilir, Dr. Müberra Babaoğlu, Dr. Seval Güven, Dr. Özlem Erden Aki, Dr. Murat Caner Testik***

Geliş tarihi : 28.02.2014

Kabul tarihi: 11.03.2014

Öz

Sosyal yaşlanma olarak tanımlanan; emeklilik süreci çok değişik kavramların bileşiminden oluşmakta bu nedenle karmaşık ve stresli bir yaşam dönemi olarak da tanımlanmaktadır. Yaşamın yaklaşık üçte birini emekli olarak geçirecek olan bireylerin, daha aktif mutlu bir emeklilik sürdürebilmesi açısından bu dönem için gerekli hazırlıkların önceden planlanması önem taşır.

Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi (GEBAM) tarafından yürütülen bu araştırmanın temel amacı; üniversite özelinde 60 yaş üzerinde ve halen görev yapmakta olan akademik ve idari personelin emekliliğe hazırlık konusundaki algı, tutum, duygu, düşünce ve yaklaşımlarını belirlemek ve bu süreci tıbbi, psikolojik ve sosyal açıdan çok boyutlu ve betimsel olarak incelemektir.

Yüz yüze görüşme yöntemi uygulanan araştırmanın sonuçlarına göre; emekliliğe hazırlık programının gerekliliğine inanılmaktadır. Katılımcıların çoğu bir emeklilik sürecine hazırlık programı olması halinde bunun emeklilikten 1-3 yıl önce başlaması gerektiğini düşünmekte ve emeklilikle ilgili mevcut hizmetleri büyük ölçüde yetersiz bulmaktadırlar. Katılımcılar tarafından en fazla emekliler için ikinci iş olanağının sağlanması, yerel yönetimlerce boş zamanları değerlendirmeye yönelik ücretsiz sosyal kulüplerin açılması gerektiği düşünülürken, bunu konut kredisi, hastanelerde geriatri birimleri açılması, emeklilere özel indirim uygulamaları, evde bakım hizmetlerinin verilmesi gibi çoklu hizmetlere gereksinim olduğunu düşünenler izlemektedir.

Araştırma sonuçlarının bir geçiş dönemi olan emeklilik sürecine ilişkin geleceğe yönelik bilimsel temelli öngöründe bulunmaya, yeni ve daha kapsamlı araştırmaların planlanmasına, uygun bilimsel çözüm önerilerinin üretilmesine ve özgün bir emekliliğe hazırlık programının geliştirilmesine katkı sunabileceği düşünülmektedir.

Anahtar sözcükler:Sosyal yaşlanma, Emeklilik, Yaşlı

Abstract

Retirement process which is also defined as social aging, consists of the combination of very different concepts and therefore is defined as a complex and stressful life period. For the individuals who spend approximately one third of their life span as retirees, it is important to make plans and sustain preparations for active and happy retirement.

The main purpose of this research conducted by Hacettepe University Research and Application Center of Geriatric Sciences (GEBAM) is to evaluate the perception, attitudes, feelings, thoughts and approaches of the academic and administrative staff over 60 years about the retirement period and to identify medical, psychological and social aspects in a multi-dimensional and descriptive manner.

The results of the face-to-face interview showed that; most of the individuals believed the necessity of the retirement programs. Regarding the programs, most of the participants thought that they should start 1-3 years before the retirement and the current retirement services were found to be considerably inadequate. Most of the participants thought that, retired people should have the chance to work in a second job and local government bodies should organize leisure time oriented free social clubs. Multi-service requirements, such as special discounts for mortgage, specific geriatric units in hospitals and home care services were also expected.

The result of this research is believed to process scientific based projections, to plan new and comprehensive researches, to create suitable scientific solutions and to develop original specific retirement programs.

Key words: Social ageing, Retirement, Elderly

*Bu araştırma,012D06101017 nolu proje kapsamında Hacettepe Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Birimi (BAB) tarafından desteklenmiştir.

**Hacettepe Ü. Geriatrik Bilimler Uygulama ve Araştırma Merkezi - GEBAM üyeleri

Giriş

İleri yaş popülasyonlarına yönelik sosyal destek sistemlerinin iyileştirilmesini hedef alan çalışmalar halen gelişmiş ülkelerde yoğunluk kazanmış gibi görünse de, giderek gelişmekte olan ülkeleri de kapsamaktadır (1).

Türkiye var olan kültürel birikimlerini ve geleneksel değerlerini koruyarak modern bir toplum oluşturma sürecini tamamlamaya çalışmaktadır. İleri yaş popülasyonunun temel gereksinimleri öncelikle gelir düzeyinin yükselmesi, sosyal entegrasyon ve refah düzeyinin artırılması olarak tanımlanabilir. Diğer önemli belirleyiciler arasında ise; kültürel, sosyal ve cinsiyet ayrımcılığı, gelenek ve görenekler, inanışlar, sağlık hizmetlerine ulaşım, çevresel faktörler yer almaktadır. Yaşlıların sağlık durumları tüm bu faktörler tarafından etkilenmektedir. Öncelikli bir risk grubunu oluşturan yaşlı popülasyonu son yıllarda olumsuz etkileyen faktörler olarak; küreselleşme, göçler, yoksulluk, şehirleşme, çevresel değişiklikler, insani değerlerdeki değişiklikler öne çıkmaktadır. Ülkemizde yaşayan her 10 yaşlının 7'si, ya ailesi ile yaşamakta, ya da çok yakın coğrafi bir bölge içinde bulunmaktadır, bu bağlamda yaşlı ve ailesinin ilişkilerinin korunuyor ve sürdürülüyor olması güçlü bir sosyal destek sayılabilir (2).

Sosyal yaşlanma olarak tanımlanan; emeklilik süreci çok değişik kavramların bileşiminden oluşmakta bu nedenle karmaşık ve stresli bir yaşam dönemi olarak da tanımlanmaktadır (3). Aktif çalışma yaşamının sonunda başlayan ve bazıları için bir amaç, beklenti, özgürlük ve bir anlamda mutlu son olarak tanımlanan emeklilik, bazıları tarafından da bir sonlanış olarak yorumlanabilmektedir (4). Emeklilik, sadece çalışma yaşamı ve işle ilgili etkinliklerden geri çekilme değil, aynı zamanda özgürlük, bağımsızlık, aile ve sosyal ilişkileri geliştirme gibi bireyin çalışma yaşamı boyunca ertelediği faaliyetlere daha aktif katılma süreci olarak da tanımlanabilir (5).

Yaşamın yaklaşık üçte birini emekli olarak geçirecek olan bireylerin, daha aktif mutlu bir emeklilik sürdürebilmesi açısından bu dönem için gerekli hazırlıkların önceden planlanması önem taşır (4). Bu dönemde bireyler yaşın ilerlemesi ile birlikte çoklu sağlık

sorunları yaşayabilmektedirler, oysa emeklilik sürecini aktif ve üretken yaşayabilmeleri için sağlığın korunması önceliklidir (6,7). Emeklilik hem psikolojik hem de fiziksel sağlıkla yakından ilişkilidir. Emeklilikle birlikte sosyal hayat ve bilişsel işlevlerde meydana gelen değişimin, iyi oluşu (well-being) ve psikolojik sağlığı etkilediği bilinmektedir. Yaş sosyal olarak davranışlarda bir kısıtlılığın göstergesi olarak görülmekte ve bireyin kapasitesi ile ilişkilendirilmekte, emeklilik de yaşa bağlı bir statü olduğundan, olumsuz duygusal etkilere yol açabilmektedir (8).

Emeklilik duygusal olarak bazı risklere yol açabildiği gibi, birtakım ödülleri de beraberinde getirmektedir (9). Çalışırken yaşantısı adeta kontrolü dışında dış faktörler tarafından yönetilen bireylerin, emekli olduklarında yaşantılarının planlaması kendi kontrollerine geçmektedir. Emeklilik aşamasında, kendi ilgilerine yönelik aktivite ve bilişsel faaliyetler ile bireyin kendisini mutlu etme fırsatı vardır. Ayrıca erkeklerde kariyer baskısının ortadan kalkması iyi oluş hissi yaratmakta ve kişinin yaşamındaki aktivitelerde rahatlamaya yol açarak özgürlük sağlamaktadır (6). Ancak emeklilik, duygusal olarak birtakım sıkıntıları da beraberinde getirebilmektedir. Öncelikle emeklilik süreci ekonomik olarak iyi bir planlamayı gerektirir ve bu durum kişilerde stres yaratabilir. Günlük yaşam ve kimlik özelliklerinin tanımlanmasında baskın bir unsur olan "iş" sahibi olma durumunun sonlanması, roller ve statü değişimini beraberinde getirerek karmaşaya yol açabilirken, öz yeterlilik ve kendilik algısı ile ilgili psikolojik sorunlara da yol açabilmektedir (10).

Emeklilik ile birlikte evliliklerde de sıkıntılar gözlenebilmektedir. Emeklilik, aile içindeki rollerin ve dengelerin bozulmasına yol açabilmekte; özellikle erkek emekli olurken kadının çalışma hayatına devam etmesi evlilik anlaşmazlıklarına yol açabilmektedir (11). Yapılan çalışmalar, emekliliğin ilk yıllarında geçici bir rahatlama görülürken, devamında depresif semptomlarda bir artışa neden olabileceğini gösterebilmektedir (6). Emeklilik sürecindeki duygusal durumu etkileyen üç faktör olduğu ileri sürülmektedir. Bunlar: Ekonomik, kişisel ve sosyo-ilişkisel olanaklardır (6).

Emeklilik, bireyi iş ortamından kopma ile birlikte sosyal izolasyon ve yalnızlığa sürükleyebilmekte ve üretkenliğe yönelik bir sorgulamaya yol açabilmektedir. Ayrıca, erken emeklilik, eğitim düzeyi, önceki deneyimler, emekli olmadan önceki iş koşulları, aile yaşantısı, gönüllü - gönülsüz emeklilik gibi faktörlerin de psikolojik durum ve iyi oluş hali üzerinde etkili olduğu ileri sürülmektedir (8).

Genel olarak bakıldığında emeklilik psikolojik, sosyal ve ekonomik dinamik dengeler gözetilerek iyi yönetilmesi gereken önemli bir süreç ve bir geçiş dönemidir. Bireyler nasıl ki işlerine ve/veya mesleklerine yönelik olumlu veya olumsuz aktif bir tutuma sahiplerse, emeklilik sürecine yönelik olarak da benzeri bazı tutumlara sahiptirler. İdeal koşullarda yetişkin bireylerin emeklilik sürecine ilişkin yeni ve olumlu tutumlar geliştirmeyi öğrenmeleri beklenmektedir. Emekli yetişkinlerin yeni bir başlangıç olarak algılamaları beklenen, emeklilik sonrası yaşamlarını gerek kendi potansiyellerini geliştirecek ve gerekse toplumsal açıdan katma değer yaratacak yönde kullanmaları, sağlıklı bilişsel ve psikolojik gelişimleri ile iyilik hali açısından önem taşımaktadır (12).

Bu bağlamda, 'yeni bir başlangıç ve/veya başlangıçlar' olarak tanımlanabilecek emeklilik sürecine hazırlık için bazı yönlendirici/hazırlayıcı programların geliştirilmesi ve bu geçiş döneminin bilimsel bilgi ve bulgulara dayanan bir alt yapıya kavuşturulması önemlidir.

Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Uygulama ve Araştırma Merkezi (GEBAM)'ın "Yeni Başlangıçlara Hazır Mıyız?" başlıklı projesi (Proje No: 012D06101017) kapsamında yürütülen bu araştırmanın temel amacı; üniversite özelinde 60 yaş üzerinde ve halen görev yapmakta olan akademik ve idari personelin emekliliğe hazırlık konusundaki algı, tutum, duygu, düşünce ve yaklaşımlarını belirlemek ve bu süreci tıbbi, psikolojik ve sosyal açıdan çok boyutlu ve betimsel (descriptive) olarak incelemektir.

Gereç ve Yöntem

Katılımcılar: Araştırmaya Hacettepe Üniversitesi'nde (HÜ) halen görev yapmakta

olan 60 yaş ve üzerindeki akademik ve idari personel katılmıştır. Belirtilen örnekleme HÜ Personel Daire Başkanlığı'ndan temin edilen resmi listeler esas alınarak ulaşılmıştır. 41 akademik ve 8 idari personel değişik gerekçelerle araştırmaya katılmayı kabul etmemiş; 52 akademik ve 6 idari personele ise değişik nedenlerle ulaşılamamıştır (farklı zamanlarda beş kere ulaşma girişimi başarısız olanlar). Sonuç olarak, 88 akademik (79 profesör, 2 doçent, 1 yardımcı doçent, 4 öğretim görevlisi, 2 uzman) ve 27 idari olmak üzere toplam 115 personel (51 kadın, 64 erkek) araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmiştir (Tablo 1). Katılımcıların cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur ($X^2= 1,47$; $sd=1$; $p > .225$). Buna karşın personel türü (akademik/idari personel) arasındaki fark anlamlıdır ($X^2= 174,57$; $sd=1$; $p < .000$). Katılımcıların büyük çoğunluğunu oluşturan 94 personel 30 yıl ve daha uzun süredir, 12 personel 21-30 yıldır, 7 personel 11-20 yıldır ve 2 personel 1-10 yıldır HÜ'de çalışmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 62,58, standart sapması 2,11 ve ranjı 58-67'dir. HÜ Senato Etik Kurulu'ndan uygulamalar için gerekli etik onay alınmıştır.

Araç-Gereçler: Farklı disiplinleri temsil eden GEBAM Yönetim Kurulu üyeleri tarafından hazırlanan "Yeni Başlangıçlara Hazır Mıyız? Bilgi Toplama Formu" katılımcıların sosyo-demografik özelliklerini (10 soru), meslek ve çalışma koşullarını (4 soru), alışkanlıklarını (beslenme, uyku düzeni, sigara ve alkol tüketimi, özbakım vb.) ve hastalık öyküsünü (25 soru), sosyal yaşam aktivitelerini ve işlevsellik düzeyini (2 soru), yaşam kalitesi (6 soru), emeklilik algısı ve emekliliğe ilişkin yaklaşımlarını (18 soru), emekliliğe hazırlanmaya yönelik eğitim programlarına ilişkin tutum ve görüşlerini (3 soru) içeren sekiz ana başlık altında, toplam 70 sorudan oluşmuştur. Sorular beş seçeneekli ve çoktan seçmeli olarak düzenlenmiştir.

İşlem Yolu: Araştırmanın veri toplama aşamasında, proje kapsamında bursiyer olarak test uygulayıcı olmayı kabul eden adaylar arasından, GEBAM Yönetim Kurulu tarafından seçilen 15 HÜ Psikoloji Bölümü üçüncü sınıf lisans öğrencisi görev almıştır. 15 test uygulayıcı, araştırmanın amacı ve kapsamı,

ölçü aracı olarak kullanılan “Bilgi Toplama Formu” nun içeriği ve nasıl uygulanacağı, katılımcılarla nasıl temasa geçileceği ile gizlilik/mahremiyet esasları hakkında iki günlük bir eğitimden geçmiş ve ardından uygulamalar başlamıştır.

Test uygulayıcılara, Personel Daire Başkanlığı’ndan temin edilen 60 yaş ve üzerindeki akademik ve idari personel listesinden kıdem/unvan/pozisyon gibi hiyerarşik yapılanmalardan tamamen bağımsız

olarak, seçkisiz şekilde ve eşit sayıda personelin kimlik bilgisi ile görev yaptıkları bölümlerin/birimlerin dağıtımı yapılmıştır. Her bir test uygulayıcı katılımcılara bizzat veya ofis telefonundan ulaşmış ve araştırmaya katılmayı kabul edenlerden uygulama için randevu almıştır. Uygulamalar randevu saatinde bireysel olarak yapılmıştır. Farklı zamanlarda beş kere ulaşma girişiminde bulunulmuş, ancak buna rağmen ulaşılamamış olan katılımcılar araştırmaya dahil edilmemiştir. Her bir uygulama yaklaşık 20 dakika sürmüştür.

Tablo 1. Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin özet tablosu

	Akademik Personel N=88	İdari Personel N=27	Toplam Personel N= 115
Yaş	\bar{X} = 62,86 Standart Sapma: 2,19	\bar{X} = 61,67 Standart Sapma: 1,52	\bar{X} = 62,58 Standart Sapma: 2,11
Cinsiyet	Kadın: 43 Erkek: 45	Kadın: 8 Erkek: 19	Kadın: 51 Erkek: 64
Medeni Durum (%)	Bekâr: 14,8 Evlî: 78,4 Boşanmış: 3,4 Dul: 3,4	Bekâr: 11,1 Evlî: 81,5 Boşanmış: 3,7 Dul: 3,7	Bekâr: 13,9 Evlî: 79,1 Boşanmış: 3,5 Dul: 3,5
Eğitim Durumu (%)	Yüksek Lisans: 100	İlköğretim: 11,1 Lise: 44,4 Yüksek Okul: 40,7 Yüksek Lisans: 3,7	
Aile Tipi (%)	Çekirdek: 81,8 Geniş: 1,1 Yalnız Yaşıyor: 13,6 Diğer: 3,4	Çekirdek: 77,8 Geniş: 7,4 Yalnız Yaşıyor: 7,4 Diğer: 7,4	
Medeni Durum (%)	Evlî: 78,4 Bekar: 14,8 Boşanmış: 3,4 Dul: 3,4	Evlî: 81,5 Bekar: 11,1 Boşanmış: 3,7 Dul: 3,7	Evlî:79,1 Bekar: 13,9 Boşanmış: 3,5 Dul: 3,5
Konut Koşulları (%)	Kendi Evi: 93,2 Kira: 2,3 Diğer:3,4	Kendi Evi: 88,9 Kira: 11,1 Diğer:----	Kendi Evi: 92,2 Kira: 4,3 Diğer: 2,6
Üniversitede Çalışma Yılı (%)	1-10 yıl: 1,1 11-20 yıl: 6,8 21-30 yıl: 11,4 31 > yıl: 80,7	1-10 yıl: 3,7 11-20 yıl: 3,7 21-30 yıl: 7,4 31 > yıl: 85,2	1-10 yıl: 1,7 11-20 yıl: 6,1 21-30 yıl: 10,4 31 > yıl: 81,7
Günlük Ortalama Çalışma Saati (%)	0-5 saat:10,2 5-8 saat: 40,9 9-12 saat: 39,8 13> saat: 9,1	0-5 saat: ---- 5-8 saat: 66,7 9-12 saat: 25,9 13> saat: 7,4	0-5 saat: 7,8 5-8 saat: 47,0 9-12 saat: 36,5 13> saat: 8,7
Ekonomik Durum (%)	İyi: 40,9 Orta: 54,5 Kötü: 4,5	İyi: 22,2 Orta: 70,3 Kötü: 7,4	İyi: 36,5 Orta: 58,2 Kötü: 5,2

Tablo 2. Katılımcıların alışkanlıkları ve hastalık öykülerine ait özellikler özet tablosu

	Akademik Personel N=88	İdari Personel N=27	Toplam Personel N= 115
Kronik Hastalık Durumu (%)	Yok: 35,2 Var: 64,8	Yok: 33,3 Var: 66,7	Yok: 34,2 Var: 65,7
Sigara Kullanım Durumu (%)	Hiç Kullanmayan: 42,5 Kullanıp Bırakan: 40,2 Kullanan: 17,2	Hiç Kullanmayan: 48,1 Kullanıp Bırakan: 44,4 Kullanan: 7,4	Hiç Kullanmayan:43,8 Kullanıp Bırakan:41,2 Kullanan: 14,9
Sürekli İlaç Kullanım Durumu (%)	Kullanan:67,0 Kullanmayan: 31,8	Kullanan: 33,0 Kullanmayan: 37,0	Kullanan: 66,1 Kullanmayan: 33,0
Gece Uykusu Saati (%)	4 saat: 1,1 5 saat: 10,2 6 saat: 36,4 7 saat: 30,7 8 saat: 20,5 9 saat >: 1,1	4 saat: --- 5 saat: 11,1 6 saat: 37,0 7 saat: 29,6 8 saat: 14,8 9 saat >: 7,4	4 saat: 1,1 5 saat: 10,6 6 saat: 36,7 7 saat: 30,1 8 saat: 17,6 9 saat >: 4,25
Beslenme Alışkanlığı (%)	Sağlıklı:73,8 Kararsız:17,0 Sağlıksız: 9,1	Sağlıklı:70,3 Kararsız:22,2 Sağlıksız:7,4	Sağlıklı:72,0 Kararsız:19,6 Sağlıksız:6,9
Diş Fırçalama Alışkanlığı (%)	Hiç/Çok Seyrek: 0 Günde 1: 14,7 Günde 2: 69,3 Günde 3: 15,9	Hiç/Çok Seyrek: 7,4 Günde 1: 33,3 Günde 2: 51,8 Günde 3: 7,4	Hiç/Çok Seyrek: 3,7 Günde 1: 24,0 Günde 2: 60,5 Günde 3: 1

Katılımcılara uygulanan “Bilgi Toplama Formu” nun içeriğine ilişkin olarak katılımcılar tarafından yapılan olumlu ve olumsuz yöndeki her türlü eleştiri ve/veya öneriler ile özel olarak belirtilen, eklenen veya dikkat çekilen noktalar test uygulayıcılar tarafından ayrıntılı olarak kaydedilmiş ve araştırmanın tamamlanmasını takiben, form üzerinde gelen geribildirimler doğrultusunda gerekli görülen güncellemeler yapılmıştır. Bu konuya ilişkin detaylı bilgi bulgular bölümünde sunulmuştur.

Bulgular

Demografik özellikleri Tablo 1’de özetlenmiş olan katılımcılardan elde edilen ham verilere betimsel istatistik (descriptive statistics) analizler (ortalama, standart sapma ve yüzdelik hesaplama) uygulanmıştır. Anket maddelerinin çoğu kategorik cevaplar içerdiğinden grup karşılaştırmaları için Ki-kare testi, sürekli değişkenler içeren çok az sayıda maddeye ilişkin analizlerde bağımlı gruplar için t-test kullanılmıştır. Buna göre, yaşları 58-67 arasında değişen katılımcıların çoğu evli,

çekirdek aileye sahip ve kendilerine ait bir evde yaşamaktadır. Çalışma koşulları açısından bakıldığında, katılımcıların çoğu 30 yıl ve/veya daha fazla süredir HÜ bünyesinde görev yapmakta olup (%81,7), çoğunlukla günde ortalama 5-12 saat çalıştıklarını (%47,0) ve ekonomik durumlarının orta düzeyde (%58,2) olduğunu beyan etmişlerdir. Ekonomik durumunu iyi ve orta düzey olarak belirtenlerle, kötü olarak belirtenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2= 49,06$; $sd=2$; $p<.000$). Katılımcıların mesleki ve çalışma koşullarına ilişkin özellikler Tablo 1’de sunulmuştur.

Katılımcıların alışkanlıkları ve hastalık öyküleri ile ilgili bulgular incelendiğinde (Tablo 2) , herhangi bir kronik hastalığı olanların (%65,2) yüzdesi olmayanlardan (%34,8); düzenli ilaç kullananların (%66,1) yüzdesi kullanmayanlardan (%33,0) daha fazladır. Çoğunun hiç sigara içmediği (%43,8) ve/veya içip hali hazırda bırakmış oldukları (%41,2) görülmektedir. Sigara içmeyen ve bırakmış

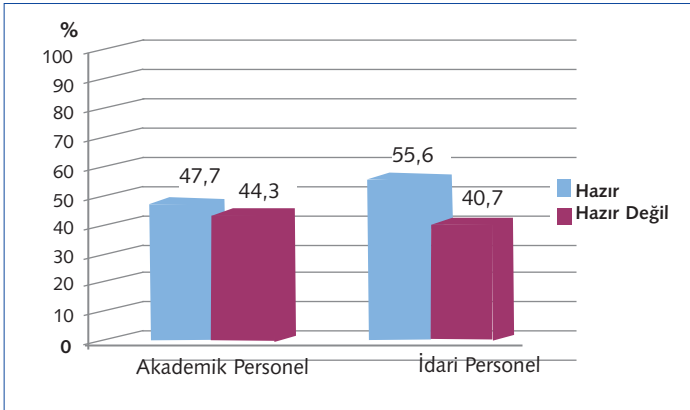
olanlar ile içenler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2= 17,53$; $sd:1$; $p < .000$). Katılımcılar çoğunlukla sağlıklı beslendiklerini rapor etmişlerdir (%72,0). Beslenme alışkanlığını sağlıklı bulan, bulmayan ve bu konuda kararsız olanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($X^2=137,03$; $sd=2$; $p < .000$). Katılımcıların çoğu dışlerini günde iki kere fırcalamaktadır (%60,5). Dış fırcalama alışkanlığı hiç/seyrek, günde 1 kez, 2 kez ve 3 kez olarak bildiren grupları arasındaki fark anlamlıdır ($X^2=106,53$, $sd=3$; $p < .000$).

Personelin düzenli sosyal aktivite olarak en çok gazete/kitap okumak, TV izlemek ve alış-veriş yapmayı tercih ettikleri; arkadaş ziyareti, ziyaret edilme, sinema/tiyatroya gitme, yürüyüş ve hobileri ise ara sıra yaptıkları görülmektedir. Akademik personelin boş zamanları değerlendirmek üzere düzenli olarak en fazla gazete ve kitap okudukları bunu TV izlemenin izlediği; arkadaş ziyaretleri, ziyaret edilme, sinemaya/tiyatroya gitme alış-veriş, hobiler ve yürüyüşün ise ara sıra yapılan

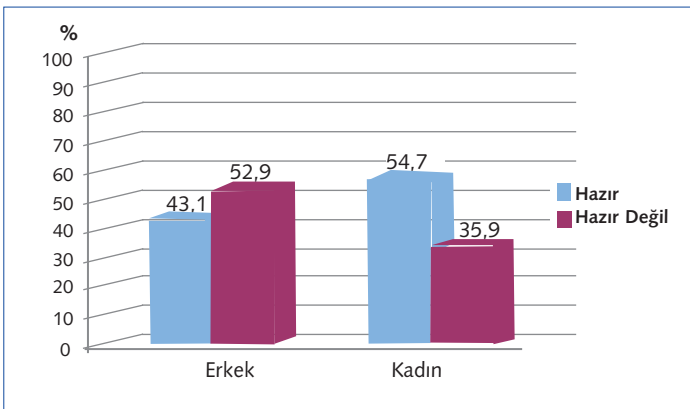
faaliyetler olarak bildirildiği saptanmıştır. İdari personelin düzenli olarak yaptığı sosyal faaliyetler alış-veriş, TV izlemek ve yürüyüş olup, arkadaş ziyareti, sinemaya/tiyatroya gitmek, hobiler ve ziyaret edilme ara sıra yapılan faaliyetler olarak öne çıkmıştır.

Katılımcıların depresyonu değerlendirmeye yönelik sorulara depresyon lehine ve aleyhine verdikleri cevaplar arasındaki fark anlamlı olup, depresyon lehine cevaplar daha fazladır ($t=-13,67$; $df= 111$; $p < .000$). Aynı örüntü akademik ($t=-11,03$; $df= 84$; $p < .000$) ve idari personelin ($t=-8,72$; $df= 26$; $p < .000$) depresyona ilişkin sorulara verdikleri yanıtlarda da elde edilmiştir.

Katılımcıların genel sağlık durumu genel olarak iyidir (%60,9). Çoğu (%71,3) işe engel bir ağrıları olmadığını belirtirken, daha az sayıda katılımcı (%20,9) işe engel olmasa da hafif şiddette ağrı yaşadıklarını bildirmişlerdir. Aynı örüntü hem akademik hem de idari personel için geçerlidir.

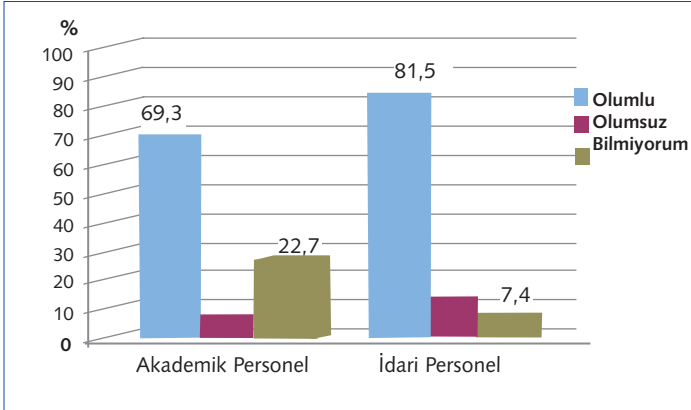


Grafik 1. Akademik ve idari personelin emeklilik sürecine hazırlık durumu

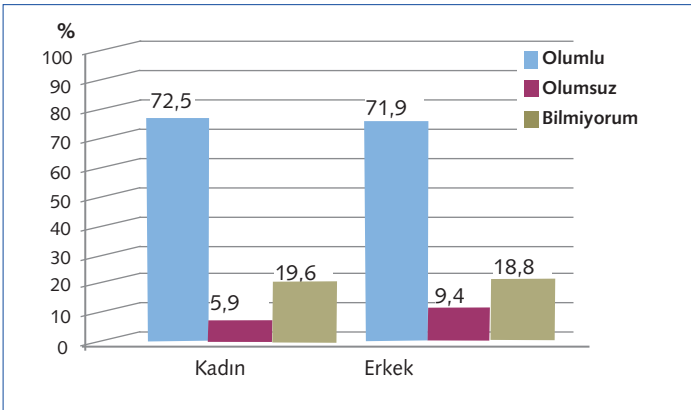


Grafik 2. Cinsiyete göre emeklilik sürecine hazırlık durumu

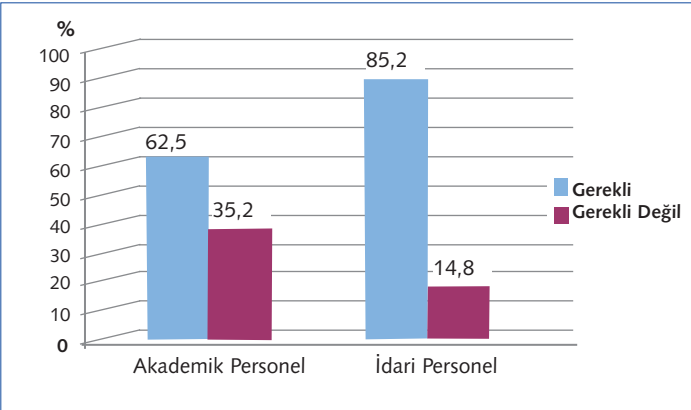
Katılımcıların çoğunluğu (%46,1) emeklilik sorunlarının çözümünü için herhangi bir kurumu sorumlu görmezken; sadece %7,8'i Sağlık Bakanlığı'nı sorumlu görmektedir. Emeklilik sürecine hazır olan (%49,6) ve olmayan (%43,5) personel yüzdesi birbirine çok yakındır. Aynı örüntü hem akademik hem de idari personel için geçerlidir (Grafik 1). Buna karşın cinsiyetler açısından bakıldığında emeklilik sürecine hazır olmadığını belirten kadın personel yüzdesi (%35,9) erkek personel yüzdesinden (%52,9) daha azdır (Grafik 2). Personel çoğunlukla emekli olaktan mutlu olduklarını beyan ederken (51 kişi), ciddi bir kararsızlar grubu (45 kişi) bulunmaktadır. Emekli olaktan mutlu ve kararsız olanlar ile mutsuz olanlar arasındaki fark anlamlıdır ($X=16,26$, $sd.=2$; $p < .000$). Katılımcıların çoğunluğunun (%43,5) emekliliğe ilişkin bir planı yoktur. Yer değişikliği, hobi, yeni iş ve sağlık konularının bir kaçına yönelik çoklu planları olanlar ise daha azınlıktadır (%30,4). Aynı örüntü hem akademik hem de idari personel için benzerdir. Katılımcıların %48,7'i emekliliğe ilişkin planların, emekli olmadan 1-3 yıl önce yapılması gerektiğini düşünürken, %32'si emeklilik öncesi planlama için bir süre



Grafik 3. Akademik ve idari personelin kendi emeklilik süreçlerine ilişkin algıları



Grafik 4. Kadın ve erkek katılımcıların kendi emeklilik süreçlerine ilişkin algıları



Grafik 5. Akademik ve idari personelin emeklilik sürecine hazırlık programına ilişkin görüşleri

belirlemenin gerekli olmadığı yönünde görüş beyan etmiştir. Katılımcıların çoğunun emeklilik sonrası çalışma planı yoktur (%63,5). Ancak, akademik personel arasında emeklilik sonrası çalışma planı olanların sayısı idari personelden daha fazladır.

Katılımcıların çoğu emeklilik yaşının 66-70 arasında olması gerektiğini belirtirken (%37,4), onları 61-65 yaş olması gerektiğini belirtenler (%28,7) izlemektedir. Akademik personel çoğunlukla emeklilik yaşının 66-70 yaş olması gerektiğini düşünürken (%45,5); idari personel 61-65 yaş olması gerektiğini düşünmektedir (%37). Çoğu birden fazla uğraşıyla geçirecekleri bir emeklilik hayal etmektedir (%79,1). Emeklilik algısı olumlu olanları, kararsızlar ile emeklilik algısı olumsuz olanlar izlemektedir. Bu üç grup arasındaki fark anlamlı düzeyde olup ($X=82,16$, $sd=2$, $p<.000$), olumlu algıya sahip olanlar çoğunluktadır. Bu örüntü hem akademik hem de idari personel (Grafik 3) ve hem kadın hem de erkekler için benzerdir (Grafik 4). Emeklilik sonrası maddi koşullarını yeterli ve kısmen yeterli bulanların sayısı, yetersiz bulanlardan daha fazla olmakla beraber, istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur.

Emekliliğe hazırlık eğitiminin (programının) gerekliliğine inanlar (%67,8), inanmayanlardan (%31,0) daha fazladır. Bu örüntü hem akademik hem de idari personel için geçerli olup, gerekli bulan idari personel yüzdesi (%85,2) akademik personel yüzdesinden (%62,5) daha fazladır (Grafik 5). Katılımcıların çoğu bir emeklilik sürecine hazırlık programı olması halinde bunun emeklilikten 1-3 yıl önce başlaması gerektiğini düşünmektedir (%60,9). Katılımcılar emeklilikle ilgili mevcut hizmetleri büyük ölçüde yetersiz (%81) bulurken, onları kararsız olanlar (%29) ve yeterli görenler (%3) izlemektedir. Bu üç grup arasındaki fark anlamlıdır ($X=83,75$; $sd=2$; $p<.000$). Katılımcılar tarafından emeklilikle ilgili olarak en fazla emekliler için ikinci iş olanağının sağlanması, yerel yönetimlerce boş zamanları değerlendirmeye yönelik ücretsiz sosyal kulüplerin açılması gerektiği düşünülürken (%43,8), bunu konut kredisi, hastanelerde geriatri birimleri açılması, emeklilere özel indirim uygulamaları, evde bakım hizmetlerinin verilmesi gibi çoklu hizmetlere gereksinim olduğunu düşünenler izlemektedir (%19,1).

Bilgi Toplama Formu'nun eksikliklerini gidermeye ve ileride yapılacak farklı

araştırmalarda da kullanılabilir hale getirmeye yönelik olarak, katılımcılardan gelen geribildirimler kapsamında öne çıkan eleştiri ve öneriler aşağıda maddeler halinde özetlenmiş ve Bilgi Toplama Formu üzerinde gerekli düzenlemeler yapılmıştır.

- 1) Bazı soruların yeterince açık olmaması, anlaşılabilmesi ve tekrarlar içermesi,
- 2) Bazı soruların mahremiyete girmesi,
- 3) Bazı sorularda "kararsızım" seçeneğinin bulunmaması,
- 4) Günlük yaşam aktivitelerinde işlevselliği sorgulayan soruların özellikle akademik personeli rahatsız etmesi,
- 5) Yöneltilen soruların öğretim üyelerinin entelektüel beceri ve yetkinliklerine uygun nitelikte olmadığı düşünülmesi,
- 6) Bilgi Toplama Formunun formatına yönelik eleştiriler,
- 7) Soruların genel olarak, personeli emekli etmeye yönelik bir girişimin yansıması olduğu algısı yaratması,
- 8) "İçki içmek" gibi çok kişisel detaylara girildiğinin düşünülmesi,
- 9) "Dini inançlar ve ibadetle" ilgili madde ve/veya maddelerin eksik olması.

Araştırmanın sonunda, katılımcıların özel olarak belirtmek, eklemek veya dikkat çekmek istedikleri noktalar da kaydedilmiştir. Bu bağlamda öne çıkan hususlar: Katılımcılar, emeklilik yaşı (belirli bir yaşla sınırlandırma) kavramına karşı olduklarının bilinmesini istemekte; özellikle emeklilik sonrasında emekli oldukları kurum tarafından unutulacaklarına inanmakta, emekli olan personele karşı kurumun daha saygılı ve vefakar olması gerektiği yönündeki taleplerini iletmektedirler.

Öte yandan, araştırmaya katılmayı reddetme gerekçeleri arasında öne çıkan hususlar: Gerek akademik ve gerekse idari personelin bu çalışma sonuçlarının uygulamaya aktarılacakları yönündeki olumsuz inançları; zaman ayıramamak (yoğunluk); sağlık sorunları ve böyle bir ankete hazır olmadığını hissetmek olmuştur.

Tartışma

Çoklu morbiditeler, kırılabilirlik, yeti kaybı ve bağımlılık ileri yaş popülasyonlarında genel popülasyona göre çok daha farklı olumsuzluklara neden olmaktadır. Sadece kapsamlı sağlık hizmetlerinin sunulması değil, yaşlıların bağımsızlıklarının korunmasına yönelik yaklaşımlar da öncelenmelidir. Sağlık profesyonelleri toplumların en savunmasız kesimlerinin yaşlı kadınlar, yoksullar ve olanaksız koşullarda yaşayan yaşlılar olduğunu göz önüne almalıdırlar. Yaşlı kadınlar daha yoksul, çevresel anlamda daha donanımsız ve sosyal anlamda da dışlanmış olabilmektedirler ki, bu da gerek fiziksel, gerekse psikolojik anlamda daha fazla sağlık sorunları yaşamalarına zemin hazırlamaktadır. Karmaşık sorunlar ile sağlık merkezlerine başvuran yaşlılarda sosyal öykünün de mutlaka alınması gerekir. Çoğu yaşlılar ve özellikle kadınlar ekonomik zorluklar ve sosyal izolasyon nedeniyle ortaya çıkan tıbbi sorunlar yaşamaktadırlar (13).

Ankara İlinde yaşayan 1300 yaşlının incelendiği bir araştırmanın sonuçlarına göre; katılımcıların yaklaşık yarısının ciddi sağlık problemleri yaşadıkları, bununla birlikte %74,3'ünün herhangi bir yardıma gereksinim duymadan yaşamlarını bağımsız olarak sürdürdükleri belirlenmiştir. En sık rastlanan sağlık sorunlarının işitme ve görme zorluğu olduğu, her iki cinste de malnutrisyon riskinin yüksek olduğu saptanmış, istatistiksel değerlendirmelerde sağlık problemlerine rağmen katılımcıların yaşam kalitelerinin belirgin olarak azalmadığı dikkati çekmiştir. Araştırmanın sonuçları ışığında ileri yaş grubuna yönelik olarak sunulan sağlık sistemlerinin kalitelerinin yükseltilmesi yanında eğitim ve sosyal destek sistemlerinin iyileştirilmesinin önemi vurgulanmıştır (14). Eğitim düzeyinin yüksek olmasının yararlarının somut göstergesi olarak; ortalama yaşın 72,6 olduğu 391 emekli hekimin incelendiği bir araştırmada ise, emekli hekimlerin genel olarak sağlık durumlarının tatmin edici düzeyde iyi olduğu, %81'inin son iki yılda rutin sağlık taraması yaptırdıkları saptanmıştır (15).

Türk Geriatri Derneği ve Ankara Tabip Odası tarafından gerçekleştirilen ve Ankara'da

yaşayan 274 emekli hekimin incelendiği bir başka araştırmada; katılımcıların yaş ortalamasının 74,9 (Standart sapma 6,3) ve %76,6 sının erkek olduğu belirlenmiş, emekli hekimlerin %85'inin en az bir kronik hastalığı olduğu, bununla birlikte % 45,4'ünün aktif olarak hekimlik mesleğini sürdürdükleri, ek olarak yarım fazlasının da (133 hekim, %52,0) ekonomik düzeylerini orta ya da kötü olarak tanımladıkları saptanmıştır (16).

Sağlık sorunları ile baş etmeye çalışan emekli birey yaşamdan doyum almamakta, boş zaman aktivitelerine katılmamakta ve dolayısı ile emeklilik dönemine uyum sağlayamamaktadır. Emekliliğe uyum sağlama süreci multifaktöriyel olup, toplumsal ilişkilerin sağlıklı sürdürülmesine, gelirin yeterliliğine, sağlığın iyi olmasına, çevre ve aile ile olumlu ilişkilerin sürdürülmesine bağlıdır.

Emeklilik ileri yaşa geçişi temsil eden önemli statü göstergelerinden biri olarak görülse de, psikolojik sonuçlarına yönelik bilgiler oldukça yetersizdir. Pek çok emekli için, emekli olmak yetişkinliğin son statüsüne geçişi ifade eden bir dönüm noktasıdır (6).

Hacettepe Üniversitesi'nde yeni bir başlangıç olarak tanımlanan emeklilik sürecine hazırlanan akademik ve idari personelin çoğunlukla: Genel sağlık durumlarının iyi olduğu ancak düzenli ilaç kullandıkları, sigara kullanmadıkları veya bıraktıkları, sağlıklı beslendikleri ve ağız ve diş sağlığına önem verdikleri ve işe engel olabilecek nitelikte ağrı şikayetleri olmadığı görülmektedir. Öte yandan, personelin en çok tercih ettikleri üç sosyal aktivite gazete/kitap okumak, TV izlemek ve alışveriş yapmaktır. Akademik personelin sıklıkla yaptıkları sosyal aktiviteler olarak gazete/kitap okumak; idari personelin sosyal aktivitelerinde ise alışveriş, TV izlemek ve yürüyüş yapmak öne çıkmaktadır. Gerek akademik ve gerekse idari personel depresyon lehine yanıt vermişlerdir. Emeklilik sürecine hazırlıklı olduğunu ve olmadığını söyleyen personel sayısı birbirine çok yakındır. Ancak kadınların erkeklere göre emekliliğe daha hazırlıklı oldukları görülmektedir. Bu bulgu özellikle erkeklerde, kariyer baskısının ortadan kalkmasına bağlı olarak emekliliğin iyi oluş hissini arttırdığını gösteren Kim ve Moen'in

bulgularıyla paralellik göstermektedir (6). Katılımcıların çoğu emeklilik sürecine ilişkin sorunların çözümünden herhangi bir kurumu sorumlu tutmazken; emeklilik yaşının 66-70 arasında olması gerektiğini düşünmektedir. Buna karşın idari personel daha erken yaşta (61-65 yaş) emeklilikten yanadır. Gerek akademik ve gerekse idari personelin emekliliğe ilişkin algıları cinsiyetten bağımsız olarak genellikle olumludur. Ancak, çoğunluğunun emeklilik sonrası yapacaklarına ilişkin belli bir planı da yoktur. Emeklilik sonrası planı olanlar ağırlıklı olarak yer değişikliği, hobiler, yeni iş ve sağlık alanlarına yönelik çoklu planlardan söz etmektedir. Emeklilik sonrası çalışma planı olanlar azınlıkta olup, daha çok akademik personelin emeklilik sonrası çalışmayı planladığı görülmektedir. Bu bulgu emekliliği bireyin kendini mutlu etme fırsatı olarak değerlendiren Hotzman'ın görüşlerini desteklemektedir (9).

Personel çoğunlukla emeklilik sonrası maddi durumunu yeterli veya kısmen yeterli bulurken; emeklilik sürecine ilişkin planlamanın emekli olmadan 1-3 yıl önce yapılmasından yanadır. Kim ve Moen'e göre, ekonomik, kişisel ve sosyo-ilişkisel olanaklar emeklilik sürecindeki duygusal durumu etkileyen üç kritik faktördür (6). Bu bağlamda, araştırmaya katılan personelin çoğu ekonomik, kişisel ve sosyo-ilişkisel açıdan olumlu olanaklara sahip görünmektedir.

Öte yandan, depresyona eğilimi belirlemeye yönelik sınırlı sayıdaki sorulara depresyon lehine yanıt verildiği dikkati çekmektedir. Buna göre, üç kritik faktörden kişisel boyutun ileriki çalışmalarda daha derinlemesine ve objektif ölçü araçları kullanılarak incelenmesi önemli sonuçlar verebilir.

Gerek ülkemiz ve gerekse araştırmanın yapıldığı kurum özelinde bir emekliliğe hazırlık programı bulunmamaktadır. Hem akademik hem de idari personel arasında emekliliğe hazırlıklı ilgili bir programın gerekli olduğunu düşünenler çoğunlukta olup, böyle bir programın emekli olmadan önce (1-3 yıl önce) uygulanmasının daha faydalı olacağına inanılmaktadır. Bu bulgu araştırmanın yapıldığı kurum özelinde emeklilikten 1-3 yıl önce verilecek bir emekliliğe hazırlık programının

gerekliliğine bir işaret olarak değerlendirilmiştir. Personel emeklilikle ilgili olarak hali hazırda var olan hizmetleri büyük ölçüde yetersiz bulmaktadır. Personelin emekliliğe ilişkin hizmet talepleri arasında ikinci iş imkanının sağlanması ve yerel yönetimlerce boş zaman değerlendirmeye yönelik ücretsiz sosyal imkanların artırılması, konut kredisi ve emeklilere özel indirimler uygulanması öne çıkmaktadır.

Bu araştırmanın beklenmeyen yan bulgusu ise personelin, emeklilikle ilişkili bu araştırmaya katılmayı kabul etmeme gerekçeleri olmuştur. Hem akademik hem de idari personel araştırmadan elde edilecek sonuçların

uygulamaya geçirilmeyeceği yönündeki güçlü olumsuz inançları nedeniyle araştırmaya katılmak istememişlerdir. Çalışmaya katılmama gerekçelerinden bir diğeri ise böyle bir ankete katılmaya hazır olmadığını hissettiğini söyleyenlerdir. Verisine ulaşamayan bu grubun araştırma sonuçlarını etkilemesi kuvvetle muhtemeldir ve özellikle gelecekte geliştirilmesi planlanan hazırlık programlarının amacına ulaşması açısından anılan bu kritik gruba ulaşmak önemlidir.

Araştırmaya katılan personelin kurumda çalışma süreleri ve görev türlerinin (akademik/idari) eşdeğerde olmaması çalışmanın önemli bir sınırlılığı olarak değerlendirilebilir. İleride yapılacak kontrollü çalışmalarda, kurumda çalışma süresi ve görev türü değişkenlerinin kontrol edilmesi önemlidir. Sınırlı bir örneklemden elde edilen mevcut araştırma sonuçlarının (belirlenen sorunlar / öneriler / tutum ve algılar): 1) Bir geçiş dönemi olan emeklilik sürecine ilişkin geleceğe yönelik bilimsel temelli öngöründe bulunmaya, 2) Üniversitemiz özelinde elde edilen bulgulardan hareketle yeni ve daha kapsamlı araştırmaların planlanmasına, 3) Sürece ilişkin ülkemiz koşullarına uygun bilimsel çözüm önerilerinin üretilmesine ve 4) Model olabilecek özgün bir emekliliğe hazırlık programının geliştirilmesine katkı sunabileceği düşünülmektedir.

Konuya bireysel olarak yaklaşıldığı zaman ise; kişilerin ilerleyen yıllarına yönelik olarak yapmaları önerilen planların kapsamında; A-Emeklilik yaşamına yönelik öncelikli amaçların belirlenmesi, B-Emeklilik zamanına karar verilmesi, C- Emeklilik yaşamına yönelik olarak ekonomik yatırımlar yapılması, D-Fiziksel ve zihinsel sağlığın korunmasına ve sürdürülmesine yönelik faaliyetlerde bulunulması, E-Aile, akraba ve arkadaşlarla olan ilişkilerini geliştirmek ve aile içinde yeni roller edinmek için çaba gösterilmesi, F-İlgi alanlarının belirlenmesi, G-Emeklilikte tekrar aktif çalışma yaşamına devam edip etmeyeceklerine karar verilmesi gibi konular yer almalıdır.



Fotoğraf: "Geçmişle Yüzleşme" Dr. Arif Miletli
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2011- Başarı Ödülü

Teşekkür

Araştırmanın veri toplama aşamasında test uygulayıcı olarak titizlikle görev yapan Psikoloji Bölümü lisans öğrencileri (isme göre alfabetik sırada verilmiştir) Ali Yoğun, Ahmet Hamdi İmamoğlu, Çağla Karaoğlu, Duygu Armutoğlu, Emel İzgi, Ezgi Fide, Fulya Koçak, Halil İbrahim Özüğür, Havvanur Yılmaz, Muratcan Birand Apaydın, Raziye Dinçer, Sedef Yurtdaş, Sibel Erdem, Turan Dablan, Yunus Yalçın'a; araştırmanın veri girişi ve istatistik analizlerinin yapılması aşamasında özveriyle çalışan Psikoloji Bölümü lisans öğrencileri Ali Yoğun, Sedef Yurtdaş ve Muratcan Birand Apaydın'a GEBAM üyeleri olarak teşekkürlerimizi sunarız.

İletişim: Dr. Yeşim Gökçekutsal

E-posta: ygkutsal@gmail.com

Kaynaklar

1. Gokce-Kutsal Y. Aging in Turkey. In: Palmore E, Whittington F, Kunkel SR, eds. International Handbook on Aging. The Current Research and Developments, Greenwood Publishing Group, ABC CLIO Press, USA, 2009 pp: 579-592.
2. Gokce Kutsal Y, Aslan D, Basar M. Aging and basic health issues in Turkey. In: Powell JL, Chen S (Eds): Global dynamics of Aging, Nova Science Publishers, New York, 2012, pp:101-120.
3. Barnes H and Parry J. Renegotiating Identity and Relationships: Men and Women's Adjustment to Retirement. *Ageing and Society*, 2004; 24: 213 – 233.
4. Hillier SM and Barrow GM. Aging, the individual, and society (9th ed.). Wadsworth Cengage Learning: Belmont, CA: Wadsworth Cengage Learning. 2010, pp:202-230.
5. Rosenkoetter MM and Garris JM. Retirement Planning, Use of Time, and Psychosocial Adjustment. *Issues in Mental Health Nursing*. 2001; 22: 703 -722.
6. Kim JE and Moen P. Retirement Transition, Gender, and Psychological Well-Being: A Life course Ecological Model. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*. 2002; 57B(3):212-222.
7. Lusardi A, & Mitchell OS. Baby Boomer retirement security: The roles of planning, financial literacy, and housing wealth. *Journal of Monetary Economics*, 2007;54: 205–224.
8. Moen P. A life course perspective on retirement, gender, and well-being. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1996; 1(2), 131-144.
9. Holtzman E. Emotional aspects of retirement. The Faculty and Staff Assistance Programme Workshop, April 23. 2002, Available at: <http://www.umass.edu/fsap/articles/retire.html>
10. Carter MAT ve Cook K. Adaptation to retirement: Role changes and psychological resources. *Career Development Quarterly*, 1995; 44(1), 67-82.
11. Moen P, Kim JE, Hofmeister H. Couples' work/retirement transitions, gender, and marital quality. *Social Psychology Quarterly*, 2001; 64, 55–71.
12. Gökçe Kutsal Y (Ed): Yeni başlangıçlara hazır mıyız? Hacettepe Üniversitesi GEBAM yayını, Hacettepe Üniversitesi basımevi, Ankara 2013; pp:4-18.
13. Gokce Kutsal Y, Aslan D. How gender and ageing effects the elderly. *BOLD International Institute on Ageing* 2013; 23 (3): 17-23.
14. Troisi J, Gokce Kutsal Y. Introduction. In: Troisi J, Gokce Kutsal Y (Eds) *Aging in Turkey*, International Institute on Ageing, Malta 2006, pp:1-8.
15. Gökçe-Kutsal Y, Özçakar L, Arslan S, Sayek F. Retired physicians: A survey study by the Turkish Medical Association. *Postgrad Med J* 2004;80(940):101-103.
16. Aslan D, Gokce Kutsal Y, Kanuncu S. Are physicians healthy when they are aged and retired. *J Frailty Aging* 2013;2(2):90-

Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Genetik Hastalık ve Genetik Danışmanlık Bilgi Durumları

Information of Genetic Diseases and Genetic Counseling of Midwifery and Nursing Students

Araştırma



Research

Dr. Nesrin Turaçlar*, Dr. Kamile Altuntuğ**, Emel Ege***

Geliş tarihi : 06.01.2014

Kabul tarihi: 11.03.2014

Öz

Amaç: Çalışmanın amacı ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin genetik hastalık ve genetik danışmanlık bilgi durumlarını incelemektir.

Yöntem: Bu çalışma kesitsel bir çalışma olup, çalışma yeri Türkiye'deki üniversitelerin hemşirelik ve ebelik bölümleri bulunan sağlık yüksekokullarıdır. Örnek seçiminde küme örnekleme yönteminden yararlanılmıştır. Farklı yüksekokullardan gelen 418 anketin tümü çalışmaya katılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS 10.0 programında yapılmıştır. Sayı ve yüzde dağılımları ve ki-kare analiz testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalamasının $22,3 \pm 1,3$, %48,3'ü ebelik, %51,7'sinin hemşirelik öğrencisi olduğu, %21,3'ünün anne babalarının akraba olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda öğrencilerin %56,5'i genetik bilgilerinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Öğrenciler, genetik konusundaki bilgileri üniversite eğitimleri sırasında aldıklarını ifade etmişlerdir (%97,1). Bu öğrencilerin %64,4'ü genetik bilgilerini 'Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları' dersinden öğrendiğini ve bunun da yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.

Sonuç: Genetik hastalıklar, önlem programları ve son günlerde önemi ve sayısı giderek artan genetik testleri ile ilgili bilgilerin ebelik ve hemşirelik bölümü dersleri içerisine konması, okullarda bu konuda konferans ve seminerlerin verilmesi önerilebilir.

Anahtar sözcükler: Genetik, Genetik danışmanlık, Genetik hastalıklar, Ebelik ve hemşirelik öğrencileri.

Abstract

Aim: The aim of this study is to investigate the information of genetic diseases and genetic counseling of midwifery and nursing students.

Materials and methods: When this is a cross-sectional study, the place of this study is the universities in Turkey where there are the departments of midwifery and nursing schools. Group exemplory method is used in sample selection. 418 inquiries coming from different schools are included in the study. The data evaluation is done in SPSS 10.0 program. Numeral and rational dispersion and chi-square analysing tests are used in this study.

Findings: It is found out that the average age of the students take place in this study is $22.3 \pm 1,3$, 48.3% midfery, 51.7% nursery and 21.3% of the students' parents are relative. It is determined that 56.5% of the students' genetic information is insufficient. 97.1% of the students expressed that they had the information about genetic at the University. 64.4% of the students stated that they got the genetic information from the lesson 'The Child Health and Diseases' and added that it was also insufficient.

Results: The information about genetic diseases, the ways of preventing them and the genetic tests which are becoming more important lately can be studied in midwifery and nursery schools and some conferences and seminars can be proposed at schools.

Key words: Genetics, Genetics counseling, Genetic diseases, Midwifery and nursing students.

*Yrd. Doç.; Selçuk Ü. Sağlık Hizmetleri MY, Konya

**Yrd. Doç.; Necmettin Erbakan Ü. Sağlık Bilimleri Fak., Konya

***Doç. Dr.; Necmettin Erbakan Ü. Sağlık Bilimleri Fak., Konya

Giriş

Genetik hastalıklar sanayileşmiş ülkelerde öncelikli sorunlar arasında yer almasına rağmen, gelişmekte olan ülkelerde yeterince önemsenmemektedir (1,2). Pakistan, Endonezya, Tunus, Türkiye ve Hindistan gibi gelişmekte olan ülkelerde ise genetik hastalıklar tanınmaya başlanmıştır ama bu ülkelerde prenatal tanı çalışmaları ekonomik ve politik nedenler yüzünde sadece araştırma seviyesinde kalmıştır. Genetik ile ilgili servislerdeki en önemli problem diğer kliniklere göre yetersiz kaynak dağıtımıdır (1). Genetik hastalıklar ile ilgili servislerde bu hastalıkların %70'inin önlenebileceği saptanmıştır (3). Yapılan çalışmalarda yılda Dünya'da en az 7,6 milyon çocuğun genetik hastalık ile doğduğu ve yetersiz kaynaklar nedeni ile erken dönemde tanı konulamadan öldüğü saptanmıştır. Bu nedenle yenidoğanda genetik hastalıkların etkileri hakkında uluslararası yeterli veri yoktur. Bununla birlikte gelişmekte olan ülkelerde sıklıkla hemoglobin hastalıkları (talasemi, sickle cell anemi, G6PD eksikliği) saptanmış olup, genetik hastalıklar açısından da ileri anne yaşı ve akraba evlilikleri sorumlu tutulmaktadır (3).



Fotoğraf: TTB Arşivinden

Genetik, genellikle birçok hemşirenin zihninde 3. derece sağlık hizmeti olarak ilişkilendirilmiştir. Bununla beraber genetik çeşitli kanserler, enfeksiyon hastalıkları, Alzheimer, kalp hastalıkları, KOAH ve diğerleri gibi yaygın ve kompleks hastalıklarda daha büyük rol oynamaktadır. Bu rollere, sağlık bakımında kalitenin yükselmesinde ve hastalıkların önlenmesi gibi önemli rollerde eklenmiştir. Böylece primer bakım sağlayan hemşireler için böyle riskleri tayin etmenin temelinde genetik testlerin önemliliğini de ortaya koymuştur. Çalışmaların çoğunda sağlık bakım sağlayıcılarının büyük bir yüzdesinin genetik test sonuçlarını ve gelecekteki genetik yönetiminin anlamını bilmedikleri saptanmıştır (4). İnsan genom araştırma sonucundaki buluşlar hemşirelik ve tıp uygulamaları alanlarında yeni gelişmelere yol açmıştır. Bu da aileler ve bireyler için yeni sağlık fırsatlarını yaratmıştır. Yakın gelecekte kanser ve kalp hastalığı gibi genetik predispozanlar erken yaşlarda tanımlanabilecektir (5).

Genetik alanında hemşirelik alanında 50 yıldan beri yer almaktadır (6). Son 20 yıldır genetik servisleri kapsamı içinde hemşirelik uygulamaları ve danışmanlığı, genetikteki klinik uzman hemşire rollerini geliştirme gibi eğitsel aktivitelerde yapılmıştır (7-9). Temel sağlık hizmetleri hasta ve sağlık servisleri arasındaki ilk bağlantı noktası olarak tanımlanmıştır. Gelişmiş ülkelerde bu durumu aile hekimi, pediatrist ve kadın doğumcular sağlarken az gelişmiş ülkelerde ise ilk karşılaşma genellikle bir hemşire ya da klinikte bir sağlık çalışanı ile olmaktadır (10). Ülkemizde ise, genetik hastalıkların öneminin farkındalığının artması, temel sağlık hizmetlerine önceliğin verilmesi ile mümkün olacaktır. Ülkemizde temel sağlık hizmetlerinde görev yapan hemşireler koruyucu sağlık hizmetlerini sağlayan sağlık çalışanlardır. Bu nedenle genetik tarama ve danışmanlık akraba evliliğinde önemli bir konu olmakla birlikte bu konunun hemşirelik müfredatı içerisinde olmasının önemini de vurgulamaktadır (11).

Türkiye'de %20-25 arasında yüksek bir oranda akraba evliliği vardır. Türkiye'deki yüksek akraba evliliği hızı, infant ve çocuk ölümlerinin en önemli nedenlerinden biridir (12). Bu nedendir ki akraba evliliği yapan çiftlere genetik danışma ve genetik araştırmaların yapılması önemli bir konudur (11).

Tablo 1.Ebelik ve hemşirelik öğrencilerin sosyodemografik özellikleri (N:418)

Sosyo-Demografik Özellikler	X	SD
Yaş (min:20 - max:33)	22,3	1,3
Ailenin toplam aylık geliri (min:10 max:4000)	1052	573,1
Devam edilen okul adı	Sayı	%
Konya	90	21,5
Samsun	103	24,6
Adana	97	23,2
Aydın	69	16,5
Adıyaman	59	14,1
Okuduğu bölüm		
Ebelik	202	48,3
Hemşirelik	216	51,7
Algılanan gelir durumu		
İyi	74	17,7
Orta	305	73,0
Kötü	39	9,3
Annenin eğitim durumu		
Okur yazar	65	15,6
İlkokul mezunu	261	62,4
Ortaokul ve üzeri	92	22
Babanın eğitim durumu		
İlkokul mezunu	179	42,8
Ortaokul mezunu	69	16,5
Lise ve üzeri	170	40,7
Annenin çalışma durumu		
Çalışıyor	41	9,8
Çalışmıyor	377	90,2
Babanın mesleği		
Memur	111	26,6
Serbest	197	47,1
İşçi	87	20,8
Emekli	23	5,5
Yaşadığı yer		
Köy/ilçe	197	47,1
İl	221	52,9
Halen kaldığı yer		
Yurt	168	40,2
Ev	156	37,3
Aile ya da akraba yanı	94	22,5
Anne baba akrabalık öyküsü		
Var	89	21,3
Yok	321	76,8
Akrabalık derecesi (n:321)		
1. derece akraba	19	4,5
2 ve 3. derece akraba	78	18,7

Yöntem

Türü ve yeri

Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin genetik hastalık ve genetik danışmanlık bilgi durumlarını incelemeye yönelik olan bu araştırma, Türkiye'deki üniversitelerde ilgili bölümleri bulunan sağlık yüksekokullarında yürütülen kesitsel bir çalışmadır.

Evren ve örnek

Evreni hemşirelik ve ebelik bölümleri bulunan sağlık yüksekokullarının son sınıflarında eğitim gören öğrenciler oluşturmuştur. Ülkemizde yapılan araştırma sonucunda öğrencilerin genetik ve genetik hastalık bilgi durumlarına ilişkin bir araştırmaya rastlanmamıştır. Ebe ve hemşirelerin genetik hastalıklarla ilgili bilgi durumlarına ilişkin veri olarak Tomatır ve arkadaşlarının (13) bildirdiği orandan yararlanılmıştır (%61,5). Bu nedenle ebe ve hemşirelerin bilgi durumlarına bakılarak %95 güven aralığında $\alpha=0,05$ olmak üzere değerlendirildiğinde bir toplumdaki oranın belirli bir doğrulukta tahmininde kullanılan bir tablodan yararlanılmış ve örneklem büyüklüğü 369 olduğu saptanmıştır (14). Çalışmamızda yer alan okullardan gelen anket sayısı 418 olduğundan gelen sayının tümü çalışmaya katılmıştır. Örnek seçiminde küme örnekleme yönteminden yararlanılmıştır. Her okul bir küme kabul edilmiş ve Türkiye'deki okullar farklı coğrafi bölgeleri temsil etmesi yönünden doğu, batı, kuzey ve güney olmak üzere gruplandırılmış ve her gruptan eşit sayıda okul seçilmiştir. Her bölgede yer alan okullardan rastgele seçim yapılmış batıdan bir okul, güneydoğudan bir, kuzeyden bir, güneyden bir ve orta Anadolu'dan bir olmak üzere beş okul örnek büyüklüğünü sağlamak üzere seçilmiştir.

Veri toplama araçları ve verilerin toplanması Verilerin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür bilgileri doğrultusunda (13,15) geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket formunun birinci bölümünde öğrencilerin demografik özelliklerini değerlendiren dokuz soru, ikinci bölümünde temel genetik bilgiler (mitoz - mayoz bölünme vb.) ve genetik hastalık bilgileri ile genetik tanı testlerini içeren yedi soru yer almaktadır. Veriler sınıf ortamında kurumda çalışan öğretim elemanları denetiminde toplu halde öğrenciler tarafından doldurularak toplanmıştır.

Tablo 2. Aile ve yakın akrabalarda genetik hastalık öyküsü durumu

Genetik hastalık öyküsü	Var	Yok
	Evet (Sayı %)	Hayır (Sayı %)
Zeka geriliği	13 (3,1)	405 (96,9)
İşitme bozukluğu	7 (1,7)	411 (98,3)
Konuşma bozukluğu	8 (1,9)	410 (98,1)
Görme bozukluğu	13 (3,1)	405 (96,9)
Böbrek rahatsızlığı	9 (2,2)	409 (97,8)
Akdeniz anemisi (talasemi), kan hastalıkları	10 (2,4)	408 (97,6)
Kardiyak anomaliler	15 (3,6)	403 (96,3)

Araştırmanın değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; Yaş, ekonomik durum, anne ve babanın eğitim durumu, yaşadığı yer, Bağımlı değişken; Genetik hastalık bilgi durumları

İstatistiksel analizler

Verilerin değerlendirilmesi SPSS 10.0 programında yapılmıştır. Sayı ve yüzde dağılımları ve ki-kare analiz testleri kullanılmıştır.

Etik boyut

Araştırma öncesi ilgili kurumlardan yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya alınacak öğrencilere araştırmanın amacı açıklanarak sözel onamları ve gönüllü katılımları sağlanmıştır.

Bulgular

Araştırmaya katılan ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin sosyodemografik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Öğrencilerin yaş ortalaması $22,3 \pm 1,3$, ailenin toplam aylık gelir ortalaması ise $1052 \pm 573,1$ olarak saptanmıştır. %48,3'ü ebelik, %51,7'sinin hemşirelik öğrencisi olduğu, %42,8'inin babalarının ilköğretim mezunu, annelerinin de %62,4'ünün ilköğretim mezunu olduğu, babalarının %47,1'inin serbest çalıştığı annelerinin ise %90,2'sinin ev hanımı olduğu, %21,3'ünün anne babalarının akraba olduğu ve bunun %18,7'sinin uzak %4,5'inin ise kardeş çocukları olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin aile ve yakın akrabalarında genetik hastalık öyküsünün olup olmadığı Tablo 2'de verilmiştir. %82,3'ünde genetik hastalık öyküsünün olmadığı, %17,7'sinde ise aile ve akrabalarında genetik hastalık öyküsünün bulunduğu tespit edilmiştir. Bu genetik hastalıkların hangileri olduğu sorulduğunda %3,6'sının kardiyak anomali, %1,7'sinde ise işitme bozukluğu olduğu saptanmıştır.

Tablo 3. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin genetik bilgileri edinme kaynaklarına göre dağılımı ve yararlanma oranları

	Var	Yok
	Evet (Sayı %)	Hayır (Sayı %)
Genetik bilginin yeterliliği	182 (43,5)	236 (56,5)
Ebe ve hemşirenin danışmanlık rolü	394 (94,3)	24 (5,7)
Genetik bilginin alındığı yer		
Okuldan (lise)	99 (23,7)	319 (76,3)
Okuduğum okul (üniversite)	406 (97,1)	12 (2,9)
Hekimden	42 (10)	376 (90)
Ebe-hemşirelerden	58 (13,9)	360 (86,1)
Hastaneden	105 (25,1)	313 (74,9)
Çevreden	65 (15,6)	353 (84,4)
Kitle iletişim araçlarından	130 (31,1)	288 (69,9)
Kendi yaşadıklarından	23 (5,5)	395 (94,5)
Genetik bilginin öğrenildiği dersler		
Genetik dersi	226 (54,1)	192 (45,9)
Doğum ve kadın sağlığı dersi	258 (61,7)	160 (38,3)
Çocuk sağlığı ve hastalıkları	269 (64,4)	149 (35,6)
Patoloji	92 (22)	326 (78)
İç hastalıkları	169 (40,4)	249 (59,6)
Alınan bilginin yeterliliği	132 (36,5)	282 (67,5)

Tablo 4. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin genetik hastalıklara dair farkındalık düzeyleri

Genetik hastalıklar	Biliyor Sayı
RH faktör	411
Down Sendromu	410
Diyabetes mellitus	410
Hipertansiyon	406
Fenil ketonüri	404
Yarık dudak ve damak	401
Orak hücreli anemi	399
Turner Sendromu	387
Mitoz bölünme	386
Mayoz bölünme	386
Otozomal - dominant kalıtım	385
Renk körlüğü	382
Otozomal resesif kalıtım	381
Hemofili A-B	374
X- dominant kalıtım	373
X- resesif kalıtım	373
Spina bifida / anensefali	370
Hermafroditizm	354
Klinifelter Sendromu	353
Beta talasemi	349
Kistik fibrozis	334
Polidaktili	301
Albinizm	219

Tablo 5. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin genetik tanı testlerine dair farkındalık düzeyleri

Genetik tanı testleri	Testleri bilme durumu Sayı
Amniyosentez	412
Ultrason	405
Umbilikal kan örneği	395
Üçlü tarama testleri	389
Kordosentez	354
Koriyonik villüs örnekleme	323
Kromozom analizi	291

Tablo 6. Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin danışmanlık rolü ile genetik hastalıklara dair farkındalıkları arasındaki ilişki

Hastalık ile ilgili bilgi durumu	Bölüm adı	Önemlilik testi
	S (%)	S (%)
Evet	98 (48,5)	84 (38,9)
Hayır	104 (51,5)	132 (61,1)
Ebe ve hemşirenin danışmanlık rolü		
Evet	190 (94,1)	204 (94,4)
Hayır	12 (5,9)	12 (5,6)

Öğrencilerin genetik bilgileri edinme kaynaklarına göre dağılımı ve yararlanma oranları Tablo 3'te verilmiştir. %56,5'inin genetik bilgilerinin yetersiz olduğunu, %94,3'ünün ebe ve hemşirelerin danışmanlık rollerinin olduğunu, öğrencilerin %97,1'inin genetik bilgilerini üniversite eğitiminden aldıklarını ve bu eğitim sırasında bu bilgileri çocuk sağlığı ve hastalıkları (%64,4) dersinden aldıkları tespit edilmiştir. Alınan bu bilgilerin yeterli olup olmadığı sorulduğunda ise %67,5'inin bilgilerinin yetersiz olduğunu ifade ettikleri görülmüştür.

Öğrencilerin genetik hastalıklara dair farkındalık düzeyleri incelendiğinde; %98,3 ile Rh faktörü en yüksek bilme durumunu oluştururken, %52,4 ile albinizm ise en az bilme durumlarının Tablo 4'de verildiği görülmüştür. Genetik hastalıklara dair farkındalık düzeyleri ilk beş sırada Rh faktörü, Down Sendromu, diyabetes mellitus, hipertansiyon ve fenil ketonüri yer almaktadır.

Öğrencilerin genetik tanı testlerine dair farkındalık düzeyleri Tablo 5'de gösterilmiştir. Öğrencilerin %98,6'sının amniyosentez bilgisinin olduğu, %69,6'sının kromozom analiz testi bilgisinin en az olduğu görülmektedir. Genetik tanı testlerinden ultrason, umbilikal kan örneği alma ve amniyosentezin ilk üç sırada yer aldığı da tespit edilmiştir.

Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin genetik hastalıklara dair farkındalıkları arasındaki ilişki ve danışmanlık rolü Tablo 6'da verilmiştir. Yapılan incelemede ebelik ve hemşirelik öğrencileri ile genetik hastalık farkındalıkları ($X^2:3,934$ p:0,047) arasında bir ilişki saptanmıştır. Öğrenciler ile danışmanlık rolü ($X^2:0,029$ p:0,866) arasında ise bir ilişki saptanmamıştır (Tablo 6).

Tartışma

Genetik hastalıklar sanayileşmiş ülkelerde öncelikli sorunlar arasında yer almasına rağmen, gelişmekte olan ülkelerde yeterince önemsenmemektedir. Genetik alanında hemşirelik 50 yıldan beri yer almaktadır. Bu çalışma, ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin genetik hastalık ve genetik danışmanlık bilgi durumlarını incelemek amacıyla yapılmıştır (Tablo 1). Çalışmaya katılan öğrencilerin %21,3'nün anne-baba akrabalık öyküsünün olduğu, %4,5'nin 1. derece akraba olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde TNSA'ya göre akraba evliliklerinin oranı 1983'de %20,9 iken, 1988'de %26'dır. Tunçbilek'in (12) 2001 yılında yaptığı çalışmada akraba evliliği oranı %20-25 olarak bulunmuştur. 2012 Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre ise bu oran 23,3'tür (16). Çalışma bulguları benzer çalışmalarla aynı bulguları göstermektedir. Bu oranların tekrar yükselişe geçmesinin nedeni artan göçlerin olabileceği tahmin edilmektedir (17).

Kadınların eğitim seviyesindeki düşüklük sonucunda akraba evliliği oranı da artmaktadır (18). Mısırlıoğlu ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları çalışmada da okur yazar olmayan ya da sekiz yıl altında eğitim alan annelerin akraba evliliği oranı, sekiz yıl ve üzerinde eğitim alanlara göre daha fazla olarak bulunmuştur (19).

Çalışmada aile ve yakın akrabalarda genetik hastalık öyküsü %17,7 olarak bulunmuştur. Bu hastalıklar zeka geriliği, görme bozukluğu (%3,1), kan hastalıkları %2,4 olarak bulunmuştur (Tablo 2). Ülkemizde talasemi taşıyıcılığı %2,1, bu oran bazı bölgelerde %10'a kadar yükselmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre taşıyıcılık oranı ise %5,1 olarak bulunmuştur. Çalışma bulgumuzla da oranlar benzerlik göstermektedir (20). Konjenital kalp hastalıkları (KKH) doğumlar içerisinde en yaygın defektlerdendir ve prevalansı bin canlı doğumda 4,9 ile 10 arasında değişmektedir. Yunis Khalid ve arkadaşlarının 2006 yılında yaptıkları çalışmada 1. derece kuzenlerle yapılan akraba evliliklerinde yapmayanların infantlarında yapılan muayenelerde akraba evliliği yapanların bebeklerinde KKH'nin 1,8 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (21).

Çalışmamızda öğrencilerin %56,5'i genetik bilgilerinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir.

Öğrenciler genetik konusundaki bilgileri üniversite eğitimleri sırasında aldıklarını ifade etmişlerdir (%97,1). Bu öğrencilerin %64,4'nün genetik bilgilerini 'Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları' dersinden öğrendiğini ve başlangıçta %43,5'inin bilgilerinin yeterli olduğunu ifade ettikleri bulunmuştur. Tomatır ve Sorkun (2006) yaptığı çalışmada hemşireler genetik bilgiyi okul ve üniversitedeki hemşirelik eğitimi sırasında (%40) ve ders kitaplarından (%43) aldıklarını belirtmişlerdir. Denizli Bölgesi'nde hemşirelerin kalıtsal hastalıklar hakkındaki bilgileri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada en fazla bilgili oldukları 2 konunun birim %60 ile talasemi olduğu, %56'sından fazlasının genetik geçiş biçimleri ve hastalıkların genetik temeli konularında bilgisinin olmadığı görülmüştür (13).

Öğrencilerin %94,3'ü ise ebe ve hemşirelerin danışmanlık rollerinin olduğuna inandıklarını bildirmişlerdir. Tomatır ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada (sahada koruyucu sağlık hizmetinde çalışan) ebelerin de temel genetik bilgilerinin, insan genetik hastalıklarının, prenatal tanı konusunda yetersiz oldukları saptanmıştır (13,15). Metcalfe ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada sahada çalışan ebelerin genetik bilgi konusunda eğitimlerinin yetersiz olduğunu ve bu konuda eğitim almaları gerektiğine inandıklarını söylemişlerdir (22). Julian-Reynier ve Arnaud'un 2006 yılında Fransa'da yaptıkları çalışmada ebe ve hemşirelerin genetik konusunda yeterli eğitimlerinin olmadığı görülmüştür. Abel ve arkadaşlarının 2005'deki çalışmalarında ayrıca Skirton ve arkadaşlarının 2012'deki çalışmalarında da aynı sonuca ulaşılmıştır (24,25).

Öğrencilerin temel genetik bilgi durumları incelendiğinde %98,3'nün Rh faktörü ile ilgili bilgiyi en iyi bildiklerini, %54,4 ile albinizm konusunda en az bilgiyi bildiklerini ifade etmişlerdir. 'Kadın Hastalıkları ve Doğum' dersi ile 'Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları'nda ortak geçen konuların daha yüksek oranda bilindiği ancak sadece genetik derslerinin müfredatlarında bulunan konuların ebelik ve hemşirelik okullarında okutulmaması ya da sadece ebelik bölümlerinde okutulması nedeniyle yeterince aktarılmadığını söylemek mümkündür.

Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin genetik tanı testlerine dair farkındalık düzeylerine bakıldığında amniyosentez %98,6, USG %96,9, umbilikal kan örneği alma %94,5 testleri ilk 3 sırada yer almıştır (Tablo 5). Maggie Kirk'in 1999'daki (Nurse Education Today) yayınında hemşirelere verilen eğitimde %94 ile temel genetik hastalıkları, %92 ile kalıtım yollarını, %69 ile etik kuralları öğrendikleri, %33 ile genetik testleri daha az bildikleri tesbit edilmiştir (26). Bu durum öğrencilerin temel konularla ilgili bilgilerinin yeterli olduğunu ve genetik hastalıklarda önemli olan güncel ve de son çıkan testlerle ilgili önemli bilgiye daha az sahip olduğunu göstermektedir.

Ebelik ve hemşirelik öğrencilerinin genetik danışmanlık ve genetik hastalık farkındalıkları incelendiğinde ebeklik öğrencilerinin %48,5'nin, hemşirelik öğrencilerinin %38,9'nun hastalıklarla ilgili bilgilerinin olduğunu ifade etmişlerdir (Tablo 6). Her iki bölüm öğrencileri karşılaştırıldığında ebeklik bölümünde genetik dersinin olması, ebeklik öğrencilerinde genetik hastalıklarla ilgili bilgilerinin daha fazla olduğunu göstermektedir. Hemşirelik bölümü öğrencilerinin ders müfredatları içerisinde genetik dersinin olmaması, bu hastalıkları farklı dersler içerisinde almış olmaları aradaki farklılığı ortaya koymaktadır. Ancak ebe ve hemşirelerin danışmanlık rolleri sorgulandığında ebeklik öğrencilerinin %94,1'i, hemşirelik öğrencilerinin %94,4'ü gibi büyük

bir çoğunluğunun danışmanlıkta önemli rollere sahip olduğunu göstermektedir. Bu da öğrencilerin özellikle akraba evliliği ve genetik danışmanlık konusunda yeterli bilgiye sahip olduklarını gösteren bir bulgudur.

Sonuç

Son yıllarda yapılan genetik çalışmaların ve genetik hastalıkların tanılarının artması, ülkemizde akraba evliliklerinin oranının batı ülkelerine göre daha yüksek olması ve buna bağlı hastalıkların daha çok görülmesi nedeniyle, kliniklerde bu tip hastaların yer alması sonucunda hemşirelerin genetik hastalığa sahip kişilerle daha çok karşılaşmalarından dolayı bu konularda bilgili olmaları gerekmektedir. Yapılan genom ve moleküler çalışmalar sonucunda, bu tip hastalıklara çok erken dönemlerde tanı konulması söz konusu olduğundan sağlık personeli olarak ebe ve hemşirelerin de farkındalıklarının olması gerekmektedir. Ebeklik ve hemşirelik öğrencilerinin genetik hastalıklar ve genetik danışmanlık konularında farkındalıklarının artması için; ilgili programlarda genetik derslerine mutlaka yer verilmesi ve genetik ders içeriklerinde de genetik hastalık riski taşıyan ailelerin tespitine yönelik tarama testleri, prenatal ve postnatal tanı konularının yer alması yerinde olacaktır. Ayrıca ilgili program öğrencilerine konuya ilişkin düzenlenecek seminer, konferans, sempozyum ve benzeri bilimsel aktiviteler yararlı olacaktır.

Hemşirelik ve Ebeklik Öğrencilerinin Genetik Hastalık ve Genetik Danışmanlık Bilgi Durumları

Okuduğunuz Okulun Adı:

Bölüm

- a) Ebeklik
b) Hemşirelik

Sosyodemografik Özellikler

Anket No:.....

1) Yaşınız.....

2) Ailenizin aylık toplam geliri.....TL

3) Ekonomik Durum Algısı

1. İyi 2. Orta 3. kötü

(Anne ya da babanız hayatta değilse aşağıdaki soruları önceki durumuna göre yanıtlayınız)

4) Annenin Eğitim Durumu

1. Okur-yazar değil 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Üniversite

5) Babanın Eğitim Durumu

1. Okur-yazar değil 2. İlkokul 3. Ortaokul 4. Lise 5. Üniversite

6) Annenin çalışma durumu

1. Çalışıyor..... 2. çalışmıyor

7) Baba Mesleği

1. Memur 2. Serbest 3. işçi

8) En Uzun Süre Yaşadığı Yer

1. Köy/ilçe 2. İl merkezi

9) Halen kaldığınız yer

1. Devlet Yurdu 2. Özel Yurt 3. Ev 4. Aile ya da akraba yanı

10) Anne ve baba da akrabalık öyküsü var mı?

1. var 2. yok (yok ise bir sonraki soruya geçiniz)

11) Cevabınız Var ise akrabalık derecesi nedir?

1. Kardeş çocukları (1. derece) 2. ikinci derece akraba (kuzen evlilikleri)
3. Üçüncü derece uzak akraba

12) Aile ve yakın akrabalarda genetik hastalık öyküsü var mı?

1. var 2. yok

13) Varsa hangi sorunlar?

- a) Zeka Geriliği
b) Serebral Palsi
c) İşitme Bozukluğu
d) Konuşma Bozukluğu
e) Spina bifida, anensefali, nöral tüp defektleri
f) Anatomik Bozukluk
g) Görme Bozukluğu
h) Spastik Engel
i) Ortopedik Engel
j) Böbrek Rahatsızlığı
k) Epilepsi
l) Fenil Ketonüri
m) Akdeniz Anemisi (talasemi), kan hastalıkları
n) Çoklu malfarmasyon
o) Kardiyak anomaliler
p) Hemoglobüropati
q) Diğer.....

Genetik İle İlgili Sorular

1) Genetik ve genetik hastalıklar ile ilgili bilgilerinizi yeterli buluyor musunuz?

1. evet 2. hayır

2) Genetik hastalıkların tanınmasında ebe/hemşirenin danışmanlık rolü olduğunu düşünüyor musunuz?

1. evet 2. hayır

3) Genetik hastalıklar ile ilgili bilgileri nereden öğrendiniz?

1. Okuldan (lise)
2. Okuduğum okul (üniversite)
3. Hekimden
4. Ebe-hemşirelerden
5. Hastaneden
6. Çevreden
7. Kitle iletişim araçlarından
8. Kendi yaşadıklarından 9. Diğer.....

4) Hemşirelik ebelik eğitimi sırasında genetik ile ilgili bilgiyi hangi ders-derslerden aldınız?

1. Genetik dersi 2. Doğum ve kadın sağlığı dersi
3. Çocuk sağlığı ve hastalıkları 4. Patoloji
5. İç hastalıkları 6. Diğer.....

	Biliyor	Az Biliyor	Bilmiyor		Biliyor	Az Biliyor	Bilmiyor
5) Derlerde aldığınız bilginin genetik problemi olan bireyleri değerlendirmek konusunda yeterli olduğunu düşünüyor musunuz?	1. Evet	2. Hayır		10. Hemofili A-B			
6) Aşağıda verilen genetik hastalıklarla ilgili uygun alanı işaretleyiniz.				11. Albinizm			
1. Beta talasemi				12. Kistik fibrozis			
2. Fenil ketonüri				13. Polidaktili			
3. RH faktör				14. Turner Sendromu			
4. Down Sendromu				15. Klinifelter Sendromu			
5. Spina bifida/anensefali				16. Mitoz bölünme			
6. Diyabetes mellitus				17. Mayoz bölünme			
7. Orak hücreli anemi				18. Otozomal-dominant kalıtım			
8. Yarı dudak ve damak				19. Otozomal resesif kalıtım			
9. Renk körlüğü				20. X-dominant kalıtım			
7. Aşağıdaki genetik tanı testleriyle ilgili bilgilerinizi testler hakkında bilgilerinizi "var" ya da "yok" şeklinde işaretleyiniz.				21. X-resesif kalıtım			
Genetik tanı testlerivaryok		Bilgim var	Bilgim yok	22. Hipertansiyon			
1. Ultrason				23. Hermafroditizm			
2. Amniyosentez							
3. Umbilikal kan örneği							
4. Kordosentez							
5. Üçlü tarama testleri							
6. Koriyonik villüs örnekleme							
7. Kromozom analizi							

İletişim: Dr. Nesrin Turaçlar

E-posta: drnesrinturaclar@yahoo.com

Kaynaklar

- World Health Organisation. (1996). Control of hereditary disease. WHO Technical Report Series 865. WHO, Geneva, available Accessed April 1,2013, at <http://www.who.int>
- Alwan A, & Modell B. Recommendations for introducing genetics services in developing countries. *Nat Rev/Gene* 2003; 4, 61–68.
- Hunter A, Wright P, Capelli M, Kasaboski M, Surh L. Physician knowledge and attitudes toward molecular genetic (DNA) testing and their patients. *Clin Genet* 1998; 53:447-55
- Lea DH, Fetham SL, & Monsen RB. Genomic-Based health care in nursing: A bidirectional approach to bringing genetics into nursing's body of knowledge. *J. Prof. Nurs* 2002; 18, 120-129.
- Brantl V, & Esslinger P. Genetics: Implications for the nursing curriculum. *Nursing Forum* 1962; 1, 90-100.
- Burke S, & Kirk M. Genetics education in the nursing profession: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2006; 54(2), 228–237
- Jenkins Jean F, Dimond E, Steinberg S. Preparing for the Future Through Genetics Nursing Education. *Journal of Nursing Scholarship* 2001; 33:2, 191-195.
- Prows CA, Glass M, Nicol MJ, Skirton H, Williams J. Genomics in Nursing Education. *Journal of nursing scholarship* 2005; 37:3, 196-202.
- Christianson A, & Modell B. Medical genetics in developing countries. *Annu.Rev.Genomics.Hum.Genet* 2004; 5, 219-265.
- Bennett RL, Motulsky AG, Bittles A, Hudgins L, Uhrich S, Doyle DL, Silvey K, Ronald Scott C, Cheng E, McGillivray B, Steiner RD, & Olson D. Genetic counseling and screening of consanguineous couples and their offspring:Recommendations of the national society of genetic counselors. *J. Genet. Coun.* 2002; 11, 97-119.
- Tunçbilek E. Clinical outcomes of consanguineous marriages in Turkey. *Turkish J. Pediat.* 2001; 43, 277-279.
- Tomatır AG, Sorkun HÇ, Demirhan H, Akdağ B. Nurse' Professed knowledge of genetics and genetic Counseling. *Tohoku J. Exp. Med.*, 2006; 210, 321-332.

13. World Health Organisation. (1991). WHO, Geneva, available Accessed April 1,2013, at [http:// www.who.int](http://www.who.int)
14. Tomatır AG, Özşahin A, Sorkun HÇ, Demirhan H., & Akdağ B. Midwives' Approach to genetic diseases and genetic counseling in Denizli, Turkey. *J. Genet. Couns.* 2006; 15, 191-198.
15. Türkiye İstatistik Kurumu. Accessed April 18,2013, at <http://www.tuik.gov.tr>
16. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003 Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye. Accessed April 18,2013.
17. Tekbaş ÖF, Oğur R, Uçar M. Genç Erişkin Erkekler Arasında Akraba Evliliği Sıklığının Ve Nedenlerinin Araştırılması. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2005; 4(3).
18. Mısırlıoğlu ED, Aliefendioğlu D, Fidan K, Çakmak FN, Haberal A, Sağlık Bakanlığı Ankara Etlik Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Doğum yapan Annelerin Antenatal Bakım Hizmetlerinden Yararlanma Durumun Değerlendirilmesi. *Perinatoloji Dergisi*. 2006; Cilt:14, Sayı 1. 7-13.
19. Denizli İl Sağlık Müdürlüğü. Accessed April 18,2013. <http://www.denizi.saglik.gov.tr>
20. Khalid Y, Ghina M, et al. Consanguineous Marriage and Congenital Heart Defects: A case-Control Study in the Neonatal Period. *American Journal of Medical Genetics Part A* 2006; 140A:1524-1530.
21. Metcalfe A, Haydon J, Bennett C, Farndon P. Midwives' views of the importance of genetics and their confidence with genetic activities in clinical practice: implications for the delivery of genetics education. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 1-12
22. Julian-Reynier C, Arnaud S. France: Genetics Education for Non-Genetics Health Care Providers. *Community Genet* 2006; 9:227-234 DOI: 10.1159/000094470
24. Abel E, Horner SD, Tyler D. Innerarity SA. The Impact of Genetic Information on Policy and Clinical Practice. *Policy, Politics, & Nursing Practice* Vol. 2005; 6 No. 1, February, 5-14 DOI: 10.1177/1527154404272143
25. Skirton H, Barnoy S, Erdem Y, Ingvaldstad C, Pestoff R, Teksen F, Williams J. Suggested components of the curriculum for nurses and midwives to enable them to develop essential knowledge and skills in genetics. *J Community Genet* 2012 October 3(4): 323-329. doi: 10.1007/s12687-012-0098-9
26. Kirk M. Preparing for the future: the status of genetics education in diploma-level training courses for nurses in the UK. *Nurs.Educ.Today* 1999; 19, 107-115.

Cinsel Saldırı Sonucunda Gebe Kalan Olguların Değerlendirilmesi

Evaluation of Pregnancy Due to Sexual Assault Cases

Araştırma



Research

*Dr. Mehmet Cavlak**, *Dr. Aysun Balseven Odabaşı***,
*Dr. Ramazan Akçan***, *Dr. Ali Rıza Tümer****, *Dr. Özge Gülmez*****,
*Dr. Eda Yılmaz*****

Geliş tarihi : 17.03.2014

Kabul tarihi: 21.04.2014

Öz

Cinsel saldırı sonucu gebe kalan olgular adli tıbbin önemli bir konusu olup; bu çalışmada 2011-2013 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na cinsel saldırı sonucu beden ve ruh sağlığının değerlendirilmesi amacıyla başvuran gebe olguların özellikleri irdelenmiştir. 2011-2013 yılları arasında toplam 23 cinsel saldırı sonucu gebe kalan kadının beden ve ruh sağlığının değerlendirilmesi amacıyla başvurmuş olduğu, olay tarihindeki yaşlarının 13-34 aralığında olduğu, %70'inin olay tarihinde 18 yaşından küçük olduğu, % 65 vakada olguda cinsel saldırının mükerrer olduğu, 11 olguda zeka geriliği tespit edildiği ve olguların tamamının saldırganı tanıyor olduğu tespit edilmiştir.

Cinsel saldırı sonucu oluşan gebelikler önlenemez olmasına rağmen geç fark edilmesi, cinsel saldırı mağdurlarının başvurabilecekleri merkezlerin bulunmaması, yeterince destek alamamaları ve toplumsal baskılar gibi nedenlerle çoğunlukla ileri evrede saptanmakta, ileri evrede olmadığı durumlarda bile pek çok farklı nedenle gebelik sonlandırılmayabilmekte ve mağdur doğum yapmak zorunda kalabilmektedir. Cinsel saldırı sonrası mağduru bu tür istenmeyen gebelikten korunması için mutlaka saldırı sonrası başvurularda acil kontrasepsiyon uygulanmalı, gebeliğin erken evrede saptandığı olgularda mağduru rızası ile tıbbi abortus düşünülmelidir. İleri evrede saptanan gebelerde ise mağduru rızası ile annenin sağlığını tehdit etmediği sürece Adli Tıp, Psikiyatri ve Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlarından oluşan bir heyet tarafından olgu ele alınarak, olgu özelinde karar alınmalıdır.

Anahtar sözcükler: Cinsel saldırı sonucu gebelik, Acil kontrasepsiyon, Küretaj

Abstract

Becoming pregnant as a result of sexual assault, is an important subject of forensic medicine. In this study, the characteristics of sexual assault related pregnancy cases, who admitted to Hacettepe University Faculty of Medicine Department of Forensic Medicine for evaluation of physical and mental health were studied.

It was found that totally 23 cases who became pregnant due to a sexual assault admitted for physical and mental health evaluation between years 2011 and 2013, age of the victim at the time of the incident ranged 13 to 34, 70% were under 18 years of age at the time of the incident, 65% of the cases were repetitive, 11 had mental retardation and all of the victims knew the assailant before.

Although the pregnancy related to sexual assault is a problem that can be prevented, they are mostly determined in a late period of pregnancy for some reasons such as late recognition, the lack of sexual assault centers that the victims may apply, lack of enough support and social pressure. Even in the situations out of the late periods, the pregnancy may not be terminated for a number of different reasons and the victim has to make the birth. Emergency contraception must be applied at the admission after a sexual assault in order to protect the victim from those unwanted pregnancies. In the earlier period of the pregnancy, medical abortion should be thought with the consent of the victim. For the pregnancies that were detected within the late period, case by case evaluation should be made by a board which consists of forensic medicine specialists, psychiatrists and obstetricians while the victim gives consent and as long as it doesn't threaten the health of her.

Key words: Sexual assault-related pregnancy, Emergency contraception, Curettage

* Uzm.; Adli Tıp Kurumu, Ankara Grup Başkanlığı, Morg İhtisas Dairesi, Ankara

** Doç.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Adli Tıp AD, Ankara

*** Prof.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Adli Tıp AD, Ankara

**** Arş.Gör.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Adli Tıp AD, Ankara

Giriş

Cinsel saldırı, rızası olmayan veya bir sebeple rızası geçerli olmayan bir kişinin farklı zorlamalarla cinsel içerik taşıyan bir davranışa maruz kalması olarak tanımlanmaktadır (1, 2). Türk Ceza Kanunu'nun 102. maddesindeki ifadesinde cinsel saldırı; "cinsel davranışlarla bir kimsenin vücut dokunulmazlığını ihlâl edilmesi" şeklinde tanımlanmıştır. Vücuda organ veya başka bir cisim penetrasyonu da aynı kanuna göre suçun nitelikli halini oluşturmaktadır (3). Kanundaki cinsel saldırı tanımının kapsamı literatürdeki "cinsel şiddet" tanımı ile benzerlik göstermektedir.

Kanunun 103. maddesi ise çocukların cinsel istismarını tanımlamakta olup, buna göre "onbeş yaşını tamamlamamış veya tamamlamış olmakla birlikte fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş olan çocuklara karşı gerçekleştirilen her türlü cinsel davranış" cinsel istismar kapsamına girmektedir.

Cinsel saldırı ve cinsel istismar ile ilgili 102 ve 103. maddelerindeki tanımlara göre cinsel arzuları tatmin amacına yönelik vücut dokunulmazlığının cinsel davranışlarla ihlâl edilmesi cinsel saldırı suçunu oluşturmaktadır (3).

Toplum açısından önemli sorunlara yol açan, insana yönelik suçların başında gelen cinsel saldırının sağlıkla ilgili sonuçları hekimleri yakından ilgilendirmektedir.

Cinsel saldırı mağdurları erken ve geç dönemde fiziksel ve psikolojik açıdan pek çok sorunla karşı karşıya kalmakta olup, istenmeyen gebelikler, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, seksüel disfonksiyon, infertilite, pelvik inflamatuvar hastalık, posttravmatik stres bozukluğu, depresyon, intihar ve intihar girişimleri bunların başlıcalarıdır (4, 5, 6, 7).

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2013 yılında yayınlanan bir rapora göre; her 5 kadından biri hayatlarının bir döneminde cinsel saldırıya maruz kaldıklarını bildirmektedir (8). Aynı yılda İngiltere verileriyle yayımlanan bir raporda da 16-59 yaş aralığındaki her 5 kadından birinin bir çeşit cinsel şiddete, her 20 kadından birinin de cinsel saldırıya maruz kaldığı bildirilmiştir (9).

Cinsel saldırı sonucu oluşan gebelikler istenmeyen gebelikler sınıfında olup, önlenebilir olmasına rağmen cinsel saldırıya uğrayan kişilerin kapsamlı destek alabilecekleri merkezlerin bulunmaması, saldırıya uğrayanın eğitim seviyesi ve toplumsal baskılar gibi nedenlerle önlenememektedir. Gebelik erken evrede saptanamadığında ise küretaj ileri evrede anne sağlığı açısından riskli olmasından dolayı tıbbi abortus uygulanamamaktadır. Cinsel saldırı sonucunda mağdur travma yaşamaktadır ve sonrasında doğurmak ve bazen bebeğe bakmakla yükümlü olduğu durumlarda da bu travmanın etkileri kalıcı ve daha uzun süreli olmaktadır. Ayrıca gebelik nedeniyle ve doğum komplikasyonlarına bağlı olarak beden sağlığında kalıcı bozulmalar meydana gelebilmektedir.

Amaç

Bu araştırmada 2011-2013 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı'na cinsel saldırı sonucu beden ve ruh sağlığının değerlendirilmesi amacıyla başvurmuş olan olgulardan gebe kalmış olan olguların özellikleri irdelenmiştir.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada; 2011-2013 yılları arasında bölümümüze beden ve ruh sağlığının değerlendirilmesi amacıyla gönderilen cinsel istismar/saldırı sonucu gebe kalan olgular sosyodemografik özellikleri, istismar/saldırıya ait özellikler, ruhsal değerlendirmeleri, istismar/saldırı sonrasındaki adli süreçler, saldırganın ait özellikler, gebelik ve sonrasına ait süreçler açısından değerlendirilmiştir. Olguların tamamı ile adli tıp uzmanları tarafından görüşme yapılmış, tamamından kadın hastalıkları ve doğum bölümünden konsültasyon istenmiş, çocuk yaş grubunda olan olguların ruhsal değerlendirmeleri Çocuk ruh sağlığı uzmanları tarafından, erişkin hastaların ruhsal değerlendirmeleri ise erişkin psikiyatri uzmanları tarafından yapılmıştır.

Bulgular

2011-2013 yılları arasında cinsel saldırı olayı sonucu gebe kalan 23 kadın olgu değerlendirmeye alınmıştır. Olguların muayene tarihindeki yaşları 15-35 arasındadır. Gebe kalma yaşı en düşük 13, en yüksek ise 34'tür. Olguların 2'si üniversite öğrencisi, 2'si lise öğrencisi, 5'i ortaokul mezunu, 6'sı ilkököl mezunu, 4'ü hiç okula gitmemiş, 2'si ise özel

eğitime devam etmektedir. Olguların 18'i ilde, 3'ü ilçede 2'si köyde yaşamaktadır. Onbir olguda hafif veya orta derecede zeka geriliği şeklinde doğuştan mental retardasyon mevcuttur. Tüm olgular cinsel yolla bulaşan hastalıklar paneli açısından negatif bulunmuştur. Altı olgu saldırgan ile akraba, birinde saldırgan mağdurun eşi olup, diğerlerinde ise akrabalık durumu yoktur. Olguların 8'inin olayın öncesinde saldırgan ile duygusal ilişki öyküsünün olduğu saptanmuştur. Tüm olgular rızaları olmadan yaşanan cinsel ilişki sonucunda hamile kaldıklarını ifade etmektedir. Olguların 16'sı hastanede doğum yapmuştur. Olguların 6'sı çocuğa kendisi bakmakta, 5 çocuk mağdurun ailesi, diğerleri ise evlatlık verildiği aile ve çeşitli kurumlar tarafından bakılmaktadır. Saldırıların 14 tanesi ev ortamında gerçekleşmiş olup, diğerlerinde olay yeri araba ve ahır gibi yerlerdir. Olay esnasında 6 saldırganın madde kullandığı, en sık kullanılan maddenin de alkol olduğu saptanmuştur. Olguların 4'ü olay esnasında darp edildiklerini ifade etmişlerdir. 15 olguda cinsel saldırı birden çok defada gerçekleşmiş olup, 11 olgu saldırgan tarafından tehdide uğradığını ifade etmiştir. Olguların 7'si olayı ilk defa olaydan bir süre bir doktora anlattığını bildirmiştir. Olguların sosyodemografik özellikleri, istismar/saldırıya ait özellikler, ruhsal değerlendirmeleri, istismar/saldırı sonrasındaki adli süreçler, saldırganla ait özellikler, gebelik ve sonrasına ait süreçler tabloda verilmiştir.

Tartışma

Cinsel saldırı olayları sonucunda travma sonrası stres bozukluğuna varabilen ruhsal bozuklukların yanında künt veya bir cisimle olabilen fiziksel yaralanmalar ve hatta ölüm meydana gelebilmektedir. Bunların yanında doğurgen çağdaki kadınlara karşı penil-vajinal ilişki ile olan cinsel saldırıların % 1-5'inde de gebelik meydana gelmektedir (10, 11). Bu olguların tanınması için kuşkulanma ilk basamaktır. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinde adolesan çağ da dahil olmak üzere doğurgenlik çağındaki kadınlarla gerek sağlık kuruluşunda gerekse sahada karşılaşıldığında evli olmasa dahi gebelik ihtimali her zaman akılda tutulmalıdır. Bu gebeliğin bir cinsel saldırı ile, süregelen bir ensest sonucu veya akıl hastalığı ya da zeka geriliği olan bir kişide istismar sonucunda meydana gelmiş olabileceği ve bu nedenle kişinin bunu saklama eğiliminde olabileceği akılda tutulmalıdır. Bu tarz bir gebeliğin açığa

çıkarılmasının ve gerekli mercilere bildirilmesinin özellikle cinsel istismar olgularında istismarın durdurulması açısından son derece önemli olduğu unutulmamalıdır.

Çalışmamızdaki 23 olgudan 7'si olayı olaydan kısa bir süre sonra ilk trimester içinde bir doktora anlattığını bildirmiştir. Hekim hasta ilişkisi çerçevesinde hastanın hekime duyduğu güvenin cinsel saldırı olayını ilk olarak hastanın hekimine anlatmasında etkili olduğu düşünölmüştür. Birinci basamak sağlık hizmetleri sunumunda karşılaşılan olgular özelinde cinsel istismar/saldırı olguları önemli bir yer tutmaktadır. Bu şekildeki bir başvuru esnasında cinsel saldırı kuşkusu olan olgularda hekimin tıbbi yardım, tıbbi bulguları belgelendirme ve bildirim sorumlulukları vardır (12). Fiziksel bulgular kayıt altına alınmalı ve akut cinsel saldırılarda acil kontrasepsiyon ivedilikle gerçekleştirilmez. Bu gibi olayların neredeyse tamamında saldırgan olayın meydana geldiğini inkar ettiğinden olayın ispatı açısından ilk karşılaşan hekimin yaptığı muayene ve düzenlediği rapor hayati önem taşımaktadır. Bu aşamadaki eksikliklerin sonucunda cinsel saldırıya maruz kalan kişinin ve savcının elinde yeterli delil bulunmadığından saldırganın soruşturmadan beraat ettiği kişisel tecrübelerimizle gözlemlenmektedir. Bu da cinsel saldırılarda ilk muayene ve bulguların değerlendirilmesinin ne derece önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Cinsel saldırı olaylarında özellikle 18 yaşın altındaki olguların önemli bir kısmında saldırganın kişinin tanıdığı bir kişi olduğu bilinmektedir (11). Buna paralel olarak bu çalışmamızdaki olguların tamamında saldırganın kişinin tanıdığı kişiler olduğu görölmektedir. Bunun yanında olgularımızın % 23'ünde saldırganın aile içinden bir kişi olması bu tür olgularla sık karşılaşıldığını göstermekte olup, cinsel saldırı olgularında anamnez alınırken üçüncü kişilerin görüşme odasında bulunmaması gerekir.

Ensest olgularının çoğunda ve cinsel saldırı olgularının bir kısmında olay tehdit veya şiddet eşliğinde birden fazla eylem şeklinde olmaktadır. Bu durum da cinsel saldırı sonucu gebelik ihtimalini artırmaktadır. Holmes ve arkadaşları çalışmalarında % 41,2 olguda gebeliğin mükerrer cinsel saldırılar sonrasında meydana geldiğini bildirilmişken çalışmamızda bu oran % 65 olarak ortaya çıkmıştır (11).

Tablo: Sosyodemografik veriler

	Sayı (n=23)	Yüzde
18 yaş altı (13-17 yaş)	16	70
18 yaş üstü (18-34 yaş)	7	30
Olay tarihindeki ortalama yaş	21	
Medeni Durumu		
Evli	7	30
Evli değil	16	70
Eğitim Durumu		
Hiç okula gitmemiş	4	17
Özel eğitime gidiyor	2	9
İlkokul mezunu	6	26
Ortaokul mezunu	5	22
Lise öğrencisi	2	9
Üniversite öğrencisi	2	9
Nerede yaşıyor?		
Köyde	2	9
İlçede	3	13
Şehirde	18	78
Doğuştan mental retarde	11	48
Saldırgan ile önceden duygusal ilişki mevcut	8	35
Olay nedeniyle ruh sağlığı		
Bozulmuş	14	61
Bozulmamış	5	22
Saldırgan kim?		
Saldırganı uzaktan ismen tanıyorum	5	23
Arkadaş	12	54
Akraba	5	23
Tanımiyorum	0	0
Olay evde olmuş	14	61
Olay sırasında saldırgan madde etkisi altında	6	26
Olay sırasında fiziksel şiddet uygulanmış	4	17
Tekrarlayan cinsel saldırı	15	65
Tehdit varlığı	11	48

Cinsel saldırı olaylarında olayın sonrasında sağlık kuruluşuna başvuran kadınlar için olaydan sonraki ilk 72 saat içinde postkoital kontrasepsiyon çok büyük öneme sahiptir (7, 13, 14) . Bu aşamada yapılan ihmallerde birçok olguda gebelik fark edildiğinde cinsel saldırı olayları için ülkemizdeki yasal kürtaj süresi olan 20 hafta aşılmış olduğundan gebeliğin sonlandırılması süreçlerinde güçlük yaşanmaktadır. Özellikle ensest olgularında istismar edilen kişi baskı altında olduğundan olay uzun süre gizli kalmakta ve bu nedenle bazen saldırı doğum için başvuran mağdur hakkında sağlık çalışanlarının bildirim yapması sonucunda açığa çıkmaktadır (15, 16).

Çalışmamızdaki 3 olguda orta derecede zeka geriliği olduğu tespit edilmiştir. Bu olguların yapılan değerlendirmelerinde beden veya ruh bakımından kendisini savunamayacak durumda oldukları, fiilin hukukî anlam ve sonuçlarını algılama yeteneği gelişmemiş oldukları kanaati oluşmuştur. Zeka geriliği istismara son derece açık bir durum olup, bu kişilerin istismarının gebelikle sonuçlandığı durumların çok daha geç fark edildiği ve çoğunlukla doğumun gerçekleştiği bilinmektedir. Bu nedenle özellikle orta ve ağır derecede zeka geriliği olan kadın olguların yeterli aile desteği ve korumaları olmadığı takdirde sosyal açıdan desteklerinin sağlanması ve kişinin yüksek yararı için rahim içi araç gibi tedbirlerle gebeliğe karşı korunmaları büyük önem arz etmektedir.

Sonuç

Cinsel saldırı sonucu oluşan gebelikler önlenemez olmasına rağmen geç fark edilme, toplumsal baskılar ve çekinceler gibi nedenlerle ileri evrede saptanmakta ve kişi doğum yapmak zorunda kalmakta/bırakılmaktadır. Bu durumda gebe cinsel saldırı nedeniyle yaşadığı travmayı ikinci kez yaşamakta ve kalıcı psikiyatrik bozukluklar oluşmaktadır. Yine gebelik esnasında ve doğumda meydana gelen komplikasyonlar nedeniyle beden sağlığından bozulma meydana gelebilmektedir.

Gebeliğe neden olmuş cinsel saldırı olgusunda travmanın ruhsal boyutu ile ilgili psikiyatrik değerlendirmeler ihmal edilmemeli ve gebelik terminasyonu kararında en az fiziksel rahatsızlıklar kadar mağdura oluşması muhtemel psikiyatrik rahatsızlığın önemli olduğu da akılda tutulmalıdır (17).

Cinsel saldırı sonrası kişinin bu tür istenmeyen gebeliklerden korunması için gebeliği önleyici yöntemler mağdura anlatılmalı ve uygun olan bir yöntemle birlikte karar verilmelidir. Gebeliğin erken evrede saptandığı olgularda hastanın rızası olduğunda tıbbi abortus düşünülmelidir. İleri evrede saptanan gebeliklerde ise annenin sağlık durumu göz önüne alınarak tıbbi bir sakınca yoksa tıbbi abortus kararı verilebilmelidir, ancak bu karar verilirken olgular adli tıp, psikiyatri/çocuk ruh sağlığı uzmanları ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarından oluşan deneyimli bir heyet tarafından detaylı bir şekilde değerlendirilmeli ve olgu özelinde karara varılmalıdır.

İletişim: Mehmet Cavlak

E-posta: drmehmetcavlak@hotmail.com

Kaynaklar

1. Yorulmaz C, Şanyüz Ö, Ketenci HÇ. Cinsel Saldırı. Çetin G, Yorulmaz C (ed) Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi içinde. İstanbul, 2006: 127-141.
2. Australian Centre for the Study of Sexual Assault. Personal Safety Survey 2012. <http://www.aifs.gov.au/acssa/statistics.html#safetysurvey> Erişim tarihi: 15.03.2014.
3. Türk Ceza Kanunu. Ankara: Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2008.
4. Tümer AR, Kanburoğlu Ç, Balseven Odabaşı A. Cinsel Saldırı Referans Merkezlerinin Önemi ve Yapılanması. Hacettepe Tıp Dergisi 2009; 40: 13-8.
5. WHO guidelines for medico-legal care for victims of sexual violence Cenevre, 2003. <http://whqlibdoc.who.int./publications/2004/924154628X.pdf> Erişim tarihi: 14.03.2014.
6. United Nations Population Fund. Programme Advisory Note Reproductive Health Effects of Gender-based Violence: Policy and Programme Implications. <http://213.55.79.31/adf/adfvi/documents/UNFPA-RH-effects-of-GBV.pdf> Erişim tarihi: 14.03.2014
7. Rape Crisis Center, Inc. Dane County, Wisconsin. After a Sexual Assault. http://www.uhs.wisc.edu/assault/documents/after_an_assault.pdf Erişim tarihi: 15.03.2014.
8. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey 2010 Findings on Victimization by Sexual Orientation. <http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/sv-datasheet-a.pdf> Erişim tarihi: 15.03.2014.
9. Ministry of Justice, Home Office and the Office for National Statistics. An Overview of Sexual Offending in England and Wales. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/214970/sexual-offending-overview-jan-2013.pdf Erişim tarihi: 15.03.2014
10. Gottschall JA, Gottschall TA. Are Per-Incident Rape-Pregnancy Rates Higher Than Per-Incident Consensual Pregnancy Rates? Human Nature, 2003; 14 (1): 1-20.
11. Holmes MM, Resnick HS, Kilpatrick DG, Best CL. Rape-related pregnancy: Estimates and Descriptive Characteristics From a National Sample of Women. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 320-5.
12. Sözen Ş, Aksoy E, Cinsel Saldırlarda Hekim Sorumluluğu, Tıbbi ve Hukuki Yaklaşım. Klinik Gelişim 2009; 22: 101-9.
13. Ledray LE, Forensic Medical Evidence: Contributions of the Sexual Assault Nurse Examiner (SANE). In: Savino JO, Turvey BE, ed. Rape Investigation Handbook. 2005: 119-146.
14. Stewart FH, Trussell J. Prevention of Pregnancy Resulting From Rape: A Neglected Preventive Health Measure. Am J Prev Med 2000; 19: 228-9.
15. Özdemir B, Celbiş O, İris M, Üzün İ. Doğumla Sonuçlanan Baba-Kız Ensesti: Olgu Sunumu. JIUMF 2012; 19 (1): 30-2.
16. Aktepe E, Kocaman O. Hamilelikle sonuçlanan kardeş ensesti olguları Anadolu Psikiyatri Derg. 2013; 14: 177-80.
17. Ekizoğlu O, İnce H, Korur Fincancı, Kantarcı N, Has R, Direk N. Problem of Pregnancy in Sexual Assaults, J Turkish-German Gynecol Assoc 2008; 9 (2): 105-9.

Yaşlıya Evde Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün Değerlendirildiği Bir Araştırma

A Study Which Evaluated The Caregiving Burden of Caregivers to Elders at Home

Araştırma



Research

Dr. Ayşe Gürol*, Dr. Cantürk Çapık**

Geliş tarihi : 24.01.2014

Kabul tarihi: 01.03.2014

Öz

Amaç: Bu çalışmanın amacı, yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumlarını belirlemek, bu yaşlı bireylere bakım verenlerin bakım verme yüklerini saptamaktır.

Yöntem: Tanımlayıcı türde yapılan bu çalışmanın verileri, Mart-Temmuz 2013 tarihleri arasında ev ziyaretleri yoluyla toplandı. Çalışma bir aile hekimine ait bölgede yaşayan 51 yaşlının bakım vericisi ile tamamlandı. Bakım vericiler, bakımını üstlendiği yaşlı ile aynı evde yaşamaktaydılar. Çalışmanın verileri, tanıtıcı bilgi formu, Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği kullanılarak toplandı. Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 16.0 paket programında yapıldı.

Bulgular: Bakım alan yaşlıların yaş ortalaması $73,20 \pm 10,30$ yıl olup, yaşları 60-97 arasında değişmektedir. Yaşlıların Katz Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi puan ortalamasının $10,02 \pm 4,56$ olduğu ve yaşlıların %74,6'sının bağımlı ya da yarı bağımlı oldukları belirlenmiştir. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği'ne göre bakım vericilerin bakım yüklerinin ortalama $45,33 \pm 18,06$ puan olduğu, %58,8'inin ileri derecede bakım yüküne sahip olduğu belirlendi.

Sonuç: Çalışma sonuçlarına bakılarak yaşlı bireylere bakım vermenin çeşitli sağlık problemi olan hastalara bakım vermek kadar zor olabileceği, yaşlının bağımlılık düzeyi arttıkça, günlük yaşam aktivitelerinin kötüleştiği ve bakım vericilerin bakım yükünde anlamlı derecede artış olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar sözcükler: Günlük yaşam aktivitesi, Bakım yükü, Yaşlı

Abstract

Objective: The purpose of this study is to determine the status to able to do the daily activities of the elders and the caregiving burden of caregivers of them.

Method: The data of this descriptive study were collected via home visits between March 2013 and July 2013. The study was carried out with caregivers of 51 elder individuals living in the region of a family physician. Caregivers lived in the same house with elders who they take care of. The data of the study were collected by using the introductory information form, Katz Index of Independence in Activities of Daily Living, and Zarit Burden Interview. The data were coded and evaluated by using SPSS 16.0 software program in the computer environment.

Results: The elders who received care had an age average of 73.20 ± 10.30 and were aged between 60 and 97. It was determined that the elders had a Katz Index of Independence in Activities of Daily Living mean score of 10.02 ± 4.56 and 74.6% were either dependent or semi-dependent. According to the Zarit Burden Interview, it was found out that caregivers had a mean care-giving burden of 45.33 ± 18.06 and 58.8% had an advanced care-giving burden.

Conclusion: Considering the study results, it was determined that to look after the elder individuals might be as difficult as take care of the patients with various health problems, daily life activities of elder individuals worsened as their dependence level increased, and there was a significant increase in the burden of caregivers in care.

Key words: Activities of Daily Living, Care-giving burden, Elder

* Yrd. Doç.; Atatürk Ü. Sağlık Hizmetleri MY, Erzurum

**Yrd. Doç.; Atatürk Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Öğretim Üyesi, Erzurum

Giriş

Yaşlılık, bireyin fiziksel görünüm, güç, rol ve bulunduğu konum açısından kayba uğradığı, yeti yitimleri ve fiziksel hastalıkların artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği bir dönem olarak tanımlanmaktadır (1). Nüfusun yaşlanması toplum için önemli pek çok sorunun başında gelmektedir. Teknolojik gelişmelerin yaşam koşullarına olumlu katkıları, sağlık hizmetlerindeki nitelikli gelişmeler, toplumun eğitim düzeyinin yükselmesinin olumlu etkileri ile yaşlı nüfusun genel nüfusa oranı artmış, bu durum toplumlarda yeni sorunları ortaya çıkarmıştır (2).

Yaşlılık döneminde yaşanan en önemli sosyal sorunlardan birisi yaşlıların bakımudur. Her ne kadar 65 yaş ve üzerindeki her yaşlı hasta ve bakıma muhtaç olmasa da hastalanma riski ve fiziksel yetersizlikleri nedeniyle yardıma gereksinim duyma olasılığı artmaktadır (3). Yaş ilerledikçe özellikle de 75 yaş ve üzerindeki yaşlılarda kronik hastalıklar ve sakatlıkların görülme sıklığının arttığı ve bu bireylerin ev idaresi, temizlik, alışveriş, yemek, banyo, tuvalet gibi günlük yaşam aktivitelerinin birini ya da birkaçını yerine getirmede zorlandıkları, başkalarına muhtaç ve bağımlı hale geldikleri belirtilmektedir (4).

Hastalıkların sağ kalım sürelerinin ve ortalama insan ömrünün uzaması, bakım ihtiyacı duyan birey sayısında artışı beraberinde getirmiştir. Bu gelişmelerle bakım veren kişi kavramı önem kazanmıştır (1,5). Kültürel ve sosyal şartlara bağlı olarak değişmekle birlikte hasta bireyin bakımını sıklıkla aile bireylerinden biri ya da hastanın eşi üstlenmektedir (3,4,6). Bakım hizmeti tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme vb.), kişisel bakım (yıkama, beslenme, tuvalete gitme, giyinme vb.), hastanın aldığı sosyal hizmetleri koordine etme, alışveriş ve küçük ev işlerini yapma, para yönetimi, maddi yardım ve aynı evi paylaşmayı da kapsamaktadır (5,7). Kültürümüzde sıklıkla aile bireyleri tarafından verilen bakım hizmetleri, hasta ile duygusal iletişimin artması, kişisel gelişim, yakın ilişkilerin gelişmesi, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma ve kişisel psikososyal doyum sağlama gibi olumlu katkılarının yanında pek çok olumsuzluğu ve güçlüğü de beraberinde getirmektedir (1,8,9).

Bakım veren kişiler üzerinde yapılan incelemeler sonunda Bakım Veren Yükü (BVY), bakım verme ile ilişkili olarak fiziksel, psikolojik, emosyonel, sosyal ve ekonomik sorunlar olmak üzere çok boyutlu bir tepki olarak ifade edilmektedir (10). Yapılan araştırmalarda uzun süreli bakım verme süreci sonrasında BVY'nin ciddi boyutlara ulaşabilen depresyon, anksiyete, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon, tükenmişlik ve benzeri durumlara yol açabildiği gözlenmiştir (8,9,11).

Aile bireylerinin birçoğu bakım verici olmanın yanı sıra kendi mesleki ve sosyal rollerini devam ettirmek zorunda da olduklarından bakım vericilerin sorumluluk alanları genişlemekte (12,13) yaşam kalitesi olumsuz etkilenmekte (12,14) boş zaman ve işle ilgili aktivitelerdeki değişikliklerden dolayı tükenme yaşamaktadırlar (10,15,16). Tüm bu nedenlerle yaşlılara bakım veren bireylerin yaşadıkları zorlukları ve bakım verme yüklerini belirlemek yapılacak girişimleri planlamak açısından önemlidir.

Bu çalışmada, Erzurum iline bağlı bir ilçede yaşayan yaşlıların, günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumlarını belirlemek, bu yaşlı bireylere bakım verenlerin bakım verme yüklerini saptamak amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı türde yapılan bu çalışmanın verileri, Mart-Temmuz 2013 tarihleri arasında, Erzurum'a bağlı bir ilçedeki aile sağlığı merkezi bölgesinden ev ziyaretleri yoluyla toplandı. Araştırmanın evreni ilçeye kayıtlı ve bakıma muhtaç altmış yaş üstü yaşlı bireylerin, 120 bakım vericisiydi. Çalışmanın örneklemini ise, bir aile hekimine ait bölgede yaşayan 64 yaşlının bakım vericisi oluşturdu. Evde bulamama, araştırmaya katılmayı kabul etmeme, 6 aydan az süredir bakım verme gibi nedenlerle 13 bakım verici çalışmaya alınmadı ve araştırma 51 kişi ile tamamlandı. Bakım vericiler, bakımını üstlendiği yaşlı ile aynı evde yaşamaktadırlar.

Çalışmanın verileri üç farklı form kullanılarak toplandı. Bunlar, tanıtıcı bilgi formu, Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri İndeksi ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği'dir.

Tablo 1. Bakım alanların demografik özellikleri

Demografik özellikler	n	%	
Cinsiyet	Kadın	33	64,7
	Erkek	18	35,3
Öğrenim düzeyi	Okuryazar değil	43	84,3
	Okuryazar	5	9,8
	İlkokul ve üzeri	3	13,7
Medeni durum	Evli	18	35,3
	Dul	33	64,7
Sağlık güvencesi	Yeşil kart	23	45,1
	Emekli sandığı	7	13,7
	65 yaş üstü yardım	7	13,7
	SSK	7	13,7
	Yok	4	7,8
	Bağkur	3	5,9
Meslek	Ev hanımı	32	62,7
	Çiftçi	9	17,6
	Serbest meslek	6	11,8
	Diğer (Emekli, İşsiz)	4	7,9
Kronik hastalık	Hayır	8	15,7
	Evet	43	84,3
	Hipertansiyon	25	49,0
	Diyabet	17	33,3
	Kalp yetmezliği	11	21,6
	Osteoporoz	7	13,7
	Romatizma	6	11,8
	Kanser	3	5,9
	Diğer (Psikolojik, Böbrek yetmezliği, Astım, Karaciğer, Glokom, Felç, Epilepsi)	11	21,6
	Toplam	80*	100
Kendine ait oda	Evet	22	43,1
	Hayır	29	56,9

Tanıttıcı Bilgi Formu; literatür incelemesi doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlandı, bakım vericilerin ve bakım alanların çeşitli özelliklerini belirlemeyi amaçlayan 22 sorudan oluşmaktaydı.

Katz'ın Günlük Yaşam Aktiviteleri (Kartz GYA) İndeksi; bu indeks, banyo, giyinme, tuvalet, hareket, boşaltım, beslenme aktiviteleri ile ilgili bilgileri içeren 6 sorudan oluşmaktaydı. Birey günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapıyorsa 3 puan, yardım alarak yapıyorsa 2 puan, hiç yapamıyorsa 1 puan verilerek değerlendirme yapıldı. KGYA indeksinde 0-6 puan bağımlı, 7-12 puan yarı bağımlı, 13-18 puan bağımsız olarak değerlendirildi (17). Bu ölçek, hastanın günlük yaşam aktivitelerini

bağımsız olarak gerçekleştirme yeteneğini ölçerek işlevsel durumunu tanımlamada kullanılan bir araçtır. İndeksin bu hali, hem yurt dışında hem de ülkemizde yaygın olarak daha önce kullanılmış ve geçerlilik, güvenilirliği yüksektir (18-22). Bu çalışmada indeksin Cronbach α kat sayısı 0,94 olarak saptandı.

Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği; Ölçek, Zarit, Reever ve Bach- Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir (6). Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2006 yılında İnci (23), 2006 yılında Özer ve arkadaşları (24), 2009 yılında Özlü ve arkadaşları (5) tarafından yapılmıştır. Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı bakım verme güçlüğüne değerlendirmek amacıyla

kullanılmaktadır. Ülkemizde kronik bir hastalığa sahip yaşlıların bakım vericilerinde bakım yükünü inceleyen pek çok çalışmada güvenilir biçimde kullanılmıştır (1,4,5). Ölçek 22 sorudan oluşmaktadır ve "asla", "nadiren", "bazen", "sık sık" ya da "hemen her zaman" şeklinde "0" den "4" e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, bakım veren yükünün de yüksek olduğunu göstermektedir (5,25). Elde edilen puanlar; (0-20) az/hiç yük olmaması, (21-40) orta derecede yük, (41-60) ileri derecede yük ve (61-88) aşırı yük olması şeklinde derecelendirilerek değerlendirildi (26). Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı İnci'nin yaptığı

çalışmada 0.87 ile 0.94 arasında, Özlü ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada 0,83 olarak bulunmuştur (5,23). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach α katsayısı 0,90 olarak belirlendi.

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 16.0 paket programında yapıldı. Önemlilik düzeyi olarak $p < 0,05$ olarak alındı. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı ve yüzdeler, bağımsız gruplarda t testi, Varyans analizi ve korelasyon analizi kullanıldı. Normal dağılım Kolmogorov Smirnov-lilliefors testi ile, Varyans analizinde, varyansları homojen grupların karşılaştırılması LSD testi ile yapıldı. Ölçeklerin güvenilirlik analizi Cronbach α iç tutarlılık kat

Tablo 2. Bakım vericilerin demografik özellikleri			
Demografik özellikler		n	%
Cinsiyet	Kadın	33	64,7
	Erkek	18	35,3
Öğrenim düzeyi	Okuryazar değil	13	25,5
	İlkokul	23	45,1
	Ortaokul	9	17,6
	Lise ve üzeri	6	11,8
Medeni durum	Bekar	7	13,7
	Evli	42	82,4
	Dul	2	3,9
Çocuk sahibi olma	Evet	45	88,2
	Hayır	6	11,8
Meslek	Ev hanımı	32	62,7
	Esnaf	13	25,5
	Memur	3	5,9
	Diğer (Emekli, öğrenci, İşsiz)	3	6,0
Yakınlık derecesi	Gelini	21	41,2
	Oğlu	14	27,5
	Kızı	10	19,6
	Torunu	4	7,9
	Damadı	2	3,9
Kronik hastalık	Evet	16	31,4
	Hayır	35	68,6
Sağlık algısı	Çok iyi - İyi	24	47,1
	Orta	18	35,3
	Kötü - Çok kötü	9	17,7
Uyku Düzeni	İyi	23	45,1
	Orta	14	27,5
	Kötü	14	27,5
Başka Sorumluluklar	Evet	46	90,2
	Hayır	5	9,8

Tablo 3. Zarit bakım yükü puanı ile bazı değişkenler arasındaki ilişki

	Yaş	Günlük bakım verme süresi	Birlikte oturma süresi	Kartz GYA
Zarit Bakım Yükü Puanı	r= 0,207 p= 0,145	r= -0,174 p= 0,221	r= 0,136 p= 0,340	r= 0,338 p=0,015

sayısı ile saptandı. Çalışmaya başlamadan önce Erzurum'a bağlı bir ilçedeki aile sağlığı merkezindeki doktorlardan, gerekli etik kurul onayı ve izinler alınmıştır. Katılımcılardan sözel onam alınarak sadece katılmayı kabul eden bireylerden veri toplandı.

Bulgular

Bu çalışmada, yaşlıların günlük yaşam aktivitelerini yapabilme durumu ile bakım verenlerin yükü incelenmiştir. Bakım alan yaşlıların yaş ortalaması 73,20±10,30 yıl olup, yaşları 60-97 arasında değişmektedir. Yaşlılara ait diğer demografik özellikler Tablo 1'de görüldüğü gibidir.

Çalışmaya katılan yaşlıların 33'ü kadın, 43'ü okuryazar değil, 33'ü dul, 23'ü yeşil kartlı, 32'si ev hanımıdır. Yaşlıların 43'ünde en az bir kronik hastalık bulunmaktadır. Yaşlılarda en fazla görülen 3 kronik hastalık, hipertansiyon, diyabet ve kalp yetmezliğidir. Yaşlıların 22'sinin kendilerine ait odaları bulunmamaktadır (Tablo 1).



Fotoğraf: "İhtiyar" Sağ. Memuru Hasan Yaşar
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2011- Sergi Ödülü

Bakım vericilerin yaş ortalaması 39,39±9,06 yıl olup, bakım verdikleri kişi ile ortalama 13,49±11,00 yıldır yaşamaktaydılar. Bakım vericiler gün içinde ortalama 15,94 saatlerini yaşlı ile geçirmektedirler.

Tablo 2'de görüldüğü gibi, bakım vericilerin 33'ü kadın, 23'ü ilkökul mezunu, 42'si evli, 45'i çocuk sahibidir. Bakım vericilerin 32'si ev hanımı olup, 21'i bakım verdikleri kişinin gelinidir. Bakım vericilerin 35'inin herhangi bir kronik hastalığı yoktur, 24'ü sağlıklarını iyi-çok iyi düzeyde algılamakta, 23'ü uyku düzenlerinin iyi olduğunu, 46'sı bakım vermektan başka sorumluluklarının da bulunduğunu bildirmişlerdir.

Yaşlıların Kartz GYA puan ortalamasının 10,02±4,56 olduğu ve yaşlıların %74,6'sının bağımlı ya da yarı bağımlı oldukları belirlenmiştir. Zarit Bakım Yükü Ölçeği'ne göre ise bakım vericilerin bakım yüklerinin ortalama 45,33±18,06 puan olduğu, %58,8'inin ileri derecede bakım yüküne sahip olduğu belirlendi.

Tablo 3'te görüldüğü gibi, Zarit Bakım Puanı Yükü ile yaş, günlük bakım verme süresi ve birlikte oturma süresi arasında istatistiksel olarak bir ilişki yoktur (p>0,05). Zarit Bakım Yükü Puanı ile Kartz GYA skoru arasında ise istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ilişki saptandı (r=0,338, p=0,015). Kartz GYA skoru arttıkça Zarit Bakım Yükü Puanı da artmaktadır (p<0,05).

Tartışma ve Sonuç

Altmış yaş ve üzeri yaşlı bireylere bakım verenlerin bakım yüklerinin incelendiği bu çalışmada, 51 yaşlı bireyin 33'ünün kadın ve dul olduğu, yaşlıların çoğunluğunun (n=43) en az bir kronik hastalığa sahip olduğu saptandı. Bakım verenler ise çoğunlukla kadınlardan (n=33), ilkökul mezunlarından (n=23), evlilerden (n=42) ve en az bir çocuğa sahip olanlardan (n=45) oluşmaktaydı.



Fotoğraf: TTB-STED Fotoğraf Yarışması Arşivinden

Çalışmaya katılan yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olma durumlarına bakıldığında, yaşlıların Katz'ın günlük yaşam aktiviteleri indeksinden ortalama $10,02 \pm 4,56$ puan aldıkları ve %74,6'sının bağımlı ya da yarı bağımlı oldukları saptandı. Kuzeyli, Yıldırım ve Karadakovan'ın (2004) yaptıkları bir çalışmada yaşlı bireylerin, Katz GYA indeksinden ortalama $11,56 \pm 1,09$ puan aldıkları ve genelde yarı bağımlı oldukları tespit edilmiştir (27). Akgün ve arkadaşları (2004) ise 91 yaşlı hastada yaptıkları çalışmada, yaşlıların günlük yaşam aktivitelerinden ortalama $20,2 \pm 10,4$ puan aldıkları ve genelde bağımlı olduklarını bildirmişlerdir (28). Bizim çalışmamızla birlikte önceki çalışmalarda dikkate alındığında, bakım alan yaşlıların genelde yarı bağımlı ya da bağımlı düzeyde oldukları, bu nedenlerle bakım vericiler üzerindeki bakım yüklerinin yüksek ve kendi yaşam kalitelerinin düşük olabileceği düşünülmektedir. Doğru kültüründe kalabalık aile yapısında bu bakım yükünün aile üyeleri arasında bölüşülme ihtimali daha yüksek olsa da, tüm aile üyelerinin yaşamlarında bir takım değişikliklerin gerekeceği düşünülmektedir.

Bakım vericilerin bakım yüklerinin ortalama $45,33 \pm 18,06$ puan olduğu ve %58,8'inin ileri derecede bakım yüküne sahip oldukları dikkati çeken diğer bir bulgudur. Literatürde birçok

sağlık sorunu yaşayan insanlara bakım verenlerin bakım yükleri incelenmiştir. Örneğin, Babayiğit (2009) diyaliz hastalarına bakım verenlerin bakım yükünün ortalama $51,76 \pm 16,21$ puan olduğunu, Tel ve arkadaşları (2012) KOAH'lı bireylere bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamasının $39,64 \pm 15,07$ olduğunu, Aşiret ve Kapucu (2013) ise inmeli hastalarda bakım yükünün ortalama 42,5 puan olduğunu saptamışlardır (15,29,30). Garlo ve arkadaşları (2010) ise bakım vericilerin sadece %10'unun bakım yükü olmadığını belirlemiştir (31). Bu çalışmalara bakılarak yaşlı bireylere bakım vermenin çeşitli sağlık problemi olan hastalara bakım vermek kadar zor olabileceği görülmektedir. Bu nedenle kronik hastalık ya da yaşlılık nedeniyle bakım veren kişilerinde depresyon, tükenmişlik, yaşam kalitesinde düşme, sosyal izolasyon gibi konularda riskli kabul edilmesi yarar sağlayabilir.

Bakım yükünü artıran en önemli etkenlerden biri de hastanın fiziksel yeteneklerindeki bozulmaya bağlı günlük aktivitelerini sürdürmede başkasına bağımlı olmasıdır (32). Çalışmamızda hastaların Katz GYA puanı ile Zarit Bakım Yükü Puanı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Yapılan diğer çalışmalarda da bağımlılık düzeyi arttıkça, hastalarda günlük yaşam aktivitelerinin kötüleştiği ve ileri evrelerde bakım yükünde anlamlı derecede artış olduğu tespit edilmiştir (26,32,33). Bağımlılığın artması ile birlikte yeni bakım görevleri bakım vericinin sorumlulukları arasına eklenirken, bakım vericide bitkinlik ve tükenme belirtileri ortaya çıkabilir (32).

Çalışmada, Zarit Bakım Puanı Yükü ile yaş, günlük bakım verme süresi ve birlikte oturma süresi arasında istatistiksel bir ilişki yoktur. Literatür incelendiğinde bazı çalışma bulgularının bizim bulgularımızla çeliştiği görülmektedir. Örneğin, Tel ve arkadaşları (2012) KOAH'lı hastalara bakım verenin yaşının bakım verme yükünü etkilediğini, Yüksel ve arkadaşları (2007) bakım verme süresi ile bakım yükü arasında doğru orantılı bir ilişki olduğunu, Aşiret ve Kapucu (2013) bakım yükünün bakım verme süresi ile arttığını belirlemiştir (15,26,29). Fakat literatürde bizim çalışmamızın bulgularını destekleyen araştırmalar da yer almaktadır. Örneğin, Ilse ve

arkadaşları (2008) bakım vericinin yaşının ve bakım verme süresinin bakım verme yükünü etkilemediğini bildirmişlerdir (35). Atagün ve arkadaşları (2012) ise omurilik felçli hastalara bakım verenlerin bakım yükünün bakım süresi ile ilişkili olmadığını belirlemişlerdir (36). Literatürdeki çalışmalarda, genel anlamda çok çeşitli bakım gereksinimi olan bireylere bakım veren kişiler incelenmiştir. Bu nedenle çeşitli sağlık sorunu yaşayan yaşlıların bakım vericilerinin bakım yükünü etkileyen faktörlerin de değişebileceği düşünülmektedir. Bu çalışma kronik hastalığı olan yaşlılar üzerinde yapılmıştır ve sonuçlar bu nedenle gruba özgü olabilir.

Teşekkür

Taramalarda çalışma ekibine gönüllü olarak yardımcı olan Atatürk Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Yaşlı Bakımı Programı öğrencilerine teşekkür ederiz.

İletişim: Dr. Ayşe Gürol

E-posta: ayseparlak42@gmail.com

Kaynaklar

1. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat A. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2011; 3(3): 513-52.
2. Durgun B, Tümerdem Y. Kentleşme ve yaşlılara sunulan hizmetler. *Geriatrici* 1999;2(3):115-120.
3. Adak N. Yaşlıların gayri resmi bakıcıları kadınlar. *Aile ve Toplum* 2003; Ekim-Aralık:81-87.
4. Öztop H, Sener A, Güven S. Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2008; 1: 39-49
5. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2009; 46: 38-42
6. Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980; 20: 649-655.
7. Zarit S. Family care and burden at the end of life. *CMAJ* 2004; 170:1811-1812.
8. Sarı HY. Zihinsel engelli çocuğu olan ailelerde aile yüklenmesi. *C.Ü Hem Yüksekokulu Dergisi* 2007; 11(2): 1-7.
9. Dökmen ZY. Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2012; 3(1): 3-38.
10. Kasuya RT, Polgar-Bailey P, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. Caregiver burden and burnout. A guide for primary care physicians. *Postgraduate Medicine* 2000; 108(7): 119-123
11. Karahan AY, İslam S. Fiziksel Engelli Çocuk ve Yaşlı Hastalara Bakım Verme Yükü Üzerine Bir Karşılaştırma Çalışması. *MÜSBED* 2013;3 (Suppl. 1):1-7.
12. Cain CJ, Wicks MN. Caregiver attributes as correlates of burden in family caregivers coping with Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *J Fam Nurs* 2000; 6: 46-68.
13. Langa KM, Fendrick AM, Flaherty KR, et al. Informal caregiving for chronic lung disease among older Americans. *Chest* 2002; 122: 2197-203.
14. Davenport L. COPD impact on caregivers revealed. *Respir Med* 2007;101:2402-8. http://www.medwirenews.md/48/70012/Respiratory/COPD_impact_on_caregivers_revealed.html Accessed August 10, 2010.
15. Tel H, Demirkol D, Kara S, Aydın D. Care Burden and Quality of Life Among the Caregivers of Patients with COPD. *Türk Toraks Derg* 2012; 13: 87-92.
16. Skilbeck J, Mott L, Page H, et al. Palliative care in chronic obstructive airways disease: a needs assessment. *J Palliat Med* 1998;12:245-54.
17. Shelkey M, Wallace M. Katz Index of independence in activities of daily living. *J Gerontol Nurs* 1999;25(3):8-9.
18. Yaşar EK. Yaşlıya evde bakım veren aile bireylerinin bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi. İzmir: 2009.*
19. Alpteker H. 65 yaş ve üstü bireylere evde bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi. Bolu: 2008.*
20. Taşdelen P, Ateş M. Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2012; 9 (3): 22-29.
21. Tel H, Güler N, Tel H. Yaşlıların Evde Günlük Yaşam Aktivitelerini Sürdürme Durumu ve Yaşam Kaliteleri. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2011;13(2): 59-67.
22. Arslan Ş, Gökçe-Kutsal Y. Yaşlılarda Özürüllüğün Değerlendirmesine Yönelik Çok Merkezli Epidemiyolojik Çalışma. *Türk Geriatri Dergisi. 1999; 2(3): 103-114.*
23. İnci FH, Erdem M. Bakım Verme Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008;11(4): 85-95.
24. Özer N, Yurttaş A, Hacıoğlu N. Bakım Yükü Ölçeğinin Türkçe Versiyonunun Klinik Alanda Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. *Ulusal Cerrahi Kongresi 24-28 Mayıs, Bildiri Özetleri Kitabı, Antalya 2006; 132.*
25. Zarit SH, Zarit JM. The Memory and Behavior Problems Checklist and The Burden Interview", University Park, PA: Pennsylvania State University Gerontology Center.1990

26. Yüksel G, Varlıbaş F, Karlıkaya G, Şıpka Y, Tireli H. Parkinson Hastalığında Bakıcı Yüğü. Parkinson Hastalıkları Hareket Bozukluğu Dergisi 2007;10(1-2): 26-34.
27. Kuzeyli Yıldırım Y, Karadakovan A. Yaşlı Bireylerde Düşme Korkusu İle Günlük Yaşam Aktiviteleri Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki. Türk Geriatri Dergisi 2004;7(2): 78-83.
28. Akgün HS, Bakar C, Budakoğlu İ. Başkent Üniversitesi Sağlık Kuruluşlarında Tedavi Görmüş 65 Yaş Üstü Hastaların Fiziksel Ve Ruhsal Sorunları İle Günlük Yaşam Aktivite Durumlarının Değerlendirilmesi. Türk Geriatri Dergisi 2004; 7 (3): 133-138.
29. Aşiret GD, Kapucu S. Burden of Caregivers of Stroke Patients. Türk Nörol Derg 2013; 19(1): 5-10
30. Babayigit DM. Diyaliz hastalarının yakınlarında bakım verme yükü ile bunun hastalardaki anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesi düzeyleri ile ilişkisi. T.C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2009
31. Garlo K, O'Leary JR, Ness, PHV, Fried TR. Burden in Caregivers of Older Adults with Advanced Illness, Journal of American Geriatric Society 2010; 58: 2315-2322.
32. Mollaoğlu M, Özkan Tuncay F, Kars Fertelli T. İnmeli Hasta Bakım Vericilerinde Bakım Yüğü Ve Etkileyen Faktörler. DEUHYO ED 2011;4(3):125-130.
33. Gayomali C, Sutherland S, Finkelstein FO. The challenge for the caregiver of the patient with chronic kidney disease. Nephrology Dialysis Transplant 2008;23: 3749-3751.
34. Greenwood N, Mackenzie A, Cloud GC, Wilson N. Informal carers of stroke survivors-factors influencing carers: A systematic review of quantitative studies. Disability and Rehabilitation 2008; 30(18): 1329-1349.
35. Ilse IB, Feys H, De Wit L, Putman K, Weerdt WD. Stroke caregivers' strain: prevalence and determinants in the first six months after stroke. Disability and Rehabilitation 2008; 30(7): 523 - 530.
36. Atagün Mİ, Altınok Ü, Balaban ÖD, Atagün Z, Yalçınkaya EY, Öneş K. Omurilik Felçli Hastalarda Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve İlişkili Faktörler. Klinik Psikiyatri 2012; 15: 92-102

Hafif Raylı Sistem ve Metro Olanakları Açısından Yeti Yitimi Olan Bireyler İçin Çevre Düzenlemeleri: Mevcut Standartlar Üzerinden Öneriler

Environmental Regulations About Light Rail System and Subway Facilities For Disabled People: Recommendations About the Existing Standards

Derleme



Review Article

Dr. Şule Gül, Dr. Atike Burçin Tefon*, Dr. Engin Demirayak*,
Dr. Emmanuel Awambeng Mongu*, Dr. Neslihan Çetinel**, Dr. Dilek Aslan****

Geliş tarihi : 28.02.2014

Kabul tarihi: 14.03.2014

Öz

Dünya'da milyonlarca yeti yitimi olan birey mevcut olup bu bireyler gerek iş hayatında, gerek sosyal hayatta, gerekse sağlık hizmetlerine erişimde ve daha birçok konuda ulaşım ile ilgili sorunlar yaşamaktadır. Bu ulaşılabilirlik başlığı altında değerlendirildiğinde toplu taşıma araçlarının yeti yitimi olan bireyler tarafından kullanılabilirliğinin sağlanması öne çıkan konular arasında yer almaktadır. Bu yazı kapsamında, yeti yitimi ile ilgili kavramsal çerçevenin çizilmesinin yanı sıra yeti yitimi olan bireylerin yaşadıkları genel sağlık sorunları, çevresel düzenlemelerin gereği konusundaki dayanaklar, konuya ilişkin yapılan kimi çalışmaların sonuçları, Hafif Raylı Sistem ve Metro sistemleri için standart değerlendirme başlıkları ve geleceğe dair önerilere yer verilmiştir. Standart öneriler geliştirilirken Türk Standartları Enstitüsü yeti yitimi olanlar için ulaşılabilirlik ulusal standartlarının raylı sistemler bölümünün TS12460, TS12574 ve TS12575 numaralı ulusal standartları kullanılmıştır. Bu standartlarda yer alan konular istasyonları; istasyon girişleri; istasyon içi yolcu dolaşım alanları, yatay ve dikey dolaşım; giriş çıkış engelleri; rampalar; merdivenler; küpeşte; yürüyen merdivenler; asansörler; platformlar; istasyon içi işaret, grafik, yönlendirme panosu ve yön levhaları; vagon içi oturma yerleri, koruyucu tutunma boruları gibi ana başlıklar altında 37 konuyu içermektedir.

Anahtar Sözcükler: Yeti yitimi, Hafif raylı sistem, Metro, Ulusal standart.

Abstract

There are millions of disabled people in the world who face problems in their work and social life as well as in accessing medical facilities and in a lot of other situations. When this problem is evaluated under the topic of accessibility, ensuring the usability of public transport vehicles by disabled people is a major priority among others. In this article, besides defining the conceptual framework about disability, the common health problems faced by disabled people, the grounds about the necessity of environmental regulations, the results of some other researches related to this topic, standard evaluation topics for Light Rail System and Subway Systems and recommendations for the future are taken into consideration. While developing the standard recommendations, sections TS12460, TS12574 and TS12575 about the railway system of the national standard for disabled people designed by the Institute of Turkish Standards were used. The subjects found in these standards include 37 separate matters under the main following topics; passenger circulation area, horizontal and vertical circulation within the station, obstacles at the entrances and exits, ramps; stairs; gunwales; escalators; elevators; platforms; signs, graphics, routing panels and direction signboards in the stations; seats in the wagon and protective handle pipes.

Key words: Disability, Light rail system, Subway, National standards.

*Int.; Hacettepe Ü. Tıp Fak., Dönem VI, Ankara

**Arş. Gör.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara

***Prof.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Ankara

Yeti yitimi olan bireylerin toplumsal ve sosyal yaşamda yeti yitimi olmayan bireylerle eşit haklara ve koşullara sahip olması gereklidir. Bu gereklilik yaşamın her alanında olmalıdır. Özellikle eşitsizliğin yaşandığı alanlarda sorun(lar) üzerinden yapılan ve/veya yapılacak olan düzenlemelerin ölçülebilir, değerlendirilebilir olarak düşünülmesi, planlanması ve uygulanması konunun daha standart bir yaklaşımla çözümüne katkı sağlayabilir. Bireyin yaşamının çevresiyle bir bütün olduğundan hareketle yeti yitimi olan bireylerin toplumda daha çok var olabilmeleri için kent(ler)in güncel bir bileşeni olan toplu taşıma olanaklarının değerlendirilmesi bu bakış açısının gerekliliğine bir zemin oluşturmaktadır. Toplu taşıma çok geniş bir üst başlık olmakla birlikte ülkemizde büyük kentlerde kullanılan Hafif Raylı Sistem (HRS) ve Metro olanakları toplum tarafından çok fazla kullanılıyor olması nedeniyle bu başlık altında ilk gözden geçirilecek alanlar olabilir.

Bu yazı kapsamında, yeti yitimi ile ilgili kavramsal çerçevenin çizilmesinin yanı sıra yeti yitimi olan bireylerin yaşadıkları genel sağlık sorunları, çevresel düzenlemelerin gereği konusundaki dayanaklar, konuya ilişkin yapılan kimi çalışmaların sonuçları, HRS ve Metro sistemleri için standart değerlendirme başlıkları ve geleceğe dair önerilere yer verilmiştir.

1. Yeti Yitimi ve İlgili Kavramlar, Dünya’da ve Türkiye’de Durum

Yeti yitimi (disability) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından bir şemsiye kavram olarak kabul edilmektedir. Bu kavram içerisinde yetersizlik/noksanlık (impairment), aktivite sınırlılığı (activity limitation) gibi durumlara da yer verir (1).

Tablo 1. Türkiye’de türüne göre yeti yitimi olan nüfusa ilişkin değerler (%) (TÜİK 2002) (6).					
	Ortopedik	Görme	İşitme	Dil ve konuşma	Zihinsel
Türkiye	1,25	0,60	0,37	0,38	0,48
Yaş grubu					
0-9	0,64	0,33	0,20	0,46	0,42
10-19	0,77	0,36	0,29	0,43	0,58
20-29	1,21	0,45	0,32	0,42	0,65
30-39	1,26	0,46	0,35	0,31	0,54
40-49	1,39	0,62	0,35	0,26	0,39
50-59	1,79	0,91	0,41	0,30	0,26
60-69	2,80	1,56	0,77	0,41	0,27
70 ve üzeri	3,94	2,98	1,70	0,39	0,31

Yetersizlik/noksanlık beden ile, bedensel yapı ile ilgilidir. Fonksiyon/aktivite sınırlılığı bireyin bir etkinliği/fonksiyonu yapamamasını tanımlar. Bu konuda bir başka tanım da katılımda kısıtlılıktır (participation restriction). Bu durum da bireyin yaşamın herhangi bir alanında var olmasının kısıtlılığını tanımlar.

Maluliyet (handicap), sağlık alanında ‘maluliyet’ bir noksanlık ya da sakatlık sonucunda, belirli bir kişide meydana gelen ve o kişinin yaş, cinsiyet, sosyal ve kültürel durumuna göre normal sayılabilecek faaliyette bulunma yeteneğini önleyen ve sınırlayan dezavantajlı bir durumu ifade eder (2).

Engel ise, yeti yitimi olan bireyler ile bunların çevreleri arasındaki bir ilişki sonucu, yani toplumsal faktörlerle ortaya çıkar. Engelliliğe yol açan, yapılı çevre içindeki fiziksel, kültürel ya da sosyal kısıtlılıklardır. Engelli kişi ev, iş, okul ve sosyal yaşamdaki diğer rollerini yerine getirebilmede yeti yitimi türüne göre farklı derecelerde güçlükler yaşamaktadır.

Ulaşılabilirlik; “yaşamın tüm alanlarındaki hak ve hizmetlere ulaşabilmek ve bunlardan yararlanabilmek” demektir. Ulaşılabilirlik temel bir insan hakkıdır. İnsanların sosyal, ekonomik sportif ve kültürel faaliyetlerde yer almalarını sağlar (3).

Dünya nüfusunun yaklaşık %15’i, bir başka ifadeyle, bir milyardan fazla birey herhangi bir yeti yitimi durumuna sahiptir (4). Yüz on ile 190 milyon erişkin özelleşmiş alanlarda fonksiyon gösterememektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu sonuçlarına göre Türkiye’de en sık olarak ortopedik yeti yitimi mevcuttur. Yaş gruplarındaki yeti yitimi sıklıklarına bakıldığında ise yetmiş yaş üstü grupta sıklığın arttığı görülmektedir.

Türkiye İstatistik Kurumu’nun yaptığı bir çalışmada yeti yitimi olan bireylere oturduğu bina, kaldırım, yaya yolu ve yaya geçitleri, kamu binaları gibi yerlerdeki çevresel düzenlemelerin kendi kullanımları için uygunluğu sorulduğunda yaklaşık %66’sı "uygun olmadığı" yanıtını vermiştir (7).

2. Yeti Yitimi Olan Bireylerin Yaşadıkları Sağlık Sorunları

Yapılan çalışmalar yeti yitimi olan bireylerin genel nüfusa göre daha ‘sağıksız’ olduklarını

ortaya koymaktadır. Bu grupta komorbiditeler, ikincil sağlık sorunları, sigara içme (8), sağlıksız beslenme ve bedensel ekinlik yapmama gibi riskli davranışların daha fazla görüldüğünü ortaya koymaktadır (9). Hareketsizlik özellikle obezitenin en önemli nedenlerinden birisi olarak kabul edilmektedir.

Yeti yitimi olan bireyler aynı zamanda şiddete maruz kalma konusunda daha fazla risk altındadır. Bu gruptaki çocuklar istismar ve ihmale daha fazla maruz kalmaktadırlar (10). Psiko-sosyal açıdan da düşünüldüğünde ağrı, psikolojik bozukluklar ve yaşam kalitesinde gerileme daha sık görülebilir (11).

Yeti yitimi olan bireylerde ağız ve diş sağlığı sorunları da daha sık görülür (12).

Zihinsel sağlık sorunları olan bireylerde pika, demir ve çinko eksikliği, emilim bozuklukları, konstipasyon, kusma, kurşun zehirlenmesi, barsak parazitleri, hepatit sıklığının da yüksek olduğu belirtilmektedir (13,14).

Rehabilitasyon hizmetlerine duyulan gereksinimin karşılanmaması yeti yitimi olan bireylerin genel sağlık durumunun bozulması, hareket/fonksiyon sınırlılığı, toplumsal yaşama katılımın kısıtlanması ve yaşam kalitesinin gerilemesi gibi olumsuz sonuçlara yol açabilir.

3. Yeti Yitimi Olan Bireylere Yönelik Çevresel Düzenlemelerin Gerekçeleri

Çevre tüm bireylerin eşit haklarda kullanım hakkına sahip olduğu bir ortamdır ve bu ortamdaki planlama yaşayanların konforlu, güvenli ve kaliteli yaşama haklarını sağlamak üzere yapılmalıdır (15). Eğitim, çalışma ve sosyal yaşama katılımına olanak tanıyacak farklı alanlarda, erişilebilirliği sağlamak ve olumsuz tavırları azaltmak, kamu binalarında, ulaşım ve iletişimde karşılaşılan engelleri ortadan kaldırmak, izolasyon ve bağımlılığı azaltmak çevresel düzenlemelere yönelik yaklaşımı belirleyen temel ilkeler olmalıdır. Erişilebilirlik standartları oluşturularak kamu ile özel sektör arasında işbirliği oluşturup uygulamaların koordine edilmesinden sorumlu olan yönetici bir kurum organize edilerek gerekli kontrollerin yapılması gerekmektedir. Ayrıca erişilebilirlik eğitimi verilerek planlamacılar, mimarlar ve tasarımcılar için evrensel tasarımlar (yeti yitimi olan ve olmayan tüm bireyleri kapsar şekilde) oluşturulmasının sağlanması; halk eğitimiyle

bunun desteklenip daha kapsamlı bir hale getirilmesi yeti yitimi olan bireylerin yaşamını kolaylaştıracak çözümlerden bazılarıdır. Binalardaki engellerin ortadan kaldırılması için bu gibi düzenlemelerin yasalarla desteklenmesi gerekmektedir. Standartlar, farklı ortamlara uygun ve sorunları yaşayan insanların katılımı ile biçimlenecek olan somut verilere dayalı sistematik bir yaklaşımla oluşturulmalıdır. Yeti yitimi olan bireylerin kendi kuruluşları aracılığıyla gerçekleştireceği erişilebilirlik denetimleri ve uygunsuzlukların bildirilmesi durumunda kurum ve kuruluşlara kesilecek para cezaları kurallara uyulmasına teşvik edebilir. Hedefleri kademeli olarak yükseltilecek ve çeşitli önceliklere sahip stratejik bir plan, sınırlı kaynakların verimli kullanılmasını sağlayacak, kurum ve kuruluşların bu konuda engeller çıkarmasını önleyecektir. Örneğin, mevcut binaları uyumlu hale getirmek, yeni binalarda kurallara uymanın yarattığı maliyet artışı ile karşılaştırıldığında daha masraflı olduğu için ilk aşamada yeni yapılan kamu binalarında erişilebilirlik hedeflenebilir. Mevcut kamu binalarını kapsayacak şekilde erişilebilirlik iyileştirmelerinin kapsamını genişletmek bir sonraki adım olabilir. Tüm ulaşım sistemi boyunca erişilebilirliğin devamlılığı hedefine, öncelikler belirlenirken yeti yitimi olan birey insanlara danışarak; düzenli bakım ve geliştirme projelerine erişilebilirlik meselesini de dahil ederek, bütün yolcular için faydalar sağlayacak olan düşük maliyetli iyileştirmeler yapılabilir. Erişilebilir otobüsleri içeren hızlı toplu taşıma sistemleri gelişmekte olan ülkelerde hızla benimsenmektedir. Erişilebilir taksiler, talebe bağlı olarak esneklik gösterebildikleri için erişilebilir entegre ulaşım sisteminin önemli bir parçasıdır. Ayrıca ulaşım personeline eğitim verilmesi ve engelli insanlara indirimli ya da ücretsiz bilet sağlanması için hükümet finansmanının sağlanması da gerekmektedir. Bireyleri daha ilk aşamada vazgeçmeye iten bu engellerden olan kaldırımlar, kaldırım kenarlarındaki rampalar ve yaya geçitleri yeti yitimi olan bireylerin kullanımına uygun hale mutlaka getirilmelidir. Bilgi ve iletişim teknolojisinde ileriye dönük adımlar atabilmek için farkındalığın artırılması, yasalar ve yönetmeliklerin çıkartılması, standartların geliştirilmesi ve eğitim olanaklarının sağlanması gerekmektedir. İşitme sorunu olanlar için özel telefonlar, altyazılı yayın, işaret dili tercümesi ve erişilebilir biçimde bilgi, yeti yitimi olan insanların katılımını kolaylaştıracaktır. Bilgi ve iletişim

teknolojilerinin erişilebilirliğin artırılması için ayrımcılık karşıtı bir bakış açısı ile mevcut koşullar değerlendirilmelidir. Güçlü yasama ve denetleme mekanizmaları olan ülkelerde bilgi ve iletişim teknolojilerine erişilebilirlik düzeyi daha iyidir, ancak yönetmeliklerin yeti yitimi olan bireylerin de hakkını gözeterek oluşturulması şarttır (16).

3.1. Uluslararası Çevresel Düzenlemelere İlişkin Öneriler

Somut verilere dayalı, sistematik bir yaklaşımla değişik ortamlara elverişli ve yeti yitimi olan bireylerin katılımı ile şekillenecek olan uluslararası standartlar oluşturulmalıdır. Ulaşılabilirliğin sağlanması ve mimari engellerin kaldırılması amacıyla mimar, inşaat mühendisi ve çevre tasarımıyla ilgili meslek gruplarına uluslararası eğitim toplantıları yapılmalıdır (17). Öncelikler belirlenirken yeti yitimi olan bireylere hizmet sağlayıcılarına danışılarak düzenli bakım ve geliştirme projelerine erişilebilirlik meselesini dahil ederek bu gruplar için de ulaşım hizmetleri sağlayacak olan düşük maliyetli evrensel tasarım iyileştirmeleri yapılmalıdır. Ulaşılabilirliğin değerlendirilebilmesi için farklı ülkelerde araştırmalar yapılmalı ve ortak veri havuzu oluşturulmalıdır. Ulaşılabilirliğin sağlanmasında her birey için yaklaşımı benimsenmelidir.

3.2. Türkiye’de Çevresel Düzenlemelere İlişkin Öneriler

Ulaşılabilir yapıları çevrenin oluşturulması için planlama, tasarım, uygulama ve denetleme konusunda kamu ve kamu kuruluşlarının görev ve sorumluluk alanlarını tanımlayan mevcut mevzuatın, günümüz gereksinimlerine yanıt verip vermediği değerlendirilmelidir. Gerekli görülen konularla ilgili kurum ve kuruluşlarca yeniden düzenleme yapılmalı, bu düzenlemeler devlet tarafından denetlenmelidir.

Ülkemizde uygulaması başlatılmış olan yeti yitimi olan bireylerin kullanımına uygun otobüslerin tüm Türkiye çapında yaygınlığı artırılmalı, beklenen standartları sağlamayanların ise kullanımdan çekilmesi gerekmektedir. Alt ve üst geçitlerde yitimi olan bireylerin kullanımını sağlayacak asansörlerin bulunması, trafik ışıklarının görme yeti yitimi olan bireylerin kullanımını sağlayacak sesli uyarı sistemine uygun olması gibi küçük ama

çok önemli düzenlemeler yeti yitimi olan bireylerin yaşamının kolaylaştırılmasında çok önemli bir yer teşkil etmektedir.

Teknik elemanların çevrenin oluşturulmasında görev yaparken tanımlar dahil yeti yitimi ile ilgili her türlü bilgiye sahip olmaları için, mesleki eğitim aldıkları dönemde bu konuda eğitim almaları sağlanmalıdır. Örneğin uygun teknik donatılara sahip otobüslerde görev yapan şoförlerin bu donanımların kullanımı hakkında eğitilmesi önemlidir.

Uluslararası platformda ulaşılabilirlik alanında gelişme kaydetmiş ülkelerin, Türkiye için örnek oluşturabilecek planlama ve projelendirme çalışmaları, uygulamaları, kullandıkları yöntemler ve araçlar değerlendirilerek ulaşılabilirlik konusunda modeller oluşturulmalıdır.

Çevrenin ve burada sunulan hizmetlerin ulaşılabilir hale getirilmesi için öncelikle var olan engellerin tespit edilmesi, daha sonra gerekli iyileştirme çalışmalarının planlanması gerekmektedir. Teknik bir ekip tarafından hazırlanacak bir “tespit formu” kullanılarak kamu kurum ve kuruluşlarının mevcut çevre ve hizmetlerinde ulaşılabilirlik düzeyi ülke genelinde standart biçimde belirlenmelidir (3). Elde edilen bu bilgiler çerçevesinde iyileştirme(ler) planlanmalıdır.

Ülkemiz için yeni bir konu olan ulaşılabilirliğin sağlanmasında gerekli olan; hissedilebilir yer kaplama malzemeleri, konut donatıları, toplu taşıma donatıları gibi malzemelerin, yerel koşullara uygun biçimde temin edilmesi sağlanmalıdır. Toplumun bilinç ve duyarlılık düzeyi artırılarak herkesin bu yapılanmaya destek olması sağlanmalıdır. Toplumun her alanında yeti yitimi olan bireylere kullanım kolaylığı sağlanıp, bu bireylerin toplumdan soyutlanmasının önüne geçilmelidir.

3.3. Çevresel Düzenlemelerle İlgili Yapılan Çalışmaların Sonuçları

Ulaşılabilir, engelsiz bir yapıyı çevre istihdama erişimin, topluma etkin katılımın, bağımsız yaşamın ve eşit fırsatların sağlanmasını teşvik edecektir. Evrensel Tasarım ilkelerinin uygulanması yoluyla yeti yitimi olan bireyler tarafından erişilebilir bir çevre oluşturulabilir ve yeni engellerin ortaya çıkması önlenir.

Her seviyede erişilebilir ulaşımın planlanması ve uygulanması, yolcu taşıma hizmetlerinin bütün yeti yitimi olan bireyler tarafından erişilebilir hale getirilmesine büyük katkı sağlayacaktır. Bu, topluma etkin katılımın, işgücü piyasasına tam katılımın ve bağımsız yaşamın sağlanması için bir önkoşuldur (18).

Tüm bu sorunların çözümünde ilk olarak yapılması gereken, yeti yitimi olan bireylerin hareket edebilirliklerinin artırılması ve fiziki çevre şartlarının uygun hale getirilmesidir.

“5378 sayılı Özürlüler ve Bazı Kanun Hükmünde Kararnelerde Değişiklik Yapılması Hakkında Kanununun geçici 2. ve 3. Maddeleri gereğince fiziksel çevre koşullarının yeti yitimi olan bireylere uygun hale getirilmesi kapsamında, yeni projelerin yeti yitimlilerin ulaşılabilirliğine uygun olması, mevcut projelerin de yeti yitimi olanların ulaşılabilirliğine uygun hale dönüştürülmesi hususu göz önünde bulundurulacak ve söz konusu projelerde bu konudaki standartlara uyulacaktır” esasına yer verilmiştir (19).

Toplu taşımacılık hizmetlerinin ele alındığı Kanunun geçici 3. Maddesinde ise; “Büyükşehir belediyeleri ve belediyeler, şehir içinde kendilerince sunulan ya da denetimlerinde olan toplu taşıma hizmetlerinin yeti yitimi olanların erişilebilirliğine uygun olması için gereken tedbirleri alır. Mevcut özel ve kamu toplu taşıma araçları, bu Kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren yedi yıl içinde yeti yitimi olanlar için erişilebilir duruma getirilir.” hükmü ile 2012 yılına kadar büyükşehir belediyeleri ve belediyelerin denetim görevleri olan sistemler dahil olmak üzere, toplu taşıma taşıtlarında ve sistemlerinde yeti yitimi olan bireyle için ulaşılabilirlik önlemlerini tamamlamaları öngörülmüştür (20).

3. 4. Hafif Raylı Sistem ve Metro Düzenlemelerine Neden Gereksinim Var?

Dünya’da milyonlarca yeti yitimi olan birey mevcut olup bu bireyler gerek iş hayatında, gerek sosyal hayatta, gerekse sağlık hizmetlerine ulaşımında ve daha birçok konuda ulaşım ile ilgili sorunlar yaşamaktadır. Yeti yitimi olan bireylerin günden güne sosyal yaşama katılımı ve toplu taşıma araçlarını kullanım sıklığı artmaktadır. Bu konu yeti yitimi olan bireyler için ulaşılabilirlik başlığı altında değerlendirildiğinde toplu taşıma araçlarının yeti yitimi olan bireyler tarafından

kullanılabilirliğinin sağlanması öne çıkmaktadır. Türkiye’de raylı taşıma sistemi ulaşımında özellikle büyük şehirlerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Ankara’da yer alan toplu taşıma araçlarından her gün içlerinde azımsanmayacak sayıda yeti yitimi olan bireyleri de bulduran binlerce insanın ulaşımında büyük ölçüde kullandıkları Ankara HRS ve Metro taşıt ve istasyonlarının yeti yitimi olanlar için ulaşılabilirliğinin sağlanması önemlidir. Bu bağlamda HRS ve Metro istasyonlarının yeti yitimi olanların ulaşılabilirliği açısından ulusal standartlarca değerlendirilmesi yararlı olacaktır.

Ankara’da HRS 1996 yılında (21), Metro ise 1997 yılında (22) kullanıma girmiştir. Değerlendirme yapılırken Türk Standartları Enstitüsü yeti yitimi olanlar için ulaşılabilirlik ulusal standartlarının raylı sistemler bölümünün TS12460, TS12574 ve TS12575 numaralı ulusal standartlarının kullanılması uygundur. Bu standartlar ise 1998 ve 1999 yıllarında TSE’nin ulusal standartları kapsamına dahil edilmiştir. Ulusal standartlar çerçevesinde hazırlanacak bir değerlendirme formu, HRS ve Metro istasyonlarının yeti yitimi olan bireylerin kullanımına uygunluğunun tarafsız bir şekilde değerlendirilmesine yardımcı olacaktır.

Araştırmacılar tarafından bu değerlendirme için uygun olabilecek, TSE’nin ulusal standartları kullanılarak birtakım ana başlıklar altında gruplandırılarak 37 sorudan oluşan bir değerlendirme formu oluşturulmuştur. Değerlendirme formu Tablo 2’de sunulmuştur.

- Her çeşit sistem ve hizmete engelsiz erişim sağlanmalıdır. Bu amaçla yasalarda, politikalarda, kurumlarda ve çevresel koşullarda değişiklikler yapılmalıdır.

- Yeti yitimi olan bireyler için özel programlar ve hizmetler geliştirilmelidir. Yardımcı teknolojilerin (tekerlekli sandalye ya da işitme cihazı gibi) de dahil edilebileceği rehabilitasyon hizmetleri, işlevselliği ve bağımsızlığı geliştirir. Düzenli olarak sunulan yardım ve destek hizmetleri yeti yitimi olan bireylerin içinde yaşadıkları toplumda bakıma duyulan ihtiyacı karşılayabilir; bağımsız yaşamasına ve ekonomik, sosyal ve kültürel hayata katılmalarına olanak tanır.

- Yeti yitimi kavramının ve ilgili konuların toplumda farkındalığının artırılması gerekmektedir.

- Araştırmaların daha geniş kapsamlı ve etkili olabilmesi açısından yeti yitimi konularında araştırmaları desteklenmeli ve geliştirilmelidir.
- Metro ve HRS kapsamında yeti yitimi olanların kullanımına uygun olmayan standartlar denetlenebilir ve gerekli düzenlemeler yapılabilir.
- Her bireyin yeti yitimi açısından risk altında olduğu adayı olabileceği düşünülürse yeni yapılan tüm istasyonlarda bu tür düzenlemeler benimsenebilir.

- Engelsiz tasarım kapsamında yapılacak yönlendirici araştırmaların üniversite, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, belediyeler, engelli federasyon ve dernekleri ve diğer ilgili sivil toplum örgütü temsilcilerinden oluşan takım çalışması ile yapılmasında yarar görülmektedir. Bu tür araştırmaların sonuçlarına göre kamuya açık alanların planlanması ve tasarımı engelsiz tasarım ilkelerini gerçekçi bir biçimde içerecektir.

Tablo 2. Değerlendirme formu örneği

Değerlendirme Başlıkları	Var	Yok
İstasyonlara Giriş Yolu veya Alanları		
1.İstasyon girişlerinin önündeki alanda (yaya yolu ve kaldırımında) kot farkı olmamalıdır.		
2.İstasyon girişiyle yaya kaldırımı arasında kot farkı varsa istasyon girişinde rampa yapılmalıdır.		
İstasyon Girişleri		
3.İstasyon girişi, raylı sistemin tipik simgesi ve istasyon kimliği (adı) ile istasyon dışından kolayca anlaşılır şekilde olmalıdır.		
4.Yeti yitimi olan bireyler için giriş rahat ve tehlikesiz olmalı ve girişlerden en az bir adedi tekerlekli sandalyeli yeti yitimlilerin girişine müsait olacak biçimde tasarlanmalıdır.		
5.Girişten sonra platformlara götüren yol, işaretlerle belirlenmiş ve kolay algılanır olmalıdır.		
6.Cadde-istasyon holü, hol- ücretli alan plâtfon arasında kot farkı bulunması halinde merdivenler dışında en az 1 adet de asansör bulunmalıdır.		
İstasyon içinde Yolcu Dolaşımı Alanları		
7.İstasyon holündeki, otomatik para bozma, bilet alma makineleri, istasyon yolcu dolaşım trafiğine engel olmayacak, yeti yitimi olanlar için mümkün olduğunca yardımsız hareket etme imkânı sağlanmalıdır.		
8.İstasyon esas holünde kot değişikliği gerekiyorsa ve farklı seviyelerde yerler varsa, yeti yitimi olanlar için bu yerler merdiven yerine rampalarla birbirine bağlanmalıdır.		
9.Rampa yapmaya imkan olmayan durumlarda asansör ya da tekerlekleri otomatik kilitleyebilen bantlar tesis edilmelidir.		
10.İstasyon içinde köşeler yuvarlatılmalı ya da koruyucu levhalar konmalıdır.		
11.Yer döşemesinde değişik renkte yol gösterici kaplama şeritleri yapılabilir.		
Yatay Dolaşım		
12.Yeti yitimi olan bireylerinde kullanacağı güzergah kolayca seçilebilecek şekilde işaretlerle donatılmalı, merdiven, rampa, asansör gibi düşey dolaşım elemanlarına erişim kolay ve engelsiz olmalıdır.		
Giriş-Çıkış Engelleri (Turnikeler)		
13.İstasyonun esas giriş kapılarından ayrı olan, ücretlerin toplandığı, ücretli alan ile ücretsiz alan arasındaki turnikeli engelden yeti yitimi olanların gerekli işareti bulunan özel turnikeden ayrı geçişi sağlanmalıdır.		
14.Turnikeler; rampa, merdiven, yürüyen merdiven ve asansörden hemen sonra giriş/çıkış yapılacak şekilde tasarlanmamalıdır.		
Düşey Dolaşım		
15.Yer altı ya da yer üstündeki istasyonlarda yeti yitimi olan yolcuların girişten plâtfon kadar olan düşey dolaşım (sirkülasyon), merdiven, yürüyen merdivenden başka, rampa, yürüyen yol ya da asansörle sağlanmalıdır.		
Rampalar		
16.Rampa yüzeyleri sert, stabil, kaymaz ve düzgün olmalıdır.		

Tablo 2. Değerlendirme formu örneği (devamı)

	Var	Yok
Rampalarda Kenar Koruması (Koruma Bordürü) 17. Tekerlekli sandalye kullanan yeti yitimi olanlar için rampaların duvar olmayan tarafına en az 0,05 m yüksekliğinde koruma bordürü yapılmalıdır.		
Merdivenler 18. İstasyon dolaşımındaki tekerlekli sandalye kullanan yeti yitimi olanların haricindekilerin kullanacağı merdivenlerdeki basamak genişliği ve riht yüksekliği sabit ve üniform olmalıdır ve düşme tehlikesini azaltmak için açık ve çıkıntılı uçlu basamak tasarımından kaçınılmalıdır.		
Küpeşte 19. Merdivenin her iki yanında duvar olsun ya da olmasın küpeşte bulunmalıdır.		
Yürüyen Merdivenler 20. Yeti yitimi olan (tekerlekli sandalyeli bireyler hariç) için yürüyen merdivenlerin bulunduğu yerde bitişler döşeme ile aynı seviyede en az üç adet düz basamaklı olmalı ve merdiven sonrasındaki döşeme kaymayı önleyen ayrı bir malzeme ile kaplanmalıdır.		
Asansörler 21. Yeti yitimi olanlar için, yol kotu altında ya da üstünde yükseltilerek yapılan istasyonların girişinden plâtfom kotuna kadar en az bir adet asansör olmalıdır. Yol kotunda asansör girişleri olan asansörler için dış etkenlere karşı emniyet ve koruma alanları yapılmalıdır. 22. Asansör içerisinde tekerlekli sandalye ile dönmek için yeterli yer olmadığı durumlarda asansör kapısı karşısına kabin içine ayna yerleştirilmelidir. 23. Kumandalar (kontrol düğmeleri) görme yeti yitimi olanlar için panodaki düğmeler üzerinde kabartma harf ya da sayı olmalıdır. 24. Yeti yitimi olanlara ait asansörün kapısında ve asansör kapısı önündeki yerde asansör girişinde gerekli işareti konmalıdır.		
Platformlar (Peronlar) 25. Genel kural olarak, yan ve orta platformda; platform döşemesinde, yeti yitimi olanların algılayacağı ayrı renkte (sarı olabilir), doku ve desende ve ışıktaki parlayan nitelikte emniyet bandı bulunmalıdır. Bu band tren tarafındaki platformun kenarında; orta platformda her iki kenarda olmalıdır. 26. Platformlarda yeti yitimi olanların trene kolay binebilmeleri için ayrılan ve üzerinde gerekli işareti bulunan vagonun durduğu ve kapısını açtığı mahalde, yere gerekli işareti konmalı, yeti yitimi olanların bu kapıdan trene kolayca inme/binmeleri sağlanmalıdır.		
Platform Çıkışları 27. Her platformda en az 2 çıkış olmalıdır. Bu çıkışlar yeti yitimi olanlarında kullanacağı biçimde rahat, emniyetli düz ayak olmalıdır.		
İstasyondaki İşaret ve Grafikler 28. İstasyon içindeki sağlıklı yolculara olduğu gibi yeti yitimi olanlarında her bölümde, yön göstermek için uluslararası işaret, grafik, sembol ve şekiller kullanılmalıdır. 29. Yazı boyutları uzaktan okunabilir şekilde seçilmelidir. Gerek görülürse duvarda kabartmalı tasarımlar yapılabilir.		
Trenlerde Yön Levha ve Numaralar 30. Güzergahtaki istasyonların gösterdiği levha vagon kapı dış kenarına, vagon içinde kapısı üstünde ve ayrıca tavan altında olmak üzere iki tarafta birer pencere atlanarak yer almalıdır.		
Oturma Yerleri 31. Taşıtın en ön ya da en arka vagonun binme/inme işareti olan kapısına yakın yerde en az dört oturma yeri en az iki tekerlekli sandalye için alan ayrılmalıdır.		
Vagon İçi Tutunma ve Koruyucu Tutunma Boruları 32. Vagona binme/inmede mani olmayacak ve fiziki yeti yitimi olanlara yardımcı olacak şekilde kapı girişinde ve pencere yanında ayrı kontrast renkte tutunma ve koruyucu tutunma boruları konmalıdır.		
Yeti Yitimi Olanların Kullanacağı Asansörlere Ait İşaret 33. Bu işaretin rengi, mavi zemin üzerine beyaz şekil, yazı karakteri "Helvetica" olmalıdır.		
Yeti Yitimi Olanlar İçin Yönlendirme Panosu 34. İstasyon giriş holünde, sağ duvarlarda yeti yitimi olanlara yönlendirmek için elektronik bir buton bulunmalıdır. 35. Bu buton sayesinde sesli olarak yeti yitimi olan bireyin; asansöre, turnikelere ve platforma kadar yönlendirilmesi sağlanmalıdır.		
Genel Kurallar 36. Görme açısından yeti yitimi olan yolcular için, güzergah ve ücret gibi konularda kısa bilgiler kabartma yazı ile verilmelidir. 37. Görme açısından yeti yitimi olanlar için aralıklarla sesli bilgi verilmeli, işitme yeti yitimi olanlar için ışıklı bilgi panoları tesis edilmelidir.		

İletişim: Neslihan Çetinel
E-posta: n_cetinel@yahoo.com

Kaynaklar

1. Disabilities is an umbrella term, covering impairments, activity limitations, and participation restrictions. [Internet] Available from: <http://www.who.int/topics/disabilities/en/>. Erişim: 26.1.2014.
2. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH). [Internet] Available from: <http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442455478>. Erişim: 26.1.2014.
3. 2010 Herkes İçin Ulaşılabilirlik Eylem Yılı, Ulaşılabilirlik Stratejisi ve Eylem Planı (2010-2011);7. [Internet] Available from: www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/11/20101112-19-1.doc. Erişim: 26.01.2014.
4. International Day of Persons with Disabilities, 3 December 2013. [Internet] Available from: <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=1607>. Erişim: 25.01.2014.
5. Türkiye Özürülüler Araştırması Temel Gostergeler. [Internet] Available from: <http://www.engelsiz.hacettepe.edu.tr/belge/ozida.pdf>. Erişim: 25.01.2014.
6. Türkiye İstatistik Kurumu Özürülü İstatistikleri Sonuçları. [Internet] Available from: http://www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=518. Erişim: 29.01.2014.
7. Özürülülerin Sorun ve Beklentileri Araştırması 2010, Haber Bülteni. [Internet] Available from: <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=6370>. Erişim:24.02.2014.
8. Current cigarette smoking among adults - United States, 2011. CDC. Morbidity and Mortality Weekly Report 2012;61(44):889-94.
9. Ellis LJ, Lang R, Shield JP et al. Obesity and disability-A short review. *Obes Rev* Nov 2006;7(4):341-5.
10. Bahar G, Savas HA, Bahar A. Child Abuse And Neglect: A review. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi* 2009;4(12):57-65.
11. Bergés IM, Ottenbacher KJ, Kuo YF, Smith PM, Smith D, Ostir GV. Satisfaction with quality of life poststroke: Effect of sex differences in pain response. *Arch Phys Med Rehabil* 2007;88(4):413-7.
12. Sarı ME, Kalyoncuoglu E, Cankaya S. Evaluation of oral and dental health of children with physical disabilities. *J Dent Fac Atatürk Uni* 2012;22(1):7-13.
13. Gravestock S. Eating disorders. *Journal of Intellectual Disability Research* 2000;44(6):625-37.
14. Ali Z. Pica in people with intellectual disability: a literature review of aetiology, epidemiology and complications. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 2001;26(2):205-15.
15. Baris ME, Uslu A. Accessibility for the disabled people to the built environment in Ankara, Turkey. *African Journal of Agricultural Research* Sept 2009;4(9):801-14.
16. Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers. [Internet] Available from: http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/reports_studies/disability_synthesis_2010_en.pdf. Erişim:26.01.2014.
17. Commission of the European Communities, Communication From the Commission to the Council, the European Parliament, the Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, Brussels, Com (2000) 284 Final, Towards A Barrier Free Europe For People With Disabilities. 12.05.2000;10-11.
18. Türkiye Engelsiz Bilişim Platformu. [Internet] Available from: http://www.engelsizbilisim.org/?page_id=418. Erişim: 26.1.2014.
19. Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü. Mevzuat Bilgi Sistemi. [Internet] Available from: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=1.5.5378&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=181>. Erişim: 26.1.2014.
20. Marmara Belediyeler Birliği. [Internet] Available from: http://www.marmara.gov.tr/document/dergi/cevre_yonetim_merkezi/sayi_25.pdf. Erişim:26.1.2014.
21. EGO Genel Müdürlüğü. [Internet] Available from: <http://www.ego.gov.tr/inc/newsread.asp?id=250>. Erişim: 07.02.2014.
22. EGO Genel Müdürlüğü. [Internet] Available from: <http://www.ego.gov.tr/inc/newsread.asp?id=266>. Erişim: 07.02.2014.

Kasım Aralık 2013 sayımızda yayımlanan Öğr. Gör. Bilgen Sivri'nin çalıştığı kurum bilgisini düzeltir özür dileriz.

Öğr. Gör. Birsen Bilgen Sivri

Mevlana Ü. Sağlık Hizmetleri YO, Hemşirelik Bölümü, Konya



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla iki ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005-2007 arasında TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'nde yer aldı. STED, 2012 yılı başında yeniden TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ne girdi. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları yayımlanır.

Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işlenme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.
 - Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.
 - Etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul kararı alınmış olmalı, kararlar metin içinde belirtilmeli ve belgelendirilmelidir. Ulusal ve uluslararası geçerli etik kurallara uyulmalıdır (Bakınız, www.ulakbim.gov.tr). Sözü edilen özellikte çalışmalar, etik onaylar olmadan değerlendirilmeye alınamayacaktır.
 - Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalıdır:
- 1. Başlık Sayfası:** Bu sayfada bulunması gerekenler:
- **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.
 - **Yazarlar:** Her yazarın akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı soyadı belirtilmelidir. Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.
 - Metnin ilgili yazışmadan sorumlu yazarın adı, e-posta ve açık adresi, mali destek ve

diğer kaynaklar, ana metnin sözcük sayısı, şekil ve tabloların sayısı belirtilmelidir.

2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler:

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

Özün altında üç ile 10 anahtar sözcük yer almalıdır. (Index Medicus'un Medical Subjects Headings (MeSH) başlığı altında "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerini kullanınız. MeSH terimleri yoksa, var olan terimler kullanılabilir.)

3. Giriş: Bu bölümde, makale ile ilgili ön bilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın veri ve sonuçları bulunmamalıdır.

4. Gereç ve Yöntem: Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Diğer araştırmacıların aynı sonuçları elde etmeleri için yöntemleri, aygıtları ve işlemleri açıklayınız. Yöntemler için kaynak gösteriniz. Yeni olan yöntemleri tanımlayınız. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve uyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız. Bu bölümde bulgulara yer vermeyiniz.

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

6. Tartışma: Çalışmanın yeni ve önemli yönlerini ve çıkan sonuçları vurgulayınız. Bulguların ne anlama geldiğine ve bunların sınırlarına yer verilmelidir. Sonuçların amaçlarla bağlantısı kurulmalıdır. Verilerin tam olarak desteklemediği sonuç ve açıklamalardan kaçınılmalıdır. Öneriler de bu bölümde yer alabilir.

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

8. Kaynaklar: Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1-2-3) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler" kaynak olarak kullanılamaz. En fazla **yirmi beş (25)** kaynak kullanılabilir.

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

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

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

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

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

9. Tablolar: Tablolara ana metin içinde ilk geçtikleri sıraya göre numara veriniz. Her tablonun bir başlığı olmalıdır. Tablonun her sütununa kısa ya da kısaltılmış bir başlık koyunuz. Kullanılan standart dışı kısaltmaları ve açıklayıcı bilgileri dipnotta veriniz. Dipnotlar için sırayla kullanılacak simgeler: *, †, ‡, §, |, **, Tablo içinde yatay ve dikey çizgi kullanılmamalı, başka bir kaynağın verileri kullanılıyorsa izin alınmalı ve bu durum belirtilmelidir.

10. Şekiller ve Fotoğraflar: Şekiller profesyonelce çizilmiş ve fotoğraflanmış olmalıdır. Özgün çizimler yerine, temiz, parlak, siyah-beyaz fotoğraflar yeğlenmelidir. Fotoğraf arkalarında yazar adı, numaraları ve oklarla üste gelecek yön belirtilmeli; şekil ve resim altlarına çift aralıklı açıklayıcı yazılar konmalıdır. Şekiller ana metinde ilk değinildikleri sıraya göre numaralandırılmalıdır. Başka yerde yayımlanmış şekiller için kaynak belirtilmelidir.

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

1. Sayfa numaraları: Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara

verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ alt köşesine yazılmalıdır.

2. Başlıklar: Yazının ana başlıkları tümü büyük harf, ara başlıkların baş harfleri büyük olmalıdır.

3. Birimler: Ölçü birimi olarak metrik birimler kullanılmalıdır. Metrik ölçümlerden sonra nokta konmamalıdır: 3,5 mmol/L, 11.6 mg/kg gibi. Tüm hematolojik ve klinik kimya ölçümleri "Uluslararası Birimler Sistemi" ile (SI) uyumlu olarak metrik sistemde bildirilmelidir.

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

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

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

7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) ya da "yüzde" sözcüğü ile belirtilebilir.

8. Yazı tipi: Dergiye gönderilen yazılar bilgisayarda yazılmalı sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

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

Metinlerin Gönderilmesi: Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. (www.ttb.org.tr/STED adresinden **Yayın Hakkı Devir Formu'**na erişebilirsiniz.) Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir. Yazılar; sted@ttb.org.tr adresine e-posta ile gönderilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'nca yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez.

Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için sted@ttb.org.tr e-posta adresinden bilgi istenebilir.