



Bir Sosyal Ağ Sitesi Olan Twitter'da Yayımlanan "Kanser" Anahtar Sözcüğünü İçeren İletilerin Değerlendirilmesi	44
İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Depresyon, Umutsuzluk ve Evlilik Uyumlarındaki Değişimin Değerlendirilmesi	53
Yaşlıların Algıladıkları Aile Desteğinin Yaşam Doyumlarına Etkisi	61
Diyabetli Kadınlarda Kontrasepsiyon Seçimi	70
Editör Görev ve Sorumlulukları ve Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Yayıncılığı	74
Çocuk Sağlığı İzlemlerinin Beş Yaş Altı Çocuk Ölümlerine Etkisi	80



Yayın Yönetmenleri

Yrd. Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yardımcı Yayın Yönetmenleri

Dr. Aylin Sena Beliner
Dr. Berkan KaplanDoç. Dr. Aysun B. Odabaşı
Dr. Yılmaz Yıldız

Bilimsel Danışma Kurulu

Acil Tıp

Dr. Bülent Erbil

Adli Tıp

Prof. Dr. Ümit Biçer

Prof. Dr. Hamit Hancı

Aile Hekimliği

Prof. Dr. Hakan Yaman

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)

Doç. Dr. Ali Süha Çalikoğlu (Endokrin)

Prof. Dr. Şükrü Hatun (Endokrinoloji)

Dr. Tolga İnce (Sosyal Pediatri)

Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)

Prof. Dr. Serdar Kula (Kardiyoloji)

Prof. Dr. Esra Önal (Neonatoloji)

Prof. Dr. İmran Özalp (Metabolizma)

Prof. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)

Prof. Dr. İlhan Tezcan (İmmünoloji)

Prof. Dr. Duygu Uçkan (Hematoloji)

Prof. Dr. Songül Yalçın (Sosyal Pediatri)

Dr. Adnan Yüce

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Bahar Gökler

Yrd. Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

Deontoloji ve Tıp Tarihi

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. Alper Büyükakkuş

Dr. Hayati Çakır

Dr. Şamih Demli

Dr. Naciye Demirel

Dr. Sema İlhan

Dr. Remzi Karşı

Dr. Mehmet Özen

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Sevinç Yılmaz Yeltekin

Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Ayşen Bulut

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Kalaça

Dr. Sibel Kıran

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

Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji

Doç. Dr. Levent Ertuğrul İnan

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

Okuyucu Danışma Kurulu

Dr. Gülden Aykanat

Dr. Hasan Değirmenci

Dr. Nesrin Erborü

Dr. Sultan Gemalmaz

Dr. Nevruz Gürçeğiz

Dr. Mesut Yıldırım

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Prof. Dr. Özdemir Aktan

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

Araştırma/Research

Bir Sosyal Ağ Sitesi Olan Twitter'da Yayınlanan "Kanser" Anahtar Sözcüğünü İçeren İletilerin Değerlendirilmesi 44
Dr. Ezgi İnce, Dr. Samer Er, Dr. Selcan Ekicier, Dr. Hilal Çelebi, Dr. Ozan Okyay, Dr. Can Aydemir, Dr. Cavit Işık Yavuz, Dr. A. Songül Vaizoglu, Dr. Çağatay Güler

İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Depresyon, Umutsuzluk ve Evlilik Uyumlarındaki Değişimin Değerlendirilmesi 53
Dr. Gülseren Keskin, Dr. Ayşegül Bilge, Dr. Zehra Baykal Akmeşe, Dr. Birsen Karaca Saydam

Yaşlıların Algıladıkları Aile Desteğinin Yaşam Doyumlarına Etkisi 61
Dr. Melek Ardahan, Dr. Özüm Erkin Balyacı, Atiye Genç

Derleme/Review Article

Diyabetli Kadınlarda Kontrasepsiyon Seçimi 70
Dr. Hilmiye Aksu, Dr. Sevgi Özsoy Gökdemirel

Editör Görev ve Sorumlulukları ve Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Yayıncılığı 74
Dr. Özen Aşut

Çocuk Sağlığı İzlemlerinin Beş Yaş Altı Çocuk Ölümlerine Etkisi 80
Dr. Nilgün Çöl Araz, Dr. Ercan Sivaslı



Kapak Fotoğrafi
"Işık"

Mustafa Gezer, Kocaeli
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2011
Başarı Ödülü



Merhaba,

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi yayın ekibi olarak, birinci basamak hekimlerine ve de sağlık ekibine özellikle birinci basamaktaki hizmete katkıda bulunabilecek tıptaki yeni bilgi ve gelişmeleri sunmaya çalışıyoruz. Her sayımızda araştırma ve derlemelerin belirli bir dengede yer almasını sağlayarak ülkemizin geniş yelpazedeki birikimini, bilimsel etkinliğini sağlık kamuoyuna yansıtmayı hedefliyoruz. Amacımız birinci basamakta hekim insan gücü ve sağlık hizmetinin niteliğine, birikimine olanaklar ölçüsünde katkıda bulunmak...

Günümüzde tıptaki ilerleme ve yeni gelişmeler akıl almaz boyutlarda. Son 30- 40 yıldaki yenilikler ve bugün kimi konularda ulaşılan aşama 50 yıl önce hayal bile edilemezdi. Bu durum hem klinik çalışmalar, hem de toplumsal araştırmalar için geçerli. Bu ilerlemenin doğal sonucu, her alanda daha çok ve daha ileri uzmanlaşmanın geçerli olmasıdır. Sonuçta, yatay bir uzmanlık alanı olan pratisyen hekimlik / aile hekimliği ya da birinci basamak hekimliğinin kapsamı da genişliyor. Bu alanın meslek ya da sürekli eğitiminin önemi giderek artıyor; birinci basamak

hekimlerinin görev ve sınırlarının bu eğitimlerle ve yayınlarla belirlenmesi için özgün çalışmalar gerekiyor.

Birinci basamakta çalışan hekimler her konunun uzmanı kadar bilgi sahibi olamazlar kuşkusuz. Olmaları gerekli de değildir. Ancak tıptaki yenilikler ve gelişmeler konusunda fikirleri olmalıdır. Birinci basamak hizmetine yönelik bir yayının işlevlerinden biri de, tıptaki değişimi bu alanın insan gücüne yansıtmak olmalıdır. Bir örnek vermek gerekirse, nöroloji alanında son yıllarda daha önce bilinenleri sarsan önemli gelişmeler sağlandı. Sözelimi, sinir sisteminin yenilenemeyeceğine ilişkin bilgiler, yeni araştırmalarla elde edilen bulgularla gerilerde kaldı. Böylece tıpta can alıcı sonuçları olabilecek bir gelişmenin önü açılmış oldu.

Önce periferik sinir sisteminde (yani ikinci motor nöronların aksonlarında ve duyu nöronlarının aksonlarında) rejenerasyon olabileceği anlaşıldı. Bunun için somanın sağlam olması gerekiyordu. Örneğin, karpal tünel sendromunda bilekte median sinir uzun süreli bası altında kaldığında, motor aksonlarla duyu aksonlarının basının distalindeki bölümünde waleryan dejenerasyon olabiliyor. Motor liflerin hücre gövdesi, medulla spinalisin C8 segmentinde ve orası sağlam olduğundan, gövdede sentezlenen rejeneratif trofik moleküller, motor akson boyunca yavaş aksonal yolla distale taşınabiliyor. Böylece günde 1-3 mm hızla bir rejenerasyon gerçekleşiyor. Benzer biçimde, C6, C7 ve C8 arka kök ganglionundaki duyu hücre somaları da sağlam olduğundan, benzer süreç orada da işliyor. Bunun için her bir aksonun çevresindeki endonörium denen bağ dokusundan kılıfın sağlam olması gerekiyor. Endonörium rejenerer aksona bir yön (daha önce gittiği kısı ya da deri bölgesini) gösteriyor. Sinirin kesici yaralanmalarında ise, (endonörium şimdilik mümkün değil ama) perinörium ve epinöriumun distal ve proksimal uçlarının anastomozu olursa sinirin başarılı



Fotoğraf: "Pencereler" Sağ. Teknikeri Erdiñç Yılmaz
STED Fotoğraf Yarışması Sergi Ödülü

rejenerasyonu olabiliyor, değilse olamıyor.

Geride bıraktığımız hafta bu doğrultuda yeni bir haber ortalığı sarstı: Uzun yıllardır bilinen en etkili antidiyabetik ilaçlardan biri olan metforminin nöron yenileme özelliği olduğu belirlendi. Yeni araştırmalar, metforminin inme, Alzheimer hastalığı ve beyin hücrelerinin hasarı ya da dejenerasyonu ile ilgili durumlarda yararlı olabileceğini düşündürüyor¹. Hayvan deneyleri, metforminin nörojenesisini sağlayan ve hipokampus kökenli hafıza oluşumunu artıran bir ana yolu (PKC-CBP) etkinleştirdiğini gösteriyordu. Atipik PKC-CBP yolu, nöral öncüllerden nöron oluşumu için gereklidir ve metformin bu yolu aktifleştirerek hayvanlarda ve insan kökenli kültürlerde nörojenesisini sağlamaktadır. Sonuçlar ilacın, insan nöral öncülleri (precursor) üzerinde de benzer etkinliği olduğunu ortaya koyuyordu. Böylece insan beyninde de nörojenesis açısından benzer etkisi olabileceği izlenimi veriyordu.

Kanada Toronto Üniversitesi'nden araştırmacılar, bu bulguların insan sinir sistemi bozukluklarında bir tedavi stratejisinin temelini oluşturabileceğini öne sürüyorlar². Böylece, yaygın olarak kullanılan, güvenli bir ilaç, en azından hayvanlarda, endojen nöral kök hücreleri uyatarak yeni nöronların oluşumunu sağlıyor. Bu sonuçlar, insanlarda da aynı şeyi yaparak hasar onarımı ya da iyileşmesi sağlama düşüncesini deneme şansını ortaya koyuyor.

Erişkin nöral kök hücrelerinin üretimi, tedavi stratejisi olarak önerilmiş olmakla birlikte, bu konuda başarılı klinik yaklaşımlar bulunmamaktadır. Bu araştırmada, metforminin nörojenesisini geliştirdiği ve hafıza oluşumunu güçlendirdiği gösterilmiştir. İlaç, erişkin fare beyninde CBP 'ye bağımlı olarak nörojenesisini artırmaktadır. Yani güvenli bir ilaç, en azından hayvanlarda, endojen nöral kök hücrelerini geri kazandırarak yeni nöron oluşumunu sağlamaktadır. İnsanlarda da bu yapılabilirse, sinir sisteminde hasar onarımı ve iyileşme elde edilebilir².

Başka bir yeni gelişme, beden kitle ölçümünün değerlendirilmesinde yaşandı. Araştırmacılar, boy ve kiloya göre uyarlanmış bel

çevresine (BÇ) bağlı olarak yeni bir ölçüt geliştirdiler. ABSI (A body shape index: Bir beden şekli indeksi) denen bu ölçüt yüksek olduğunda, belirli bir boy ve kilo için bel çevresinin ortalamadan daha yüksek olduğunu ve beden hacminin daha santral tipte toplandığını gösteriyor. ABSI boy, kilo ve beden kitle indeksi (BKİ) ile korelasyon göstermemektedir. Formülü şöyledir:

Bel çevresi (BÇ) bölü BKİ ^{2/3}boy^{1/2}.

Araştırmacılar, ABSI ortalamadan standart sapma başına %33 yüksekse, ölüm hızlarının yükseldiğini hesapladılar. Araştırılan nüfusun ölüm riskinin % 22'sinin ABSI ölçütüne bağlı olduğunu buldular. Oysa BKİ'ye atfedilen ölüm %15, bel çevresine atfedilen ölüm de gene %15 idi³. ABSI, BKİ ve BÇ'ye göre mortalite üzerine daha özgün bir etki göstermekteydi. Yakın zamanlı araştırmalarda BÇ, BKİ'ye ek bir etmen olarak obesite riskini öngörmekte kullanılmıştır. Çünkü yalnız başına BKİ, kas ve yağ birikiminin farkını ya da karın yağını ayırtılamamaktadır. Ancak yalnız başına BÇ'nin kullanımı da sınırlıdır çünkü cüseye (yani boy ve kiloya) bağımlıdır ve BKİ ile çok yakından ilişkilidir. Bu nedenle, daha özgün ve duyarlı bir ölçüt olarak ABSI önümüzdeki süreçte özgün bir indeks olarak kullanım alanı bulabilir.

STED'in yeni sayılarında tıptaki gelişmelerde buluşmak dileğiyle,

Bilimsel ve dostça kalın...

Dipnotlar

- 1- Anderson, P. Metformin May Help Renew Neurons. Erişim 17 July 2012, <http://www.medscape.com/viewarticle/767139?src=mpnews&spon=18>
- 2- Wang J, Gallagher D, M. DeVito L, Gonzalo I, Cancino GI, Tsui D, Ling He, M. Keller G, Frankland PW, Kaplan DR. Metformin Activates an Atypical PKC-CBP Pathway to Promote Neurogenesis and Enhance Spatial Memory Formation. Cell Stem Cell. 11(1): 23-35, Published 6 July. 2012. Erişim 17 July 2012, <http://www.cell.com/cell-stem-cell/abstract/S1934-5909%2812%2900174-9>
- 3- Hand L. New Obesity Metric Uses Body Shape to Predict Risk of Death. Erişim 19 July 2012, <http://www.medscape.com/viewarticle/767714?sssdmh=dm1.803855&src=nl>



Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED), Türk Tabipleri Birliği'nce birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin bilgi ve becerilerinin yenilenmesi ve geliştirilmesi amacıyla ayda bir yayımlanan bilimsel, hakemli bir dergi olup 2005 yılı başından beri TÜBİTAK Türk Tıp Dizini'ndedir. STED'de birinci basamağın çalışma alanına giren konularda yapılmış araştırma yazıları, derlemeler, olgu sunumları, sağlık ocağı ve AÇS-AP merkezi gibi birinci basamak kurum tanıtımları ve hekim günlükleri yayımlanır.

Dergide yayımlanacak makalelerin aşağıda belirtilen özellikleri taşıması gerekmektedir:

- Yazılar daha önce başka yerde yayımlanmamış olmalıdır. Konuların işleme biçimi sorun çözümüne yönelik olmalıdır. Yazılarda yalın, anlaşılır Türkçe kullanılmalıdır; Türkçe karşılığı olan yabancı sözcük kullanılmamalıdır. Kapsayıcı ve insancıl bir dil kullanılmalı, cinsel ya da ırksal yan tutmadan kaçınılmalıdır.

- Yazılar birinci basamak sağlık hizmetine katkı sağlayacak nitelikte olmalı; bu nedenle konuların en sık rastlanan sorunlara yönelik olmasına, hastalıkların en çok görülen biçim ve yönlerinin vurgulanmasına özen gösterilmelidir.

- Makale, aşağıda belirtilen bölümlerden oluşmalı, bölümlerin her birine yeni bir sayfa ile başlanmalıdır.

1. **Başlık Sayfası:** Bu sayfada bulunması gerekenler:

- **Başlık:** Kısa (en fazla 90 karakter), yeterince bilgi verici ve ilgi çekici olmalıdır.

- **Yazarlar:** Her yazarın en üst akademik derecesi, çalıştığı kuruluş ve iletişim bilgileri ile adı, ikinci adı varsa baş harfi ve soyadı belirtilmelidir. Yazar olarak gösterilen herkes yazarlığı hak kazanmış olmalıdır. (Bkz, STED Temmuz 2004 ya da www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf)

Yazar sayısı birden fazla ise, altı yazara dek adları yazılmalı, altıncıdan sonraki yazarlar "et al." ya da "ve ark." biçiminde belirtilmelidir.

- Metinle ilgili yazılmadan sorumlu yazarın adı, e-posta ve açık adresi. Mali destek ve diğer kaynaklar. Ana metnin sözcük sayısı. Şekil ve tabloların sayısı.

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 sonuçları bulmalıdır. Öz ve İngilizce özet 150-250 sözcüktan 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:** Bulguların, makale ile ilgili önbilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir. Bu bölümde ilgili kaynaklar dışında bilgi verilmemeli, çalışmanın veri ve sonuçları bulunmamalıdır. Bu bölümün sonunda çalışmanın amacı ve gerekçesi açıklanmalıdır.

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 yöntemlerinizi, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız. Bu bölümde bulgulara yer vermeyiniz.

5. **Sonuçlar:** Bulguların metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayıp özetleyiniz. Teknik ayrıntılar ek olarak verilebilir. Bulguların, sayı ve yüzde olarak belirtiniz. Verilerin, en uygun tablo, şekil ve grafiklerle gösterilmesi için çaba harcanmalıdır.

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 -Verlag; 1988. p.521-32.

Web Sitesi

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

Kaynak göstermede diğer özellikler ve özel durumlar için Bkz,

http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf

9. **Tablolar:** Her tabloyu ayrı kağıda çift aralıklı olarak yazınız. 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 özgün kaynak belirtilmelidir.

Şekil alt yazılarının, ayrı bir sayfaya rakamlarla numaralandırılarak, çift aralıklı listelenmesi gereklidir.

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

1. Sayfa numaraları: Sayfalara başlık sayfasından başlayarak, sırayla numara verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ üst ya da alt köşesine yazılmalıdır.

2. Başlıklar: Yazının ana başlıkları tüm 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.

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 yazılıyla birlikte verilmelidir. Başlıkta ve özetinde kısaltma kullanılmamalıdır.

7. Yüzdeler: Yüzde işareti (%) yerine "yüzde" sözcüğü yeğlenmelidir. Yüzde işareti (%) tablo ve şekillerde kullanılabilir.

8. Yazı tipi: Dergiye gönderilen yazılar beyaz A4 kağıdının bir yüzüne, çift aralıklı olarak, bilgisayarda Arial 12 punto ile yazılmalı; üç kopya olarak ve disketle birlikte gönderilmelidir. Yazılar sekiz sayfayı aşmamalıdır. Disket, dosya adı ve dosyanın kaydedildiği program formatı yazılarak etiketlenmelidir.

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

Metinlerin Gönderilmesi

Metinler, tüm yazarların imzalandığı 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 gerçekleştirildiği belirtilmelidir. Yazılar, "STED, TTB, GMK Bulvarı Şehit Daniş Tunalıgil Sok. No:2 Kat:4 Maltepe 06570 Ankara" adresine postayla ya da sted@ttb.org.tr adresine e-posta ile gönderilebilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na 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.

Ayrıntılar için: http://www.ttb.org.tr/STED/sted_yazar.pdf

Bir Sosyal Ağ Sitesi Olan Twitter'da Yayımlanan "Kanser" Anahtar Sözcüğünü İçeren İletilerin Değerlendirilmesi

The Evaluation of Messages Including the Key Word "Cancer" on Twitter as a Social Network

Araştırma



Research

Dr. Ezgi İnce, Dr. Samer Er*, Dr. Selcan Ekicier*, Dr. Hilal Çelebi*, Dr. Ozan Okyay*, Dr. Can Aydemir*, Dr. Cavit Işık Yavuz**, Dr. A. Songül Vaizoglu***, Dr. Çağatay Güler****

Geliş Tarihi : 13.04.2012

Kabul Tarihi : 14.07.2012

Öz

Amaç: Kanserın sosyal ağ sitelerindeki yansımalarının Twitter özneline incelenmesi ve Türkçe dilinde paylaşılan iletileri baz alarak "Kanser" sözcüğünü içeren iletilerin özelliklerinin belirlenmesidir.

Yöntem: Çalışma, tanımlayıcı tipte bir epidemiyolojik araştırmadır. Araştırmada veri toplamak amacıyla 13 sorudan oluşan bir veri toplama formu kullanılmıştır. Bir haftalık sürede toplam 1203 ileti taranmış ve dışlama ölçütleri taşıyan iletiler dışarıda bırakılarak, geriye kalan 1101 ileti çalışmaya alınmıştır. Araştırmada toplanan veriler SPSS 15.0 istatistik paket programı ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Araştırmadaki iletilerin %80,6'sı kişisel hesap, %19,4'ü ise kurumsal hesap kullanıcıları tarafından paylaşılmıştır. Araştırma kapsamında incelenen kişisel iletilerin %53,8'inde yaşadığı yer, %22,7'sinde cinsiyet, %22'sinde meslek ve %7'sinde öğrenim durumu belirtilmiştir. 1101 iletinin %44,7'si deyim/mecaz, %18,4'ü fikir beyanı, %17,8'i genel bilgi paylaşımı özelliği taşımaktadır. Metin nitelik özelliklerine göre değerlendirilen iletilerin %26,4'ü kaygı, %24,1'i endişe giderici, %19'u şaka/iğneleme özelliği taşımaktadır. İletilerin %20,5'inde risk faktörü belirtilmiştir. Belirtilen risk faktörlerinin %38,1'ini gıda, %24,7'sini radyasyon (iyonlaştırıcı ve iyonlaştırmayan), %13'ünü tütün ürünleri oluşturmaktadır. Kişisel hesaplardan paylaşılan iletiler, kurumsal hesaplardan paylaşılan iletilere göre istatistiksel olarak daha fazla iğneleme/öfke ve kaygı/soru ile ilişkiliyken; kurumsal hesaplardan paylaşılan iletilerin kişiselere göre daha fazla endişe giderici konularla ilgili olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Sosyal ağ sitelerinden biri olan "Twitter" kullanıcılarının kanser ile ilgili iletilerine ulaşarak, kullanıcıların düşünce/ yorum/bilgi vb. görüşleri hakkında ipuçları elde edilmiştir. İnternet güvenliğinin gelişimi, kişisel bilgilerin paylaşımının kısıtlılığı bu çalışmada demografik bilgilere ulaşmanın zorluklarından biridir. Ayrıca gün içinde sürekli bir ileti akışı olması nedeniyle güncel olaylarla ilgili

Abstract

Aim: The aim of the study is to illustrate the image of cancer on social networking sites through Twitter and to evaluate/analyze Twitter status updates posted in Turkish containing the key word "cancer".

Material and Method: The study is a descriptive epidemiological study. Of 1203 status updates in the Turkish language accessed in seven consecutive days, 1101 were included in the study. The content and qualifiers of the status updates, risk factors if mentioned as well as the demographic features of the user were questioned through a thirteen-question data collection form. All statistical analyses were performed using SPSS, version 15.0.

Results: Eighty point six percent of the status updates were from personal accounts and %19,4 were from corporate account users. Location, gender, occupation and educational status were the demographic features questioned in personal accounts and found in 53,8%, 22,7%, 22% and 7% of the cases, respectively. Of 1101 status updates, top three content categories were metaphorical (44,7%), personal opinion (18,4%), general information sharing (17,8%) and top three qualifier categories were anxiety (26,4%), relieving (24,1%), humour/sarcasm (19%). Risk factors were mentioned in 20,5% of the status updates. Of all the risk factors, 38,1% were food-related, 24,7% were associated with radiation (ionizing and non-ionizing) and 13% were related to tobacco products. In the study, it is statistically significant that personal account users' updates are more likely to be in the categories of sarcasm/frustration and anxiety/query, whereas corporate account users' updates are more likely to be involved in relieving subjects.

Conclusion: By means of Twitter, inferences of social networking site users' opinions, knowledge, attitudes and comments about cancer were accessed. Increased internet security and privacy settings were among the limitations of demographic data collection. Real time information sharing leads into fast

*Intern, Hacettepe Ü.Tıp Fakültesi, Ankara

** Yandal Uzm. Öğr.; Hacettepe Ü.Tıp Fak. Halk Sağlığı AD. Ankara  • 2012 • cilt 21 • sayı 2 • 44

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

deyim/mecaz özelliğindeki iletilerin sıklığında bir artış görülmüştür. İletilerde bilgi arayan ya da bir takım kaygıları olan kişilerin sosyal medya aracılığıyla belirli kişiler ve kurumlar tarafından aydınlatılması gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Kanser, Twitter, Sosyal medya

Giriş

Ülkemizde ve dünyada tüm ölümlerin ikinci en sık nedeni kanser olarak bildirilmiştir (1, 2). Kanser insidans hızları yıllara göre her iki cinsiyette de artmaktadır (3). Hastalıkları hakkında bilgi arayışında olan hastalar interneti ve sosyal medyayı yaygın olarak kullanmaktadır (4, 5). Bazı sosyal ağ sitelerinde de gündemle ilgili paylaşımlara, kanser ile ilgili platformların kampanyalarına sık rastlanmaktadır (6). İnternetteki sağlık içerikli bilgilere erişim kolay olmakla birlikte, bu bilgiler nitelik açısından çok çeşitli olabilmektedir (4). Bu durum; hastalar, hasta yakınları, sağlık çalışanları ve araştırmacılar gibi geniş bir kesimin bilgi aramak için birincil kaynak olarak internete, özellikle de sosyal ağ sitelerine başvurmalarına yol açmaktadır. Ayrıca bu siteler aracılığıyla, bu gruplar arasındaki iletişim ve paylaşım da güçlenmektedir (7).

Sosyal medya genelde Web 2.0 ile benzer anlamda kullanılmakta; kullanıcılar arasında iletişimi ve işbirliğini desteklemekte ve kolaylaştırmaktadır. Benzer düşünce ve ilgi alanları olan kişiler arası deneyim paylaşımı, yayımlama ve işbirliği yapmaya olanak sağlamaktadır (8). Kişilerin yanı sıra devlet yöneticileri, medyatik kişiler, resmi kuruluşlar, sivil toplum örgütlerinin de sosyal ağ sitelerinde hesapları bulunmaktadır (9). Sosyal ağ sitelerinin en popülerlerinden biri olarak

alterations on the topic and increases the metaphoric use of the word "cancer". We found that seeking/sharing health information and concerns related to cancer (especially risk factors) were among the top contents in our sample. Authorities should not underestimate the information sharing process and try to to relieve the public anxiety.

Key words: Cancer, Twitter, Social media

Twitter, kurulduğu yıl olan 2006'dan beri kullanıcılarına "Tweet" ismi verilen 140 karakter uzunluğundaki iletileri paylaşmaya olanak sağlayan mikro-bloglama uygulamasıdır (9). "Şu an ne yapıyorsun?" sorusuna yanıt vermek suretiyle insanları paylaşmaya ve etkileşimde bulunmaya özendirir.

Benzer sosyal ağ siteleri olan Facebook ve LinkedIn'e göre, son yıllarda Twitter kullanımında logaritmik bir artış söz konusudur. Ağustos 2011 itibarıyla, Twitter'da yaklaşık 400 milyon kullanıcı tarafından günde 200 milyondan fazla Tweet/ileti paylaşıldığı belirlenmiştir (10, 11). Mayıs 2010'daki durum olan 106 milyon kullanıcı ve günlük 55 milyon Tweet/ileti ile kıyaslandığında bu artışın düzeyi açıkça görülmektedir (12, 13).

Halk sağlığı alanında yapılan çalışmalarda Twitter'ın kullanımı yaygınlaşmaya başlamıştır. Literatürde Haiti'deki kolera salgını ve geride bıraktığı yıl ülkemizi de etkileyen domuz gribi (H1N1) gibi pandemi ve salgınlarda yayılımın izlenmesi; antibiyotik kullanım yaygınlığının ve olası yanlış antibiyotik kullanımların değerlendirilmesi gibi örnekler söz konusudur (14-18). Yakın zamanda, kronik hastalıkları olan kişilerin yaşam kaliteleri ya da kronik hastalıklara karşı toplum tutumu izlenmesi amaçlı çalışmalar da yapılmaya başlamıştır (19, 20).

Tablo 1. İletinin içeriğine göre Twitter iletilerinin sınıflandırması

İçerik	Örnek
Kişisel Deneyim	"Yine biri kanser. Yine farkında olmadan nefes alıp verişini kontrol etme ve yüzlerce ilaç. 7 yıl öncesiyse aynı manzara."
Fikir Beyanı	"İleri yaş hastalığı olarak bilinen egzema, topuk diken, kanser, depresyon vb. çocuklarda ve gençlerde de o kadar sık görür olduk ki."
Bilgi Arama	"Kanser araştırması için Avrupa'da 500 milyon dolar toplanıyor. Türkiye'de ne kadar acaba?"
Kanser Hastalığı Hakkında Bilgilendirme	"Sigara kullanan babaların çocuklarında kanser riski artıyor."
Genel Bilgi Paylaşımı	"Kanser hastalarına müjde "... Devlet Hastanesi bünyesinde radyoterapi merkezi açılacağı bildirildi."
Deyim ve/ya da Mecaz	"Bunlar adamı kanser eder."

Tablo 2. İletinin niteliğine göre sınıflandırma	
İçerik	Örnek
Şaka/İğneleme	"Kanser hastalarına özel bakım klinikleri açılıyormuş. Hiç inanasım gelmedi ama. Hayrolsun!"
Kaygı	"Süt kanser mi yapıyor yaa? Kanser mi olacağım şimdi ?"
Engellenme Öfkesi	"Ben de inanmıyorum (bazı şeylere). Yıllarca kızartma kanser dediler, şimdide bilmem neye faydası var diyorlar. Bu kanser tüccarı şirketler adamı sinir eder... çelişkiler dünyası..."
Soru	"Zaten greyfurt zararlı değil mi? Kanser hastalarına greyfurt yedirmiyorlar galiba."
Endişe Giderici	"Arkadaşlar telaşlanmayın,RiA kanser yapmıyormuş."
İyi Dilek	"Canım, annen meme kanseriymiş, umarım bir an önce iyileşir."

Tablo 3. 27 Ocak – 2 Şubat 2012 tarihleri arasında paylaşılan "Kanser" sözcüğünü içeren iletilerin metin içerik özelliklerine göre dağılımı (Ankara, 2012)

Metin İçerikleri Özellikleri	Sayı	Yüzde
Deyim/Mecaz	492	44.7
Fikir Beyanı	203	18.4
Genel Bilgi	196	17.8
Kanser Hastalığı Hakkında Bilgilendirme	117	10.7
Kişisel Deneyim	62	5.6
Bilgi Arama	31	2.8
Toplam	1101	100,0

Bu araştırma, kanserin sosyal ağ sitelerindeki yansımalarının Twitter öznelinde incelenmesi ve Türkçe dilinde paylaşılan iletiler baz alınarak "kanser" anahtar sözcüğü içeren iletilerin özelliklerinin saptanması amacıyla planlanmıştır.

Gereç ve Yöntem

Bu çalışma, tanımlayıcı tipte bir epidemiyolojik araştırmadır.

Araştırmada 27.01.2012 – 02.02.2012 tarihleri arasında Twitter kullanıcıları tarafından gönderilen ve içinde "kanser" anahtar sözcüğü geçen Türkçe iletiler araştırma evrenini oluşturmaktadır. Anahtar sözcükle arama, twitter sosyal ağ sitesinin ana sayfasından genel paylaşımına açık iletiler üzerinden yapılmıştır. Veri toplama öncesinde iletilerin ve literatürün incelenmesi ile bir veri toplama formu oluşturulmuş ve bu formun 452 ileti incelenerek ön denemesi yapılmıştır.

Yukarıda belirtilen tarihler arasında içinde kanser anahtar sözcüğü geçen toplam 1203 iletiye ulaşılmıştır. Araştırmada herhangi bir örnek seçilmemiş, belirtilen tarihlerde "kanser" anahtar sözcüğü geçen tüm iletilere

ulaşılmıştır. Dışlama kriterleri olarak belirlenen aynı iletinin aynı kullanıcı tarafından birden fazla kez paylaşılması (tekrar), konudan bağımsız içeriklerin "kanser" anahtar sözcüğü ile paylaşılması (spam) ve hashtag olarak işaretlenmiş iletiler (hashtag) çıkarıldığında geriye kalan 1101 ileti araştırmaya alınmıştır.

Veri toplama formunda, iletinin kaynağı (kişisel, kurumsal), kişisel hesaplardan paylaşılan iletiler için kullanıcı sayfalarından ulaşılan yaş, cinsiyet, meslek, eğitim vb. sosyodemografik değişkenler, iletinin metin içerik özellikleri ve niteliği, risk faktörü belirtip belirtmediği gibi sorular yer almış ve toplam 13 soru oluşturulmuştur. İletilerde ad, kullanıcı adı ve beyan edilen kişisel veriler ile tek bir kişiye ait olduğu anlaşılan hesaplar kişisel; grup, platform, şirket, sivil toplum kuruluşu, resmi kurum vb. hesabı olduğu belirtilen kullanıcı hesapları ise kurumsal olarak sınıflanmıştır.

İletilerin metin içeriği ve niteliği ile ilgili olarak literatürden yararlanarak bir değerlendirme çerçevesi oluşturulmuştur (15,18). Bu çerçeveye göre, Twitter kullanıcısının doğrudan (kendisi) ya da dolaylı

Tablo 4. 27 Ocak – 2 Şubat 2012 tarihleri arasında paylaşılan “Kanser” sözcüğünü içeren iletilerin metin nitelik özelliklerine göre dağılımı (Ankara, 2012)

Metin Nitelik Özellikleri	Sayı	Yüzde
Kaygı	123	26.4
Endişe Giderici	112	24.1
Şaka/İğneleme	88	19.0
Engellenme Öfkesi	82	17.6
Soru	32	6.9
İyi Dilek	28	6.0
Toplam	465	100,0

Tablo 5. 27 Ocak – 2 Şubat 2012 tarihleri arasında paylaşılan “Kanser” sözcüğünü içeren iletilerin risk faktörlerine göre dağılımı (Ankara, 2012)

Risk Faktörü	Sayı	Yüzde
Belirtilmemiş	484	79,5
Belirtilmiş (n=125)	125	20,5
Gıda	51	38,1
Radyasyon (İyonlaştıran/İyonlaştırmayan)	33	24,6
Tütün Ürünleri	18	13,4
İlaç/Kimyasal/Kozmetik	10	7,5
Yaşam Biçimi	6	4,5
Alkol / Bağımlılık Yapan Madde	4	3,0
Diğer*	12	9,0
Toplam	609	100.0

*Diğer başlığı altında damacana, keçeli kalem, kot taşlama, plastik bardak, pseudomonas, tütsü dumanı...belirtilmiştir.

(örneğin, aile üyesi, arkadaş vb.) olarak kanser ile ilgili deneyimlerini içeren, hastalık süreci, tedavi, sosyal/ekonomik etkileri kapsayan iletiler “Kişisel Deneyim”; hastalık/haber/durum üzerine kişisel düşünceleri paylaşması, durumlar üzerine yorum yapmasını içeren iletiler “Fikir Beyanı”; kanser hastalığı, tanı, tedavi süreçleri, korunma yöntemleri, risk faktörleri hakkında bilgi arayışını içeren iletiler “Bilgi Arama”; kanser hastalığı, tanı, tedavi süreçleri, korunma yöntemleri, risk faktörleri hakkında bilgi paylaşımı içeren iletiler “Kanser Hastalığı Hakkında Bilgilendirme”; kanser ile ilgili paylaştığı haberler ya da duyurular “Genel Bilgi Paylaşımı”; kanser sözcüğünün alışılabilir anlamı dışında deyimleşerek ya da mecazi anlamda kullanılması “Deyim ve/veya Mecaz” başlığı altında değerlendirilmiştir. Tam olarak sınıflandırılmayan ya da yukarıdaki tanımların hiçbirisi ile tam olarak açıklanamamış iletiler “Diğer” başlığı altında değerlendirilmiştir. Tablo 1’de iletinin içerine göre örnekler verilmiştir.

İletiler nitelik özelliklerine göre de sınıflandırılmıştır. Bu sınıflama, iletinin nasıl anlatıldığını açıklamayı hedeflemiştir. Twitter kullanıcısı tarafından paylaşılan şaka, fıkradan oluşan ya da alaycı, iğneleyici, kinayeli sözler içeren iletiler “Şaka/iğneleme”; kullanıcıda kaygı, endişe, korku, üzümlük oluşturduğu bu sözcükler kullanılarak ya da kullanılmadan açıkça belirtilmiş iletiler “Kaygı”; İngilizce literatürde “frustration” olarak geçen ve bir engellenmişlik, hayal kırıklığı ya da hüsrana gibi bir durumda kalarak geçici de olsa bir miktar öfke, kızgınlık, sitem içeren iletiler “Engellenme Öfkesi”, iletide soru anlamı içeren ifadeler “Soru”; konu ile ilgili var olan endişeleri gidermeyi amaçlayan iletiler “Endişe giderici”; iyi dilek, mutluluk, sevinç içeren iletiler “İyi Dilek” başlığı altında değerlendirilmiştir. Twitter kullanıcıları tarafından paylaşılmış, tam olarak sınıflandırılmayan ya da yukarıdaki tanımların hiçbirisi ile tam olarak açıklanamamış iletiler “Diğer” başlığı altında değerlendirilmiştir (Tablo 2).

Tablo 6. 27 Ocak – 2 Şubat 2012 tarihleri arasında paylaşılan, “Kanser” sözcüğünü içeren iletilerin metin içerik özelliklerinin iletinin kaynağına göre dağılımı (Ankara, 2012)

	İletinin kaynağı				χ^2	P
	Kişisel		Kurumsal			
	Sayı	%	Sayı	%		
İleti içeriği					379,433	<0.005
Deyim/mecaz	481	58,0	11	5,1		
Fikir beyanı	191	23,1	12	5,6		
Bilgi arama/bilgi verme	157	18,9	191	89,3		
Toplam	829	100,0	214	100,0		

*Sütun yüzdesi verilmiştir.

Tablo 7. 27 Ocak – 2 Şubat 2012 tarihleri arasında paylaşılan “Kanser” sözcüğünü içeren iletilerin metin nitelik özelliklerinin kaynaklarına göre dağılımı (Ankara, 2012)

	İletinin kaynağı				χ^2	P
	Kişisel		Kurumsal			
	Sayı	%	Sayı	%		
İleti niteliği					76,731	<0.005
İğneleme ve öfke	135	46,6	12	10,3		
Kaygı ve soru	96	33,1	32	27,4		
Endişe giderici ve iyi dilek	59	20,3	73	62,4		

*Sütun yüzdesi verilmiştir.

Gün içinde sürekli bir ileti akışı olması gerekçesiyle, veri toplamada bir önceki günün iletileri değerlendirilmiştir. Araştırmada toplanan veriler SPSS 15.0 istatistik paket programı ile analiz edilmiştir. İncelenen parametreler için tanımlayıcı istatistikler (frekans dağılımı) hesaplanmış, marjinal ve çapraz tablolar yapılmıştır. Kategorik değişkenler için gruplar arasındaki farklılık Ki Kare testi ile değerlendirilmiştir. İstatistik değerlendirmelerinde, olasılığı $p < 0.05$ değerler istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular

Araştırma kapsamında 27 Ocak – 2 Şubat 2012 tarihleri arasında toplam 1203 iletiye (Tweet) ulaşılmıştır ve tamamının bilgisi toplanmıştır. Dışlama ölçütlerini taşıyan iletiler çıkarıldığında geriye kalan 1101 ileti araştırmaya alınmıştır. Günlük ortalama ileti sayısı 157 ± 29 , ortanca=142, en az-en çok=129-207'dir.

Araştırmaya alınan 1101 iletinin %80,6'sı kişisel hesap, %19,4'ü kurumsal hesap kullanıcıları tarafından paylaşılmıştır. 887 kişisel hesap kullanıcısının %22'si mesleğini belirtmiştir. Mesleğini belirten kullanıcıların %20,7'si sağlık çalışanı, %79,3'ü diğer meslek gruplarındandır. Araştırmada değerlendirilen iletilerin %22,7'sinde kullanıcı cinsiyeti belirtilmiştir. Cinsiyet belirtenlerin %44,2'si kadın, %55,8'i erkektir. İletilerin %53,8'inde, iletiyi ileten kişinin bulunduğu yer belirtilmiştir ve en çok ileti İstanbul kaynaklıdır (%46,6). İletilerin %7'sinde öğrenim durumu belirtilmiştir ve belirtenlerin tamamı lise / üniversite mezunudur.

Araştırmaya alınan 1101 iletinin %5,6'sı kişisel deneyim, %18,4'ü fikir beyanı, %2,8'i bilgi arama, %10,7'si kanser hastalığı hakkında bilgilendirme, %17,8'i genel bilgi paylaşımı, %44,7'si deyim/mecaz özelliği taşımaktadır (Tablo 3). İncelenen 1101 iletinin 492'si deyim/mecaz özelliği taşıdığı için nitelik özelliklerine göre değerlendirilmemiştir. 144 ileti bilgilendirme, haber, link, magazinsel



içerikli “nötral” ifade taşıması nedeniyle nitelik sınıflandırması başlığı altında değerlendirilememiştir. Tüm bunlar çıkarıldığında geriye kalan 464 iletin nitelik özelliklerine göre değerlendirilmesi Tablo 4’te gösterilmiştir.

Araştırmada incelenen 1101 iletiden, risk faktörleri bölümü için değerlendirilmeyen deyim/mecaz içeriğindeki iletiler çıkarılmış, geriye kalan 609 ileti değerlendirilmeye alınmıştır. İletilerin 125’inde (% 20,5) 134 risk faktörü belirtilmiştir. Belirtilen risk faktörlerinin % 38,1’ini gıda, % 24,6’sını radyasyon (iyonlaştıran ve iyonlaştırmayan), % 13,4’ünü tütün ürünleri, % 7,5’ini ilaçlar, kimyasallar ve kozmetik ürünler; % 4,5’ini yaşam biçimi, % 3’ünü alkol ve bağımlılık yapan maddeler oluşturmaktadır (Tablo 5).

İleti nitelik özelliklerinin kaynaklara göre dağılımı Tablo 7’de gösterilmiştir.

Kişisel hesaplardan paylaşılan iletilerin kurumsal hesaplardan paylaşılan iletilere göre istatistiksel olarak daha fazla iğneleme/öfke ve kaygı/soru ile ilişkiliyken; kurumsal hesaplardan paylaşılan iletiler kişiselere göre daha fazla endişe giderici ve iyi dilek ile ilgili olduğu belirlenmiştir (Ki-kare: 76,731; p <0.005) (Tablo 7).

Tartışma

Araştırma, 27 Ocak – 2 Şubat 2012 tarihleri arasında, bir sosyal ağ sitesi olan Twitter’da içinde “kanser” anahtar sözcüğü geçen Türkçe iletilerin içerdikleri mesaj, ifadeler ve risk faktörleri açısından incelenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma kapsamında yukarıda belirtilen 7 gün boyunca 1203 iletiye ulaşılmış, bunlar arasındaki 1101 ileti değerlendirmeye alınmıştır.

Hafta sonuna doğru kanser ile ilgili ileti paylaşımında artış gözlenmektedir. Amerika’da 2010 senesinde yapılan bir çalışmada, gençlerin başka bir sosyal ağ sitesi olan Facebook kullanım yüzdelerinin hafta sonu daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır (21). Ancak ülkemizde buna benzer bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu farklılık çalışmanın farklı bir ülkede yapılmış olmasından kaynaklanabileceği gibi, Twitter kullanım sıklığı ile “kanser” sözcüğünü içeren iletilerin paylaşım sıklıkları arasında fark olmasından da kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmaya alınan 1101 iletiden yalnızca 4’ünde iletiyi paylaşan kullanıcının sosyodemografik özelliklerinin tamamına ulaşılabilmiştir. Çalışmada sosyodemografik

özellikler belirlenirken, doğrudan kullanıcıların bilgi paylaşımları esas alınmış, tahminlere gidilmemiştir. Amerika’da yapılan benzer bir çalışmada kullanıcı cinsiyetini belirlemede ad, kullanıcı adı ve kullanıcı fotoğraflarından da yararlanılmıştır (22). Sosyodemografik özelliklerin belirlenmesinde böyle bir yöntemin kullanılmasının, özellikle internette kişisel bilgi paylaşımının güvenilirliğinin az olması da göz önüne alındığında, yanlılığa yol açacağı düşünülmektedir (23).

Sağlık alanında yapılan çalışmalarda, çalışılan grubun sosyodemografik özelliklerin belirlenmesi büyük önem taşımaktadır (23). Twitter’da bu özelliklerin erişilebilirliği / ulaşılabilirliği az, elde edilen verilerin doğruluğu kuşkuludur. Bu bakımdan; sosyodemografik özelliklerin temel oluşturduğu çalışmaların Twitter üzerinden yapılması elverişli olmayabilir.

Araştırmaya alınan iletilerin içerik özelliklerine bakıldığında, en fazla deyim/mecaz içeriğindeki iletilerin paylaşıldığı görülmektedir. Bunu sırasıyla, fikir beyanı ve genel bilgi paylaşımı izlemektedir. Kansere hakkında kişisel deneyim paylaşımı ve bilgi arama süreçleri en düşük yüzdesi olan iki kategori olmuştur (Tablo 3). Deyim ve mecazda görülen bu fazlalık, “kansere olmak” ve “kansere etmek” söz öbeklerinin yaygın kullanımını yansıtmaktadır. Bu söz öbekleri Türk Dil Kurumu (TDK) sözlüklerinde henüz yer almamakla birlikte, benzer anlamlara gelebilen “hasta etmek” (bezdirme, bıktırma, usandırmak), “uyuz etmek” (sinirlendirmek), “verem etmek” (çok üzme, dert sahibi yapmak) söz öbekleri, TDK büyük Türkçe sözlüğünde yer almaktadır (24). Bunun nedeni kavramsal olarak kanserin diğerlerine göre daha yeni olması ve bu nedenle henüz dilimize deyim olarak yerleşmemiş olması olabilir. Ayrıca bu deyimlerle birlikte, “kansere etmek” mecazının da yaygın olarak kullanılması, kanserin çağımızda tanımlanan önemli bir hastalık olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Kurumsal hesaplar tarafından paylaşılan iletilerde bilgi arama / bilgi verme içeriği kişisel hesaplara göre daha fazladır. Bu kategorinin büyük çoğunluğunu ise kansere hakkında bilgilendirme ve genel bilgi paylaşımı başlıkları oluşturmaktadır. Kurumsal hesapların

platformlar, kampanyaların Twitter hesapları, resmi kurumlar ve basın organlarının Twitter hesaplarından oluştuğunu göz önüne alınırsa kurumsal hesapların “bilgilendirme” misyonu üstlendiği düşünülebilir. Kişisel hesaplarda daha çok deyim/mecaz ve fikir beyanı içeriğinde iletiler paylaşılmıştır (Tablo 6). Paylaşılan iletilerin niteliklerini değerlendirirken öncelikle içeriğin deyim / mecaz olmamasına dikkat edilmiştir. Çünkü, kansere sözcüğünün deyim / mecaz olarak kullanıldığı durumlar, kansere dışı bir duruma karşı verilmiş tepkinin değerlendirilmesi ve araştırmada karıştırıcı olma olasılığı gerekçeleriyle nitelik sınıflamasına alınmamıştır.

Metin nitelik özelliklerinde en çok kaygı, en az ise iyi dilek başlığı yer almaktadır. Kaygı ifadesi taşıyan iletiler hem kadın, hem de erkeklerin her ikisinde de nitelik sınıflamasında ilk sırada yer almaktadır (Tablo 4). Bu durum kanserin Twitter kullanıcıları arasında sıklıkla kaygıya yol açtığı ve en sık olarak kaygılı ifadelerle eşleştiği biçiminde yorumlanabilir.

Kişisel ve kurumsal hesapların paylaştığı iletiler nitelik olarak değerlendirildiğinde, kişisel iletilerde kaygı / soru ve öfke / iğneleme ön planda iken, kurumsal iletilerde iyi dilek ve endişe giderici iletiler ön plandadır (Tablo 7). Bu durum kişisel hesap kullanıcılarının paylaştıkları iletilerde kansere sözcüğünün daha sık olarak kaygı, öfke gibi ifadelerle geçtiği; ancak, kurumsal hesap kullanıcılarının kansere dolaylı oluşan kaygıları giderme misyonunu edindiği ve buna yönelik iletiler paylaştığı biçiminde yorumlanabilir.

Kansere hastalığı hakkında bilgi verme ve genel bilgi paylaşımının, sıklıkla kansere yüzünden oluşan kaygıları giderici ifadeler taşıdığı saptanmıştır. Hem bilgi verme, hem de kaygı giderici özellikler kurumsal hesaplardan paylaşılan iletilerde daha sık görülmektedir. Bu durum Twitter üzerinden bu kaygıların giderilmesine çalışıldığını gösterebilir; ancak, paylaşılan bilgilerin içeriğinin doğruluğu ve güvenilirliği açısından kuşku olduğu unutulmamalıdır.

Risk faktörlerinin çoğunluğunu gıda ve radyasyon (iyonlaştırıcı / iyonlaştırmayan) oluşturmaktadır (Tablo 5). İletilerde söz edilen bu risk faktörleri, gündeme göre değişkenlik göstermektedir. Güncel konuların Twitter

paylaşımlarına yön verdiği göz önüne alınırsa, araştırmanın yapıldığı dönemde medyada yer alan konuların karıştırıcı olması olasıdır. Risk faktörleri arasındaki değişim, araştırmacılar tarafından yapılan ön çalışmada da görülmektedir. Gıda, radyasyon (özellikle cep telefonu) ve sigara her zaman ilk sıralarda yer almaktadır.

Bu çalışmada gözden kaçmaması gereken önemli bir konu, bazı kullanıcıların paylaştığı iletilere ve kişisel bilgilere mahremiyet ayarları gereğince ulaşamamasıdır. İletilere ulaşamadığı gibi, bu iletilerin sayısı da bilinmemektedir. Bu nedenle, belirtilen tarihler arasında paylaşılan ve kanser anahtar sözcüğünü içeren iletilerin tamamına ulaşamamış olabilir.

Twitter kullanıcıları genellikle genç erişkin, sosyoekonomik düzeyi yüksek, iyi eğitilmiş kadınlardır (25). Twitter iletilerinin değerlendirilmesi ile elde edilen herhangi bir sonuç, hasta, engelli, yaşlı, okuma yazma bilmeyen ya da bilgisayar kullanamayan kişilere genellenemez. Bu nedenle, genellemeler yapılacaksa, çok dikkatli olmalıdır.

Bu çalışmada Twitter kullanıcıları toplumun bilgisayar kullanan, lise ve üniversite mezunu belirli bir kesimini temsil etmektedir. Bu nedenle, sosyal medya tabanlı araştırmaların topluma genellenmesinde kısıtlılıklar vardır. Sosyal medya gündemle birlikte değişkenlik göstermektedir. Twitter'da en fazla bir hafta önceden paylaşılmış iletilere ulaşılabilir. Bu durum daha geniş zaman aralığında geriye yönelik veri toplamada kısıtlılığa neden olmaktadır. Sosyal medya ve sosyal ağ sitelerinin bilgi paylaşımı konusunda güvenilirliği sınırlıdır.

Bundan sonra yapılacak sosyal medya tabanlı araştırmalarda, sosyodemografik verilere ulaşmada ciddi sıkıntılar çekileceği ve ulaşılan bilgilerin de güvenilirliğinin az olması bu çalışmanın önemli bir kısıtlılığı olmayı sürdürmektedir. Sosyal medyada yapılan çalışmalarda, iletide ifade ve nitelik değerlendirilirken, ayrıntılı bir içerik analizi yapılmalıdır. Sağlık çalışanlarının, sağlıkla ilgili resmi kurumların, meslek örgütlerinin ve sağlıkla ilişkili derneklerin, eğer yoksa sosyal ağ sitesi hesapları edinerek, sosyal medya yolu ile güvenilir bilgi sağlaması toplumun bilgi arayışına yanıt vermek için bir yol olabilir.

İletişim: Dr. Songül A. Vaizoğlu
E-posta: sacar@hacettepe.edu.tr

Kaynaklar

- 1- WHO Library Cataloguing-in-Publication Data Global Status Report on Non-Communicable Diseases. İtaly:2010. p. 9-11.
- 2- T.C. Türkiye İstatistik Kurumu Başkanlığı Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2009. TÜİK Haber Bülteni 2011, 6 Kasım; (179).
- 3- T.C Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı (Epidemiyoloji Ve Koruma Şube Müdürlüğü) 2004-2006 Yılları Türkiye Kanser İnsidansı.
- 4- Hanif F, Read JC, Goodacre JA et al. The role of quality tools in assessing reliability of the Internet for health information. Inform Health Soc Care 2009; 34: 231-43.
- 5- Van De Belt TH, Engelen LJ, Berben SA et al. Definition of Health 2.0 and Medicine 2.0: a systematic review. J Med Internet Res 2010;12:e1-18.
- 6- http://www.facebook.com/note.php?note_id=292996227377492 Erişim tarihi 20 Şubat 2012.
- 7- Eysenbach G. Medicine 2.0: social networking, collaboration, participation, apomediation, and openness. J Med Internet Res 2008; 10: e22.
- 8- Deshpande A, Jadad AR. Web 2.0: could it help move the health system into the 21st century? J Mens Health Gend 2006; 3: 332-6.
- 9- <https://twitter.com/about> Erişim tarihi 25 Ocak 2012
- 10- Bennet S. How Many Users Does Twitter Have? 200 million! No, Wait, 362 Million! Uh, Split The Difference? on August 26, 2011 6:00 AM- http://www.mediabistro.com/alltwitter/how-many-twitter-users_b13110 Erişim tarihi 25 Ocak 2012
- 11- <https://dev.twitter.com/start> Erişim tarihi 25 Ocak 2012
- 12- <http://www.viralblog.com/research-whitepapers/twitter-facts-figures/> Erişim tarihi 25 Ocak 2012
- 13- Sullivan S.J. What's happening?" a content analysis of concussion-related traffic on twitter. Br J Sports Med doi:10.1136/bjism.2010.081620
- 14- Chunara R. Social and News Media Enable Estimation of Epidemiological Patterns Early in the 2010 Haitian Cholera Outbreak. Am J. Trop Med Hyg 2012; 86 (1): 39-4.
- 15- Chew C, Eysenbach G. Pandemics in the age of Twitter: Content analysis of tweets during the 2009 H1N1 Outbreak. PLoS ONE 2010; 5(11): e14118. doi:10.1371/journal.pone.0014118
- 16- Signorini A, Segre AM, Polgreen P.M. The Use of Twitter to Track Levels of Disease Activity and Public Concern in the U.S. during the Influenza A

- H1N1 Pandemic. PLoS ONE 2011; 6(5): e19467. doi:10.1371/journal.pone.0019467
- 17- Collier et al. OMG U got flu? Analysis of shared health messages for bio-surveillance. Journal of Biomedical Semantics 2011; 2 (Suppl 5): S9.
- 18- Scanfeld D. Dissemination of health information through social networks: Twitter and antibiotics Am J Infect Control 2010; 38: 182-8.
- 19- Pulman A. Twitter as a tool for delivering improved quality of life for people with chronic conditions. Journal of Nursing and Healthcare of Chronic Illness 2009 ; 1 : 245 – 52.
- 20- McNeil K, et al. Epilepsy in the Twitter era: A need to re-tweet the way we think about seizures. Epilepsy Behav 2011; doi:10.1016/j.yebeh.2011.10.020
- 21- Golder S, Wilkinson D, Huberman B. Rhythms of social interaction: messaging within a massive online network. Proceedings of the International Conference on Communities and Technologies. London: Springer; 2007. s. 41-66.
- 22- Heavilin N, Gerbert B, Page JE, Gibbs JL. Public health surveillance of dental pain via Twitter J Dent Res 2011; 90(9): 1047-51.
- 23- Eke PI. Using social media for research and public health surveillance. J Dent Res 2011; 90 (9):1045-6.
- 24- <http://tdkterim.gov.tr/bts/> Erişim tarihi 24 Şubat 2012
- 25- Webster(2010). Twitter usage in America: 2010. Erişim tarihi 24 Şubat 2012, http://www.edisonresearch.com/twitter_usage_2010.php.



Erişim Adresi: <http://www.fusunsayek.org/sagliketkinlikleri2009.htm>



Erişim Adresi: <http://www.fusunsayek.org/sagliketkinlikleri2009.htm>

İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Depresyon, Umutsuzluk ve Evlilik Uyumlarındaki Değişimin Değerlendirilmesi

Evaluation of Alterations Regarding Depression, Despair and Marriage Adaptation of Women Under Infertility Treatment

Araştırma



Research

*Dr. Gülseren Keskin**, *Dr. Ayşegül Bilge***, *Dr. Zehra Baykal Akmeşe****, *Dr. Birsen Karaca Saydam***

Geliş Tarihi : 14.06.2012

Kabul Tarihi : 11.07.2012

Öz

Amaç: Bu araştırmanın amacı, infertilite tedavisi gören kadınların psikiyatrik semptomlarını ve evlilik uyumlarını, tedavi başında ve sonunda belirleyerek değişimlerini değerlendirmektir.

Yöntem: Bu girişimsel çalışmada, Aile Planlaması ve Kısırlık/İnfertilite Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne infertilite tedavisi için başvuran kadınlara yüz yüze görüşme yöntemi ile sosyodemografik özelliklere ilişkin veri formu, Beck Depresyon Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği ve Çiftler Uyum Ölçeği uygulanmıştır. İnfertilite tedavisi gören kadınlara tedaviden iki yıl sonra ölçekler yeniden verilerek sonuçlar değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma bulgularına göre infertilite tanısı almış kadınların yaş ortalaması 33.3 ± 4.9 (24-45), eşlerinin yaş ortalaması ise 37.9 ± 9.4 'tür (29-68). Çiftlerin tamamı resmi nikâhlı evli olup, kadınların %38.9'u infertilite tedavisi alırken psikolojik destek aldıklarını belirtmişlerdir. İnfertil kadınların tedaviye başlarkenki depresyon ve umutsuzluk puan ortalaması, tedavi sonrası depresyon ve umutsuzluk puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($Z = -3.596$, $p = 0.000$) ($Z = -2.991$, $p = 0.003$). Çiftler uyum puan ortalaması ise tedavi sonrası daha yüksek bulunmuştur; ancak fark anlamlı değildir ($Z = -0.095$, $p = 0.924$).

Sonuç: İnfertilite tedavisi sırasında, kadında depresyon ve umutsuzluk semptomları gözlenirken, tedavi sonrası eş desteği ile psikiyatrik semptomlarda azalma olmuştur. Bulgular ilgili literatürle tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: İnfertilite, Umutsuzluk, Depresyon, Çiftlerin uyumu

Abstract

Aim: The aim of this study is to determine the alterations of the psychiatric symptoms and marriage adaptation of infertile women under treatment with evaluations at the beginning and end of therapy.

Method: Face-to-face interview form for collecting the socio-demographic data of women, Beck Depression Scale, Beck Hopelessness Scale and Partners Adaptation Scale were used for this study and applied to women presenting to the Family Planning and Infertility Research Center. The same scales were re-applied to the same women after two years of treatment.

Findings: According to the results of the study; the mean age of the infertile women was 33.3 ± 4.9 (24-45), their partners' mean age being 37.9 ± 9.4 (29-68). All the marriages were legal and 38.9% of the women indicated that they had psychological support during their treatment. The depression and hopelessness score of infertile women at the beginning of treatment were found to be higher compared to the score obtained after treatment ($Z = -3.596$, $p = 0.000$) ($Z = -2.991$, $p = 0.003$). Partners adaptation score was found to be higher after treatment but without significance ($Z = -0.095$, $p = 0.924$).

Result: The symptoms of depression and despair were detected in women with the diagnosis of infertility at the beginning of the treatment. The psychiatric symptoms decreased after therapy with the support provided by partners. Findings are discussed under the light of related literature.

Key words: Infertility, Hopelessness, Depression, Partner adaptation

*Ege Ü. Atatürk Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İzmir
**Doç.; Ege Ü. İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, İzmir
***Arş. Gör.; Ege Ü. İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu, İzmir

Giriş

İnfertilite, en az bir yıl korunmasız cinsel ilişki olmasına karşın, gebeliğin gerçekleşmemesidir (1). İstemsiz çocuksuzluk olarak da adlandırılan infertilite, bedensel ve ruhsal etkilerin yanında sosyal etki olarak evlilik sorunları, kendine güven yitimi, cinsel performansla ilgili tatminin düşüklüğü ve cinsel birleşme sıklığının azalmasına da neden olabilmektedir (2).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, infertilitenin toplumdaki sıklığı yüzde 10–15'tir (3). Türkiye'de ise yaklaşık olarak 1.5–2 milyon çiftin infertil olduğu tahmin edilmektedir (1). Literatürde infertilitenin yüzde 40'ının kadından, yüzde 40'ının erkekten kaynaklandığı, yüzde 20'sinin ise idiyopatik nedenli olduğu belirtilmektedir (1).

İnfertiliteyle psikolojik fonksiyonlar arasındaki ilişkiyi ele alan deneysel çalışmalar iki modelden birine yönelmişlerdir: Bunlardan ilki var olan bir psikopatolojinin infertilite etyolojisinde rol oynadığını ileri süren 'Psikolojik İnfertilite' modeli, diğeri ise infertilitenin bir sonucu olarak psikolojik sorunların ortaya çıktığı savunan 'Psikolojik Sonuç' modelidir. Stres, hipotalamik-gonadal yol aracılığıyla anovülasyona yol açabilir. Tüm bu modellerde infertilite; bir çeşit yas olarak kabul edilmektedir (1). İnfertilite ile karşı karşıya kalan birey/çift beklenmedik ve zorlu bir yolculuğa başlar. Bu yolculuk şok ve inanmama evresi, yadsıma, anksiyete, öfke, kontrol kaybı, yalnızlık ve yabancılaşma, suçluluk ve çözülme gibi yas sürecine benzeyen belli evrelere ayrılmaktadır. İnfertilitedeki yas süreci, Kübler-Ross'un tanımladığı ölümcül bir hastalığın son dönemine yönelik yas sürecine benzer. Ancak, infertilitedeki yasta ölümcül bir hastalıkta olduğu gibi yaşamı tehdit edici bir durum yoktur, evlilik ilişkisi tehdit altındadır. Ayrıca, infertilite aile bireylerini ölümcül bir hastalıkta olduğu gibi bir araya getirip yakınlaştırmaz, tam tersine bireyleri birbirinden uzaklaştırır. Son evre olan sağlıklı çiftlerin yaşadığı çözülme (resolution) evresinde yadsıma yerine gerçekler kabul edilir. Yaşanan olumsuz duygularla baş etme yolları bulunup daha uzlaşmacı ve barışçı bir yol seçilir. Tedaviden vazgeçen çiftler

kayıpları için yas tutar ve duygusal olarak anne-babalık dışında kendilerini ödüllendirecek başka yollara yönelir. Bir kısım infertil çift evlat edinme, sperm, ovum bankasından ovum, sperm ya da embriyo transferi ve kiralık anne gibi seçenekleri araştırır (3).

Eşler arasındaki uyum psikolojide son yıllarda en çok incelenen konulardan biri olmuştur. Jinekoloji ve psikiyatrinin kesiştiği nokta olan infertilitede, bazı çiftler tıbbi tedaviyi yeğleyecekler, bazıları çocuksuz bir evliliği sürdürmeyi seçecek, bazıları ise evlat edinme yolunu araştırarak ve hatta bazı çiftler ayrılmaya karar vereceklerdir (4).

Gelişmiş ülkelerde infertilite tedavisi başlamadan önce ayrıntılı psikolojik öykü alınması uygun görülmektedir. Bunun nedeni, tedavi sürecinde oluşabilecek sorunları öngörerek önceden hazırlıklı olma, hatta ciddi patolojisi olan kişileri tedavi uyumunu etkileyeceğinden, pahalı ve uzun olan bu sürece hiç almamaktır. Dünyanın gelişmiş pek çok ülkesinde infertil çiftler için psikolojik servisler kurulmuştur (1, 5).

Üreme yardımı arayan infertil çiftlere gereken psikiyatrik yardımın zamanında verilebilmesi için, yapılacak araştırmaların bulguları önemlidir. İnfertil bireyler için baş edilmesi oldukça güç olan bu kriz ve yas durumunda bireylere gerekli danışmanlık ve desteğin sağlanmasında sağlık personeline önemli görevler düşmektedir (6).

Gereç ve Yöntem

Amaç

Bu araştırma, infertilite tedavisi gören kadınların yas sürecinin tamamlanmasını izleyen iki yıllık sürenin ardından, var olan psikiyatrik semptomlarını ve evlilik uyumlarındaki değişimi değerlendirmek, profil oluşturmak amacıyla planlanmış bir girişim araştırmasıdır.

Evren ve Örneklem

Araştırma evrenini; Ege Üniversitesi Aile Planlaması ve Kısırlık/İnfertilite Uygulama ve Araştırma Merkezi'ne başvuran tüm kadınlar oluşturmaktadır. Araştırmanın örnek grubunu; merkeze başvuran, araştırma hakkında bilgi

verildikten sonra katılmaya istekli, tedavi aşamasında olan ve sözel onam veren 35 kadın oluşturmuştur. Çalışmada herhangi bir örneklem seçim yöntemi kullanılmamıştır.

İlk aşamada, infertilite tedavisine karar verme ve başlamanın kadında yarattığı psikiyatrik semptomları belirlemek amacıyla; infertil çiftlere tedavilerinin başlangıcında ulaşılmış; onların sosyodemografik özellikleri alınmış, Beck envanteri ile depresyon ve umutsuzluk durumları incelenmiş, çiftler arası uyumları değerlendirilmiştir. Çalışmanın ikinci aşamasında ise tedavileri tamamlanmış olan kadınlara iki yıl sonraki psikiyatrik semptomlarını belirlemek amacıyla; aynı ölçekler yeniden uygulanmıştır. Ölçek 25 dakikada tamamlanabilmektedir.

Çalışmanın metodolojisi açısından, aradan geçen iki yıllık süre sonrasında aynı kadınlara tekrar ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmaya alınan kadınlardan iletişim bilgileri (ev/iş/cep telefonları) alınmıştır. İki yıllık süre sonrasında araştırmaya devam etmeyi kabul eden kadınlardan telefonla randevu alınarak, yüz

yüze görüşme yöntemi ile yeniden veri toplama araçları uygulanmıştır (N=18). İkinci aşamada kadınların bir kısmına adres değişikliği ve evde olmama gibi nedenlerle ulaşılamamış (8 kadın); ulaşılan kadınların bir kısmı (6 kadın) anketleri yanıtlama süresini uzun bulmaları, diğer bir kısmı ise çalışma/iş durumu nedeniyle not bırakıldığı halde geri bildirim vermeme (3 kadın) nedenleri ile çalışmaya alınamamışlardır.

Etik İlkeler

Araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu Araştırma Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır. Araştırmanın yürütülmesi için Ege Üniversitesi Aile Planlaması ve Kısırlık (Infertilite) Araştırma ve Uygulama Merkezi'nden izin alınmıştır.

Araştırmacılar tarafından infertil çiftlere araştırmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve sözlü onam alınmıştır. Ayrıca çiftlerin katılımı reddetme ya da herhangi bir aşamada geri çekilmek isteme hakları ve çalışma verilerinin



gizli tutulacağı konusunda bilgi verilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Sosyodemografik özelliklere ilişkin veri formu:

Araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanmış olan formda, kadının sosyodemografik bilgileri ile ilgili sorular yer almaktadır. Sosyodemografik veri formunda infertil kadınların yaşı, eğitim durumu, medeni durumu, evlilik yılı, aile yapısı, çalışma durumu, yerleşim yeri, infertilite tedavisi alırken ruhsal destek alıp almadıkları sorgulanmıştır.

Beck Depresyon Ölçeği:

Ölçeğin özgün biçimi Beck ve arkadaşları (1961) tarafından geliştirilmiştir. Depresyon ölçeği hastalığın etiyojisini değil, bilişsel içerik

daha belirgin olmak üzere depresyonun duygusal, somatik, motivasyonel boyutlarına ilişkin bulguları derecelendirerek depresif belirti ve tutumlar hakkında bilgi vermektedir. Ölçekteki her bir belirti kategorisi dört kendini değerlendirme maddesinden oluşmuştur. Maddeler 0–3 arası puan ile değerlendirilmektedir. Ölçekte alınabilecek en yüksek puan 63'tür. Her kategori grubu ve onu oluşturan maddeler, depresif hastalarda açıkça görülebilen belirtilere dayanarak geliştirilmiştir. Beck (1972), depresyon ölçek puanlarını şöyle sınıflandırmıştır. 0–13 puan: depresyon yok, 14–24 puan: orta derecede depresyon, 25 ve ^ puan: ciddi depresyon. Depresyon ölçeğinin Türkiye'deki geçerlik ve güvenilirlik çalışması Teğin (1980) ve Hisli (1988) tarafından yapılmıştır. Teğin (1980) tarafından yapılan çalışmada değişmezlik katsayısı 0.74 bulunmuştur (7,8). Cronbach alfa değeri 0.92 olarak bulunmuştur.

Beck Umutsuzluk Ölçeği:

Ergen ve yetişkinlere uygulanabilen bu ölçek, bireyin geleceğe yönelik olumsuz beklentilerini belirlemek üzere Beck, Lester ve Trexler (1974) tarafından geliştirilmiştir. Kendini değerlendirme niteliğindeki ölçek 20 maddeden oluşmakta ve 0-1 arası puanlanmaktadır. Maddelerin 11'nde "Evet", dokuzunda "Hayır" seçeneği bir puan almaktadır. Alınan puanlar yüksek olduğunda bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğu varsayılır. Ölçeğin Türkçeye çevirisi Seber (1991) tarafından yapılmıştır. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Seber (1991) ve Durak (1994) tarafından gerçekleştirilmiştir (9).

Çift Uyum Ölçeği

(*Dyadic Adjustment Scale-DAS*):

Çift Uyum Ölçeği, Spainer tarafından (1976) geliştirilmiştir. Bu ölçek tutum, davranış ve bilişsel süreçleri bir arada ele alan çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Çift uyumunun yanı sıra, evlilik doyumunun ölçülmesinde de yaygın olarak kullanılmaktadır. Çiftlerin algıladıkları biçimde ikili ilişkilerinin özelliklerini ölçmek için geliştirilmiş 32 maddelik bir ölçektir. Eşler arası tatmin, eşler arası bağlılık, eşler arası fikir birliği, duygusal ifade olmak üzere dört alt

Tablo 1. Infertilite tedavisi alan kadınların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı*

	Sayı N=18	Yüzde %
Yaş Grubu		
20-24 yaş	1	5.6
25-29 yaş	3	16.7
30-34 yaş	6	33.3
35-39 yaş	8	44.4
Eğitim Düzeyi		
Okur-yazar	1	5.6
İlkokul mezunu	8	44.4
Lise mezunu	7	38.9
Üniversite ve üzeri	2	11.1
En uzun süre yaşadığı yer		
Metropol	1	5.6
İl	8	44.4
İlçe	9	50
Medeni Durum		
Evli (Resmi nikah)	18	100.0
Evlilik Süresi		
1 yıl	1	5.6
4 yıl ve üzeri	17	94.4
Aile Tipi		
Çekirdek aile (eş ile)	15	83.3
Geniş aile (anne/baba ve eş ile)	3	16.7
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor/Ev kadını	13	72.2
Çalışıyor	5	27.8
Toplam	18	100.0

*Sayı - yüzde dağılımları

Tablo 2. İnfertilite tedavisi alan kadınların tedaviye başlarken ve tedavi sonrası depresyon puanları

Ölçekler	$\bar{\chi}$	S	Z	p
Öncesi Depresyon Puan Ortalaması	50.39	6.05	-3.596	0.000
Sonrası Depresyon Puan Ortalaması	29.89	9.63		

*Z= Mann Whitney U testi

Tablo 3. İnfertilite tedavisi alan kadınların tedaviye başlarken ve tedavi sonrası umutsuzluk puanları

Ölçekler	$\bar{\chi}$	S	Z	p
Öncesi Umutsuzluk Puan Ortalaması	9.83	1.98	-2.991	0.003
Sonrası Umutsuzluk Puan Ortalaması	4.50	4.72		

*Z= Mann Whitney U testi

Tablo 4. İnfertilite tedavisi alan kadınların tedaviye başlarken ve tedavi sonrası çiftler uyum puanları

Ölçekler	$\bar{\chi}$	S	Z	p
Öncesi Çiftler Uyum Puan Ortalaması	87.28	10.25	-0.095	0.924
Sonrası Çiftler Uyum Puan Ortalaması	88.11	11.99	1	

*Z= Mann Whitney U testi

ölçekten oluşur. Çift Uyum Ölçeği'nin Türk örnekleminde geçerlik güvenilirlik çalışması Fıfıloğlu ve Demir (1997) tarafından yapılmıştır (10, 11). Toplam ölçüm puanları evlilik doyumu ve tatmin derecesini yansıtmaktadır. Testten alınabilecek puanların dağılımı 0-151'dir. Toplam uyum puanının yüksek oluşu bireyin ilişkisinin ya da evlilik uyumunun daha iyi olduğunu gösterir. Bu araştırmada ölçek toplam puanı üzerinden çözümlene yapılmıştır. Cronbach alfa değeri 0.65 olarak bulunmuştur.

Verilerin analizi

Verilerin değerlendirilmesi ve analizler SPSS 13.0 paket programında gerçekleştirilmiştir. Verilerin sayı, yüzde, dağılımları ve ortalama puan ve standart sapma değerleri hesaplanmıştır. İnfertil kadınların depresyon, umutsuzluk ve çift uyum puan ortalamaları ön test-son test Mann Whitney U test çözümlenmesi ile değerlendirilmiştir.

Bulgular

Araştırma bulgularına göre; infertilite tanısı almış kadınların yaş ortalaması 31.2 ± 5.2 'dir (24-45). Kadınların yüzde 44.4'ü 35-39 yaş

grubunda yer almakta, yüzde 44.4' ü ilköğretim mezunu, yüzde 94.4' ü 4 yıl ve üstü süredir evli, yüzde 83.3' ü çekirdek aile yapısına sahip, yüzde 72.2' si ev kadını, yüzde 50.0'si tedavi olmak için yaşadığı ilçeden İzmir'e gelmektedir. Çiftlerin tümü resmi nikâhla evli olup, kadınların yüzde 37.1'i infertilite tedavisi alırken ruhsal destek aldıklarını belirtmişlerdir.

İnfertilite tedavisi alan kadınların tedaviye başlarken ve tedavi sonrası depresyon puanları incelendiğinde; tedaviye başlarken depresyon puan ortalaması, tedavi sonrası depresyon puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Z=-3.596, p= 0.000) (Tablo 2).

İnfertilite tedavisi alan kadınların tedaviye başlarken ve tedavi sonrası umutsuzluk puanları incelendiğinde; tedaviye başlarken umutsuzluk puan ortalaması, tedavi sonrası umutsuzluk puan ortalamasından anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (Z=-2.991, p= 0.003) (Tablo 3).

İnfertilite tedavisi alan kadınların tedaviye başlarken ve tedavi sonrası çiftler uyum puanları incelendiğinde; tedavi sonrası çiftler uyum puan ortalaması, tedaviye başlarkenki

çiftler uyum puan ortalamasından daha yüksek bulunmakla birlikte, fark anlamlı değildir ($Z = -0.095$, $p = 0.924$) (Tablo 4).

Tartışma

İnfertilite eşlerin sosyal yaşamlarını, duygusal durumlarını, evlilik ilişkilerini, cinsel yaşamlarını, gelecekle ilgili planlarını, benlik saygılarını ve beden imgelerini olumsuz yönde etkileyen karmaşık bir gelişimsel krizdir. İnfertilitenin bedensel yapıdan çok, sosyal ve ruhsal iyilik hali üzerinde olumsuz etkileri vardır (12, 13, 14).

Bu çalışmada infertil kadınların tedaviye başlarken umutsuzluk ve depresyon yaşadığı saptanmış, tedavi sonrası ise semptomların azaldığı belirlenmiştir. Literatür incelendiğinde de, infertil kadınlarda depresyon, kaygı ve anksiyete semptomları ve evlilik uyumları ile ilgili oldukça fazla araştırma olduğu dikkati çekmektedir (1, 2, 5, 15, 20). Ancak bu araştırmalar durum saptama amaçlıdır. Bu araştırmada ise durumun tedavi öncesi ve sonrası karşılaştırmasına yer verilmiştir.

Bir çalışmada, infertil çiftlerin depresif semptom şiddetinin klinik depresyona işaret etmeyecek düzeyde, durumluk kaygılarının normal, ancak sürekli kaygılarının yüksek olduğu saptanmıştır (5).

Afrika'da üremeye ilgili sorunlar kadının eşi ve ailesi tarafından küçümsenmekte, yok sayılmakta ya da suç olarak görülmektedir. Nijerya'nın ve Mozambik'in bazı bölümlerinde üremeye ilgili sorun yaşayan kadınlar, bazı önemli sosyal olayların dışında bırakılmaktadır (2). Aynı çalışmada Nijerya'daki infertil kadınlarda psikiyatrik morbiditenin yaygınlığı yüzde 46.4 olarak bulunmuştur, depresyon ve anksiyete yaygınlığı ise aynı sıra ile yüzde 37.5 ve yüzde 42.9 dur. Bu çalışmanın bulguları, diğer çalışmaların bulguları ile uygunluk göstermektedir.

Yunanlı çiftlerde infertilitenin psikolojik etkilerinin araştırıldığı bir çalışmada, geleneksel tarzın kırsal kesimden gelen bireylerde özgün bir yük etkisi yarattığı sonucuna varılmıştır. Çalışmalarda kadınların bir çocuğa sahip olma konusunda yoğunlaşmış oldukları ve infertiliteye erkeklerden daha fazla tepki verdikleri bildirilmiştir (1). Kadınlarla erkeklerin infertiliteye verdikleri farklı tepkilerden biri de

umutsuzluktur. Yanikkerem (2008), infertilitenin aile yaşamına etkisinde kadınların yüzde 31.0, erkeklerin ise yüzde 16.0 oranında umutsuzluk yaşadığını belirtmektedir (13). Sultan (2009) ise Pakistan'lı infertil ve fertil çiftlerle yaptığı çalışmasında, kırsal ve kentsel farklılıkları saptamanın yanı sıra, erkeklerin kendilerini cinsel olarak yetersiz hissetmeleri nedeniyle umutsuzluğu daha fazla yaşadıklarını saptamıştır (15). Bu araştırmada yalnızca infertil kadınlar örnek grubunu oluşturmuş olup, tedavi süresinde umutsuzluk puanlarının yüksek olması diğer araştırmalara benzerlik göstermektedir. Araştırmada kültürel, etik ve dinsel faktörlerin infertiliteye karşı gelişen tepkilerdeki etkileri, diğer çalışmalarda olduğu gibi araştırılmamıştır; ancak bunların etkilerinin göz ardı edilmemesi gerektiği düşünülmektedir.

Kadın, infertilite tedavisi sürecinde özellikle eş desteği beklentisi içindedir ve bu desteğin yeterli düzeyde karşılanması kadının bedensel ve ruhsal iyilik durumu üzerinde olumlu etki göstermektedir (16, 17). Destek gereksinimi özellikle eş tarafından karşılanmalıdır, aksi takdirde beklentiler eşler arasındaki ilişkide hoşnutsuzluk yaratmakta, kadının psikosozyal durumunu ve davranışlarını olumsuz yönde etkilemektedir (18). Araştırmada infertilite tedavisi sonrası çiftler uyum puanı daha yüksek bulunmuştur. Bu durum iki yıllık tedavi süresinde infertil kadınların eşlerinden daha çok destek aldıklarının bir göstergesidir. Literatüre göre, bu aşamada çiftler için danışmanlık çok gerekli görülmektedir. Eşler arasındaki uyum, tedavi sonrasında sahip olunan çocuğun psikolojisi için de önemlidir (19). Çünkü eşler birbirlerine duydukları saygıyı yitirirse, dünyaya gelen çocuk/lar bile evliliğin sürekliliğini sağlayamamakta, parçalanmış aileler gündeme gelmektedir.

Araştırmalarda irdelenen diğer bir boyut ise; infertil kadının eşten ve eşin ailesinden destek görüp görmemesidir. Uzun süreli tedavi süreci depresyon ve anksiyeteyi artıran nedenler arasında bildirilmektedir (12, 20). Sosyal desteği olmayan infertil kadınlarda depresyon ve kaygı belirtilerinin de daha fazla olduğu, araştırmaların anlamlı sonuçlarındandır. Primer infertil ve sağlıklı kadınlarla yapılan çalışmalarda, eşi ile ilişkilerini "kötü" olarak tanımlayan ve infertil olduğu

için eşinin ailesi tarafından baskıya maruz kalan kadınlarda psikiyatrik semptomların şiddetinin daha fazla olduğu belirtilmektedir (14).

Oğuz (2004) infertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkilerine ve cinsel yaşama etkilerini incelemiş, infertilitenin evlilik ilişkisini etkilediğinde, genellikle cinsel işlev bozukluğu ve hoşnutsuzluk meydana geldiğini ve bunun da zaman içinde yoğun depresif duyguların yaşanmasına yol açtığını belirtmiştir (1).

Taşçı (2008) infertil kadınlarda evlilik uyumunu incelediği araştırmasının sonucunda, infertil kadınların evlilikte uyum puan ortalamasının 46.29 ± 6.98 , ölçeğin kesme noktasının 43.5 üzerinde olduğunu saptamıştır (20). Weaver ve arkadaşları (1991) çalışmalarında infertil kişilerin evlilik uyumu ve doyumu düzeylerinin infertil olmayan gruba göre eşit ya da daha yüksek bulmuşlardır (21). Oğuz'un (2004) çalışmasında infertil hastalar ve kontrol grubu arasında evlilik ilişkisinden memnuniyet konusunda gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. İnfertil çiftler arasında evlilik memnuniyetinin infertil olmayanlara göre daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar olduğu da belirtilmektedir (1). Pozitif yaklaşımla bakıldığında, infertilite eşlere sorun çözme deneyimleri aracılığı ile yakınlaşma olanağı sağlamaktadır (22). Eğer bir danışman bu farkındalığı sağlarsa, pozitif etkileri artabilir.

Bu araştırmadan ve diğer araştırmalardan çıkan ortak sonuç; infertil kadınların depresyon ve umutsuzluk gibi psikiyatrik semptomlar yaşadığı, çiftlerin uyumlarının sosyal destek etkisi yaparak, kadının psikiyatrik semptomlarını emici düzeyde olumlu etki yapacağı yönündedir. Sonuçlar, infertilite kliniklerinde, konsültasyon ve liyezon psikiyatrisi ve üreme sağlığı ile ilgili danışmanlık birimlerinin önemini vurgulamak açısından önemlidir. Sağlık personelinin infertilite kliniklerinde multidisipliner bir ekip anlayışı ile (hemşire, ebe, hekim gibi) iyi bir danışmanlık hizmeti sunabilmesi için, infertil çiftlere yönelik psikiyatri birimlerinin kurulması önerilmektedir.

Sınırlılıklar

Araştırmamızda bir takım sınırlılıklar söz konusu olmuştur. Öncelikle araştırma küçük bir

örneklem ile yapılmıştır, bu durum genellemeye engel olmaktadır. Araştırmadan elde edilen bulgular yalnızca bu araştırma için genellenebilir. Araştırmada kullanılan ölçekler kendini değerlendirme ölçekleridir. Bu ölçekler, bireyin duygu ve düşüncelerini kendi ifadesine dayalı ölçekler olup, ayrıca bireyin olumsuz karakteristik özelliklerini tanımlamaktadırlar. Sosyal çevre ve kültürel özelliklerin de etkisiyle araştırmaya katılan çiftlerin öznel duygu ve düşüncelerini net olarak yansıtamamaları ikinci sınırlılık olarak kabul edilebilir. Son olarak, araştırmanın ilk ayağında bir grup kadına (N=35) ulaşılmış, iki yıl sonra ikinci ayağında ise aynı gruba tekrar ulaşılmaya (N=18) çalışılmıştır. Bu süre içinde iletişim adresi değişen, çalışmanın devamına katılmayı kabul etmeyen kadınlar çalışmanın ikinci aşamasına alınamamıştır. Çalışmada üç anketin uygulanması, "anketleri yanıtlama süresini uzun olması" gerekçesiyle kadınların çalışmaya katılmamasına yol açan bir dezavantaj oluşturmuştur.

İletişim: Dr. Gülseren Keskin

E-posta: unalgulseren@hotmail.com

Kaynaklar

- 1- Oğuz DH. İnfertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri. İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yayınlanmamış 12. Psikiyatri Birimi Uzmanlık Tezi; 2004.
- 2- Upkong D, Orji E. Nijerya'daki infertil kadınlarda ruh sağlığı. Türk Psikiyatri Dergisi 2006; 17:259-65.
- 3- Özçelik B, Karamustafaloğlu O, Özçelik A. İnfertilitenin psikolojik ve psikiyatrik yönü. Anadolu Psikiyatri Derg 2007; 8:140-8.
- 4- Volkan DV, Zinti E. Kayıptan sonra yaşam (Çevirenler: Vahip I, Kocadere M.) İzmir: Halime Odağ Psikanaliz Ve Psikoterapi Vakfı Eğitim Notları; 1999.
- 5- Karlıdere T, Bozkurt A, Yetkin S, Doruk A, Sütçigil L, Özmenler NK ve ark. Psikiyatrik birinci eksen tanısı almayan infertil çiftlerde emosyonel semptomlar, sosyal destek ve cinsel işlev bağlamında cinsiyet farkı var mı? Türk Psikiyatri Dergisi 2007;18: 311-22.
- 6- Taşçı KD, Özkan S. Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin infertilite hakkındaki görüşleri. Koruyucu Hekimlik 2007; 6:187-92.

- 7- Teğın B. Depresyonda bilişsel bozukluklar, Beck Modeline göre bir inceleme. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi; 1980.
- 8- Hisli N. Beck Depresyon envanterinin geçerliliği üzerine bir çalışma. Psikoloji Dergisi 1998; 22:118-26.
- 9- Tümkiye S. Ailesi yanında ve yetiştirme yurdunda kalan ergenlerin umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi 2005; Güz; 4:1-17.
- 10- Fıfıloğlu H, Demir A. Türk örnekleminde Çiftler Uyum Ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış veri;1997.
- 11- Akar H. Psikiyatrik yardım talebi olanlar ile, yardım talebi olmayan ve boşanma aşamasında olan çiftlerde; çift uyumu ve kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin karşılaştırılması. İstanbul: Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi; 2005.
- 12- Ak G. İnfertil çiftlere başa çıkma önerileri. STED 2002, 11:260.
- 13- Yanıkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11:112-21.
- 14- Oskay ÜY, Bayram GO, Dişsiz M. İnfertilitenin psikososyal ve psikoseksüel etkileri. İçinde: Kızılkaya N, ed. İnfertilite Hemşireliği. İstanbul: Üreme Sağlığı ve İnfertilite Hemşireliği Derneđi, Yayın No: 1, Acar Basım ve Cilt San Tic AŞ; 2009. s. 177-95.
- 15- Sultan S. Aggression as a subsequent response to hopelessness feelings of infertility. Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology 2009; 7: 31 – 44.
- 16- Cassel J. The Contribution of the social environment to host resistance: The fourth Wade Hampton Frost lecture. Am J Epidemiol 1974; 104:107–23.
- 17- Crockenberg SB. Infant irritability, mother responsiveness and social influences on the security of infant-mother attachment. Child Development 1981; 52:857–65.
- 18- Keeling DI, Price PE, Jones E, Harding KG. Social support: Some pragmatic implications for health care professionals. Journal of Advanced Nursing 1996; 23:76–81.
- 19- Yılmaz A. Eşler arasındaki uyum: Kuramsal yaklaşımlar ve görgül çalışmalar. Aile Ve Toplum Dergisi 2001; 4: 49-58.
- 20- Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O, Yücesoy F. İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi 2008; 5:105-10.
- 21- Weaver SM, Clifford E, Hay DM, Robinson J. Psychosocial adjustment to unsuccessful IVF and GIFT treatment. Patient Educat Counsel 1997; 31: 7- 18.
- 22- Watkins KJ, Baldo TD. The infertility experience: biopsychosocial suggestions for counselors. Journal of Counseling&Development 2004; 82: 394- 402.

Yaşlıların Algıladıkları Aile Desteğinin Yaşam Doyumlarına Etkisi

The Effect of the Family Support Percieved By Elderly Individuals on Their
Life Satisfaction

Araştırma



Research

Dr. Melek Ardahan, Dr. Özüm Erkin Balyacı*, Atiye Genç***

Geliş Tarihi : 01.11.2011
Kabul Tarihi : 12.06.2012

Öz

Bu araştırma, yaşlıların algıladıkları aile desteğinin yaşam doyumlarına etkisini incelemek üzere planlanmıştır.

Tanımlayıcı nitelikte olan araştırma, Pınarbaşı Sağlık Ocağı ve Gürçeşme (Zübeyde Hanım) Huzurevi'nde yürütülmüştür (n=190). Araştırmanın verileri; yaşlıların tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik geliştirilen sosyodemografik veri formu (34 soru), Pracidano ve Heller tarafından geliştirilen Algılanan Aile Desteği Ölçeği (20 soru), yaşlı bireylerin, yaşamın çeşitli yönlerine bakış açısını, kendisini ve çevresini nasıl algıladığını anlamak amacıyla 1961 yılında Nevgarten ve Havinghurst tarafından geliştirilen Yaşam Doyumu Ölçeği (20 soru) kullanılarak toplanmıştır. Yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanan veriler SPSS programında analiz edilmiştir.

Huzurevinde yaşayan yaşlıların %52.6'sı kadın, %47.4'ü erkektir. Yaşlıların yaş ortalaması 76.0 ± 7.6 'dır. Aile ortamında yaşayan yaşlıların %54.7'si kadın, %45.3'ü erkektir. Yaş ortalamaları 72.3 ± 5.4 'tür. Huzurevinde yaşayan yaşlıların algıladıkları aile desteği puan ortalaması 14.6 ± 14.4 , yaşam doyumunu puan ortalaması 30.2 ± 3.0 'dir. Aile ortamında yaşayan yaşlıların algıladıkları aile desteği puan ortalaması 20.7 ± 5.5 , yaşam doyumunu puan ortalaması 12.4 ± 2.2 'dir.

Huzurevinde yaşayan yaşlıların, aile ortamında yaşayan yaşlılara göre yaşam doyumları yüksek, algıladıkları aile destekleri düşüktür. Bu nedenle, huzurevinde yaşayan yaşlıların algıladıkları aile desteğinin, aile ortamında yaşayan yaşlıların ise yaşam doyumlarının artırılmasına çalışılmalıdır.

Anahtar sözcükler: Yaşlı, Aile desteği, Yaşam doyumunu

Abstract

This study was planned to evaluate the effect of family support on life satisfaction perceived by elderly individuals. The descriptive study was carried out in the Gürçeşme (Zübeyde Hanım) nursing home and Pınarbaşı Health Center (n=190). The data of the study were collected by using a socio-demographic data form which was designed for determining the identifier characteristics of elderly people (34 questions), Perceived Family Support Scale developed by Pracidano and Heller (20 questions), Life Satisfaction Scale developed by Nevgarten and Havinghurst in 1961 in order to understand their perceptions about the different aspects of life, self perception and their environment (20 questions). The data collected by face to face interviews were analyzed in the SPSS program.

52.6% of the elderly people in the rest home were women and 47.4% were men. The average age of the elderly people was 76.0 ± 7.6 . 54.7 % of the elderly people who live with their family were women and 45.3% were men. Their age average was 72.3 ± 5.4 . Family support point average of the elderly people who live in the rest home was 14.6 ± 14.4 and their life satisfaction point average was 30.2 ± 3.0 . Family support point average of the elderly people who live in a family was 20.7 ± 5.5 and their life satisfaction point average was 12.4 ± 2.2 .

Life perception of the elderly people living in a rest home was higher when compared to the ones living with their family. But on the other hand, their perception of family support was lower than the ones living in a family. For this reason, the family support perception of elderly people who live in a rest home must be increased, as well as the life satisfaction of elderly people living with their family.

Key words: Elderly, Family support, Life satisfaction

Giriş

Son yıllarda tıbbi ve teknolojik gelişmeler, hastalıkların önlenmesi ve etkin tedavi yöntemleriyle ölümlerin azalması sonucunda hemen her ülkede yaşlı nüfus oranı hızla artmaktadır. 2020 yılında ABD'de yaşlıların nüfusun % 17.7'sini oluşturacağı, Hollanda'da bu oranın %22'ye ulaşacağı bildirilmiştir (1, 2). Devlet İstatistik Enstitüsü (DİE) bilgilerine göre, ülkemizde beklenen yaşam süresi 2000 yılında kadınlarda 71.5, erkeklerde 66.9 olup, 2010 yılında bu sayıların kadınlarda 73.8, erkeklerde 69.0 olması beklenmektedir. Türkiye'de 2000 yılında %5.6 olan 65 yaş üstü nüfusun 2010 yılında %7.1 olması beklenirken, yine 2050 yılında dünya nüfusunun yaklaşık yüzde 20'lik bölümünü geriatrik popülasyonun oluşturacağı tahmin edilmektedir. Bu durum özellikle birinci basamak sağlık hizmetleri açısından sık rastlanan geriatrik sorunların tanınmasının gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır (3, 4).

Yaşlılar, özel kurumlarda, resmi kurumlarda, aileleri ile ev ortamında ya da yalnız yaşamaktalar. Ülkemizde kurumda yaşayan yaşlıların oranının %3.6 olduğu bildirilmektedir. Bu oran ABD'de %4-6 olarak belirtilmektedir (5). Özel kurumlar pahalı olmaları nedeniyle yeterince yararlanılamayan kurumlardır. Resmi kurumlarımızda yaşayan yaşlılar ise, yaşının kendi gerçek aile çevresi olmaması nedeniyle yapay ortamlarda yaşamaktadırlar. Ayrıca, yapılan çalışmalar, kurumların olanaklarının yeterli olması durumunda bile, bu kurumlarda yaşayan yaşlıların ve hizmet verenlerin genellikle doyumsuz ve mutsuz olduklarını göstermektedir. Aileleri ile birlikte yaşayan yaşlılar ve aile üyeleri de çeşitli sorunlar yaşamaktadır. Aile yapımızın değişmesi, geleneksel aile yapısının yerini çekirdek ailenin alması, kuşaklar arası çatışmaları artırmış ve görünüşte ailesi ile yaşayan yaşlı yalnızlaşmaya itilmiştir. Yalnız yaşayan yaşlılar ise, yaşlılıkla ortaya çıkabilen fiziksel, psikolojik ve sosyal tüm sorunları ile kendi kendilerine baş etme durumunda kalmakta, kimi zaman sorunlarını çözebilmekte, kimi zaman da sorunlarının çözümünü rastlantılara bırakmaktadırlar. Sonuç olarak, sağlıklı çözümlenemeyen sorunlar giderek büyümekte ya da daha karmaşık duruma gelmektedir (6).

Gereç ve Yöntem

Tanımlayıcı nitelikte olan araştırma, 20 Nisan- 20 Mayıs 2007 tarihleri arasında Bornova Sağlık Grup Başkanlığı'na bağlı Pınarbaşı Sağlık Ocağı ve İzmir Büyükşehir Belediyesi'ne bağlı Gürçeşme Huzurevi'nde yürütülmüştür. Araştırma kapsamına olasılıksız örnekleme yöntemiyle belirlenen, 65 yaş üzeri, araştırmanın yapıldığı tarihlerde gönüllü olarak araştırmaya katılmayı kabul eden yaşlılar alınmıştır (n=190). Veriler, yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

Veri toplama aracı olarak; 1) Sosyodemografik Veri Formu 2) Algılanan Aile Desteği Ölçeği 3) Yaşam Doyumu Ölçeği kullanılmıştır.

Sosyodemografik veri formu, yaşlıların bazı özelliklerini (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, yaşadığı yer, meslek, ekonomik durum, sosyal güvence, boş zamanlarını değerlendirme, hastalıkları) saptamak amacıyla kullanılmıştır. Ayrıca veri formunda yaşlıların yaşam ortamları ile ilgili farklılıkları ve etkileşimlerini inceleyen sorular da yer almaktadır (34 soru).

Algılanan Aile Desteği Ölçeği: Procidano ve Heller tarafından geliştirilmiş ve Oya Sorias tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Algılanan Aile Desteği Ölçeği "evet, hayır, kısmen" şeklinde yanıtlanan 20 sorudan oluşmaktadır. Ölçekte 3, 4, 16, 19 ve 20. sorulara "hayır (2)", "evet (0)", "kısmen (1)" olarak ağırlık puanı verilirken, diğer tüm sorular "hayır (0)", "evet (2)", "kısmen (1)" olarak puanlanmıştır. Ölçekten alınan puan 0-40 arasında değişmektedir. Puanın artması aile desteğinin iyi olduğunu göstermektedir (7).

Yaşam Doyumu Ölçeği : 1961 yılında Nevgarten ve Havinghurst tarafından geliştirilen yaşam doyumu ölçeğinin (20 soru), Türkiye toplumuna uyarlanması için, iç güvenilirlik, içerik ve yapı geçerliliği çalışmaları S. Karataş ve K. Karataş (1988) tarafından yapılmıştır. Seyranbağları Huzurevi'nde kalmakta olan 30 kişilik bir yaşlı grubuna, yaşam doyumu ölçeği üç hafta ara ile iki kez uygulanmış ve ölçeğin iç güvenilirlik / stabilite korelasyon katsayısı 0.93 olarak saptanmıştır (8). Ölçeğin geçerliliğini saptamak amacıyla, güvenilirlik çalışmasında yararlanılan 30 yaşlıya, yaşam doyumu ölçeği ile birlikte, Kılıçcı (1981) tarafından genç yetişkinler için

geliştirilen, İslam (1987) tarafından yaşlılara uygulanan " Kendini Kabul Envanteri " ile birlikte kritere bağlı geçerlilik uygulanarak, her iki ölçek arasında 0.82 korelasyon katsayısı elde edilmiştir. Bu aşamadan sonra ölçek uygulanmıştır (9).

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi, bilgisayar ortamında SPSS 12.0 programı kullanılarak yapılmıştır. Sayı, yüzde dağılımları hesaplanmış, student t testi ve varyans analizi yapılmıştır.

Araştırma yapılmadan önce yetkililer ile görüşülerek izin alınmış, araştırmanın amacı açıklanarak araştırmaya katılmak isteyen gönüllü yaşlılar araştırma kapsamına alınmıştır. Yaşlılar üzerinde herhangi bir zorlamaya gidilmemiştir. Araştırma etik ilkeler göz önünde bulundurularak yürütülmüştür.

Bulgular

Huzurevinde yaşayan yaşlıların % 28.4'ü 70-74 yaş grubundadır, yaş ortalamaları 76.0 ± 7.6 'dır. Yaşlıların % 52.6'sı kadın, % 47.4'ü erkek, % 69.5'i dul, % 34.7'si okuma-yazma bilmiyor, % 25.3'ü ilkokul mezunudur. Aile ortamında yaşayanlardan farklı olarak % 2.1'i yükseköğretim/ fakülte mezunudur. Yaşlıların % 56.9'u emeklidir, % 34.7'si 20 yıldan fazla aynı meslekte çalışmıştır. Yaşlıların gelir durumlarına bakıldığında, % 76.8'inin geliri giderine denktir, % 33.7'si sigortalıdır. Yaşlıların % 69.5'inin çocuğu vardır, % 26.3'ü çocuklarını görürken, % 46.3'ü çocuklarını görmemektedir. Akrabası olan yaşlıların oranı % 54.7'dir, % 29.5'i akrabalarıyla "nadir" olarak görüşmektedir, % 44.2'si ise akrabalarıyla "hiç" görüşmemektedir. Yaşlıların % 78.9'unun arkadaşı vardır, % 65.3'ü arkadaşlarıyla bir araya gelmektedir. Yaşlıların % 76.8'inin tanı konmuş bir hastalığı vardır.

Aile ortamında yaşayan yaşlıların % 33.7'si 70-74 yaş grubundadır, yaş ortalamaları 72.3 ± 5.4 'tür. Yaşlıların % 54.7'si kadın, % 45.3'ü erkek, % 70.5'i evli, % 5.3'ü okuma-yazma bilmiyor, % 36.8'i ortaokul mezunu, % 18.9'u lise mezunudur. Yaşlıların % 65.3'ü emeklidir, % 58.9'u 20 yıldan fazla aynı meslekte çalışmıştır. Yaşlıların gelir durumlarına bakıldığında, % 48.4'ünün geliri giderine denktir, % 50.5'i sigortalıdır. Yaşlıların % 90.5'inin çocuğu vardır, % 60.0'ı çocuklarını görürken, % 27.4'ü çocuklarını görmemektedir. Akrabası olan yaşlıların oranı % 87.4'tür,

% 38.9'u akrabalarıyla "nadir" olarak görüşürken, % 22.2'si ise akrabalarıyla "hiç" görüşmemektedir. Yaşlıların % 92.6'sının arkadaşı vardır, % 62.1'i arkadaşlarıyla bir araya gelmektedir. Yaşlıların % 82.2'sinin tanı konmuş bir hastalığı vardır.

Huzurevinde yaşayan yaşlıların algıladıkları aile desteği puan ortalaması 14.6 ± 14.4 , yaşam doyumu puan ortalaması 30.2 ± 3.0 'dır. Aile ortamında yaşayan yaşlıların algıladıkları aile desteği puan ortalaması 20.7 ± 5.5 , yaşam doyumu puan ortalaması 12.4 ± 2.2 'dir. Huzurevinde kalan yaşlıların algıladıkları aile desteği ve yaşam doyumu puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan oldukça anlamlı bulunmuştur ($t = -10.00$ $p = 0.00$). Aile ortamında yaşayan yaşlıların algıladıkları aile desteği ve yaşam doyumu puan ortalaması arasındaki fark istatistiksel açıdan oldukça anlamlı bulunmuştur ($t = 13.00$ $p = 0.00$).

Huzurevinde kalan yaşlıların yaş grubu ($F = 3.15$, $p < 0.05$), cinsiyet ($t = 1.43$, $p < 0.05$), gelir durumu ($F = 3.53$, $p < 0.05$), çocuklarıyla görüşme durumu ($F = 22.09$, $p < 0.01$), akrabalarıyla görüşme durumu ($F = 16.61$, $p < 0.01$), arkadaşlarıyla görüşme durumu ($F = 2.54$ $p < 0.05$) ve algıladıkları aile desteği puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Yapılan ileri varyans analizinde bu farkın, 70-74 yaş grubundaki yaşlılardan, geliri giderinden fazla olanlardan, çocuklarıyla, akrabalarıyla ve arkadaşlarıyla görüşen yaşlılardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Aile ortamında yaşayan yaşlıların cinsiyet ($t = -1.47$, $p < 0.05$), çalışma yılı ($F = 3.08$, $p < 0.05$), gelir durumu ($F = 3.02$, $p < 0.05$), çocuklarıyla görüşme durumu ($F = 5.38$, $p < 0.01$), hastalığın varlığı ($t = -0.85$, $p < 0.05$) ve algıladıkları aile desteği puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Yapılan ileri varyans analizinde bu farkın, 10 yıldan daha az çalışan, geliri giderinden fazla olan, çocuklarıyla kalan yaşlılardan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Huzurevinde kalan yaşlıların çalışma yılı ($F = 4.10$, $p < 0.05$), hastalığın varlığı ($t = 1.60$, $p < 0.05$) ve yaşam doyumu puan ortalaması arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Yapılan ileri varyans analizinde bu farkın, 10-20 yıl arası çalışan yaşlılardan kaynaklandığı belirlenmiştir. Aile ortamında yaşayan yaşlıların çalışma yılı ($F = 3.18$, $p < 0.05$) ve yaşam doyumu puan ortalaması arasında anlamlı bir

Tablo 1. Yaşlıların algıladıkları aile desteği ve yaşam doyumu puan ortalamalarını etkileyen faktörler

	HUZUR EVİ								AİLE ORTAMI							
	Algıladıkları Aile Desteği Puan Ortalaması				Yaşam Doyumu Puan Ortalaması				Algıladıkları Aile Desteği Puan Ortalaması				Yaşam Doyumu Puan Ortalaması			
	X	Ss	F/t	p	X	Ss	F/t	p	X	Ss	F/t	p	X	Ss	F/t	p
Yaş Grubu																
65-69 yaş	16.4	14.7	3.15	0.02	30.0	1.9	1.43	0.23	22.3	5.2	1.39	0.25	12.3	2.0	0.10	0.96
70-74 yaş	19.8	13.5			29.6	3.2			19.4	5.0			12.5	2.3		
75-79 yaş	15.1	16.1			31.2	3.1			20.9	6.7			12.5	1.9		
80-84 yaş	10.0	12.8			29.8	3.5			20.4	5.			12.2	2.7		
85 ve üzeri	4.0	8.7			31.4	2.8			-	-			-	-		
Cinsiyet																
Kadın	16.6	14.6	1.43	0.05	30.4	3.0	0.62	0.54	20.0	5.3	-1.47	0.05	12.6	2.1	0.99	0.33
Erkek	12.4	14.0			30.0	2.9			21.6	5.8			12.1	2.2		
Çalışma Yılı																
10 yıldan az	12.3	11.2	0.36	0.78	26.3	2.3	4.10	0.01	24.1	4.7	3.08	0.03	21.9	2.0	3.18	0.03
10-20 yıl	17.4	16.1			30.2	3.3			20.3	5.3			12.8	1.9		
20 yıldan fazla	14.6	15.5			29.5	3.0			19.5	5.9			11.6	2.5		
Gelir Durumu																
Gelir giderden az	11.8	13.4	3.53	0.03	29.1	3.9	1.72	0.18	19.5	4.6	3.02	0.05	12.4	2.3	0.35	0.71
Gelir gidere denk	14.1	14.5			30.5	2.7			21.6	6.1			12.4	1.9		
Gelir giderden fazla	30.4	8.1			29.0	2.6			25.0	5.8			11.5	3.3		

Tablo 1. Yaşlıların algıladıkları aile desteği ve yaşam doyumu puan ortalamalarını etkileyen faktörler

	HUZUR EVİ						AİLE ORTAMI					
	Algıladıkları Aile Desteği Puan Ortalaması			Yaşam Doyumu Puan Ortalaması			Algıladıkları Aile Desteği Puan Ortalaması			Yaşam Doyumu Puan Ortalaması		
	X	Ss	F/t	p	X	Ss	F/t	p	X	Ss	F/t	p
Çocuklarıyla												
Görüşme Durumu	X	Ss	F/t	p	X	Ss	F/t	p	X	Ss	F/t	p
Evet	28.2	11.7	22.09	0.00	29.3	3.0	2.21	0.12	20.3	5.0	5.38	0.00
Hayır	8.8	10.4			30.8	2.7			21.8	5.8		
Çocuklarıyla Kalıyor	-	-			-	-			30.0	0.0		
Yanıtız	11.2	14.5			30.2	3.1			16.9	4.8		
Akrabalarıyla												
Görüşme Sıklığı												
Sık sık görüşme	24.4	15.9	16.61	0.00	29.4	2.6	2.66	0.08	22.0	6.7	1.57	0.20
Nadir olarak görüşme	17.4	12.7			29.8	2.9			20.4	4.9		
Hiç görüşmeme	6.8	9.8			31.0	3.1			19.0	4.0		
Arkadaşlarıyla												
Görüşme Durumu												
Birbirini arama,												
bir araya gelme	17.2	15.1	2.54	0.01	30.1	3.0	-0.58	0.56	21.4	5.9	1.63	0.20
Hiç bir araya gelmeme	9.6	11.7			30.5	3.0			19.9	5.1		
Yanıtız	-				-				18.1	2.5		
Hastalığın Varlığı												
Var	15.0	14.5	0.52	0.61	30.5	3.1	1.60	0.01	20.6	5.5	-0.85	0.04
Yok	13.2	14.5			29.4	2.5			21.8	5.5		



fark saptanmıştır. Yapılan ileri varyans analizinde bu farkın, 10 yıldan daha az çalışan yaşlılardan kaynaklandığı belirlenmiştir (Tablo 1).

Tartışma

Huzurevi ve aile ortamında yaşayan yaşlıların yarısından fazlasının kadın olduğu, huzurevinde yaşayanların çoğunun dul, aile ortamındakilerin ise evli olduğu görülmektedir. Ülkemizde ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda da yaşlıların genellikle aile ortamında yaşadıkları ve evli oldukları belirlenmiştir (10, 11, 12, 13, 14). Yapılan başka çalışmalarda ise, bizim bulgularımızdan farklı olarak erkeklerin kadınlara kıyasla huzurevinde yaşamayı daha çok tercih ettikleri görülmektedir (10, 15, 16, 17, 18, 19).

Huzurevindeki yaşlılarda okuma-yazma bilmeyen yaşlıların aile ortamında yaşayanlardan daha fazla olduğu saptanmıştır. Aylaz ve arkadaşlarının (2005) bir huzurevinde yürüttükleri çalışmada okuma-yazma bilmeyen oranı %72.6 iken, Bahar ve arkadaşlarının

(2005) çalışmasında ise bu oran %40.9 olarak bulunmuştur (21, 22). Bu sonuç, ülkemizde eğitim düzeyi yükseldikçe yaşlılar arasında okuma-yazma bilme oranının da değiştiğini düşündürmektedir. Çalışmada huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlıların yarısından fazlasının emekli olduğu, huzurevinde yaşayan yaşlıların aile ortamındaki yaşlılara kıyasla gelir durumlarını daha iyi olduğu belirlenmiştir. Aylaz ve arkadaşlarının (2005) huzurevinde yürüttüğü çalışmasında ise, huzurevindeki bireylerin çoğunun sosyal güvencesinin olmadığı görülmektedir (16).

Huzurevi ve aile ortamında yaşayan yaşlıların çoğunun çocuğu olmamasına karşın, çocuğu olanlardan huzurevinde yaşayan yaşlıların, aile ortamındaki yaşlılara kıyasla çocuklarını daha az gördükleri belirlenmiştir. Bahar ve arkadaşlarının (2005) bir huzurevinde yaşlılarla yürüttükleri çalışmada da, yaşlıların %50.7'sinin çocuk sahibi olduğu, ancak bu yaşlıların %45.3'ünün, bu çalışmadaki sonuçlara benzer biçimde çocukları ile görüşmediği bildirilmiştir (17). Yapılan çalışmada huzurevinde ve aile ortamında

yaşayan yaşlıların yarısından fazlası akrabası olduğunu ifade ettiği halde, huzurevinde yaşayan yaşlılar aile ortamındaki yaşlılara kıyasla akrabaları ile daha az görüşmektedir. Bahar ve arkadaşlarının (2005) Gaziantep'te bir huzurevinde yürüttükleri çalışmada, yaşlıların %52.1'inin aynı ilde yaşayan akrabasının bulunduğu ve %45.9'unun akrabalarıyla seyrek olarak görüştüğü bildirilmiştir (17). Aylaz ve arkadaşlarının (2005) Malatya'da bir huzurevinde yürüttükleri çalışmada da, yaşlıların %46.8'i akrabalarıyla hiç telefon görüşmesi yapmadıkları ve %54.8'inin akrabalarıyla hiç yüz yüze görüşmediği bulunmuştur (16). Huzurevi ve aile ortamında yaşayan yaşlıların çoğu arkadaş sahibi olduğunu ve arkadaşlarıyla zaman zaman bir araya geldiğini belirtmiştir. Literatürde de yaşlıların yakın ilişki içinde oldukları ve kendi seçtikleri yakın çevre dışındaki arkadaşları ile ilişkilerinin yaşam doyumunu olumlu etkilediği vurgulanmaktadır (12, 20, 21) Yapılan çalışmalarda, kurumda yaşayan yaşlıların bazı psikososyal sorunları ortaya konulmuştur. Aksayan ve arkadaşları (1998) huzurevinde yaşayan bireylerde umutsuzluk oranının ev ortamında yaşayanlardan 2.85 kat fazla olduğunu bulmuşlardır (22). Bir başka çalışmada, depresif belirti oranı kurumda yaşayanlarda (%41) ailesiyle birlikte yaşayanlara (%29) göre yüksek bulunmuştur. Yaşlılık, çok sayıda kaybın yaşandığı riskli bir dönemdir. Kurumda yaşayan yaşlılar ise, ailesinden ve sosyal çevresinden uzaklaşmış olarak daha fazla kayıp yaşar (23).

Hem huzurevindeki, hem de aile ortamındaki yaşlıların tanı konmuş bir hastalığı vardır. Bu hastalıklar sırasıyla; solunum-dolaşım sistemi hastalıkları, kas iskelet sistemi hastalıkları, gastrointestinal sistem hastalıkları, duysal bozukluklar, ruhsal (mental) hastalıklardır. Yapılan çalışmalarda da yaşlılarda hipertansiyon, kalp hastalıkları, diyabet ve romatizmal hastalıkların daha çok görüldüğü vurgulanmıştır (10, 11, 12, 16, 17, 18, 24).

Huzurevinde yaşayan yaşlıların, aile ortamında yaşayan yaşlılara kıyasla algıladıkları aile desteği puan ortalaması daha düşüktür. Yapılan çalışmaya benzer şekilde, Aksüllü ve Doğan'ın (2004) Malatya ilinde yürüttükleri çalışmada da, aileden sağlanan sosyal destek

ortalama puanı huzurevinde yaşayanlarda 7.35, aile ortamında yaşayanlarda 25.68 olarak bulunmuştur (13). Bu durum aile ortamındaki yaşlıların eş, çocuk ya da torunlarıyla birlikte yaşamalarıyla açıklanabilir. Huzurevindeki yaşlıların sosyal destek algılarının düşük olması, bu grubun yaşlılık dönemi sorunları ile baş etmede daha çok zorlandıklarını düşündürmektedir. Çalışmamızda, huzurevinde yaşayan yaşlıların yaşam doyumları, aile ortamında yaşayan yaşlılardan daha yüksek bulunmuştur. Delhey'in (2004) Avrupa Birliği'ne üye 25 ülkede aile ortamında yaşayan yaşlılarla yürüttüğü çalışmanın bulguları Portekiz ve Yunanistan dışındaki ülkelerde yaşayan yaşlıların, yaklaşık %90.0'nın yaşam doyumunun yüksek olduğunu göstermektedir. Yaşam doyumunu en yüksek olan ülkeler sırasıyla; Danimarka, Hollanda, Lüksemburg ve İsviçre olarak belirlenmiştir (25). Çalışmadan elde edilen sonuçlar göz önüne alındığında, huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlıların algıladıkları aile desteğinin yaşam doyumunu etkilediği görülmektedir. Yeung ve Fung'un (2007) Çin'de yaşlılarla yürüttüğü çalışmada da, algılanan aile desteğinin arkadaş desteğine kıyasla daha önemli olduğu ve yaşam doyumunu daha fazla etkilediği bildirilmiştir (26). Aile desteği algısı yüksek olan yaşlıların yaşamdan daha çok doyum aldıkları söylenebilir.

Yaş grubu ve algıladıkları aile desteğine etkisi değerlendirildiğinde; özellikle huzurevinde kalan yaşlılarda, yaş arttıkça algıladıkları aile desteğinin öneminin daha da arttığı görülmektedir. Her iki ortamda da, yaş grubunun algılanan yaşam doyumuna etkisi olmamasına karşılık, bu bulgumuz yaş arttıkça yaşam doyumunun azaldığını savunan literatürle zıtlık göstermektedir (12). Yaşlıların cinsiyeti ile algıladıkları aile desteği arasındaki ilişki incelendiğinde; gerek huzurevinde, gerekse aile ortamında yaşayan kadın yaşlıların algıladıkları aile desteği puan ortalaması erkeklerle göre daha yüksektir. Bu sonuç kadınların algıladıkları aile desteğini daha doyurucu bulduklarını düşündürmektedir. Oysa Özer ve Fadiloğlu'nun (2004) çalışmasında, erkeklerin daha büyük bir sosyal ağa ve daha iyi bir aile desteğine sahip olduğu bildirilmiştir (10). Baran ve arkadaşlarının (2007)

çalışmasına benzer biçimde, her iki grupta da cinsiyetin algılanan yaşam doyumuna etkisi olmadığı görülmektedir (12).

Yaşlıların mesleklerinde çalıştıkları yıl ile algıladıkları aile desteği arasındaki ilişki sorgulandığında; huzurevinde yaşayan ve mesleklerinde 10-20 yıl arası çalışmış olan yaşlıların yaşam doyumu, aile ortamında yaşayan mesleklerinde 10-20 yıl çalışmış olan yaşlıların algıladıkları aile desteği, 10 yıldan az çalışanların ise yaşam doyumunun daha yüksek olduğu görülmektedir. Huzurevinde ve aile ortamında yaşayan, geliri giderinden fazla olan yaşlıların algıladıkları aile desteği yüksektir. Her iki grupta da, yaşlıların gelir durumlarının yaşam doyumlarına etkisinin olmadığı görülmektedir.

Aile ortamında çocuklarıyla birlikte yaşayan yaşlılar ile, huzurevinde yaşayıp çocuklarıyla görüşebilen yaşlıların algıladıkları aile desteği yüksektir. Bu durum çocukları ile olumlu ilişkiler kuran yaşlıların kendilerini toplumsal açıdan güvende hissetmeleri ile açıklanabilir. Ramamurti (1999) de, çocukları ve diğer aile üyeleri ile ilişkilerinde doyuma ulaşan yaşlıların genel anlamda yaşamdan doyum aldıklarını belirtmiştir (27). Her iki grupta da çocuklarıyla görüşme durumunun yaşam doyumunu etkilemediği bulunmuştur. Huzurevinde yaşayan, hem akrabalarıyla, hem de arkadaşlarıyla görüşen yaşlıların algıladıkları aile desteği, akrabalarıyla ve arkadaşlarıyla görüşmeyenlere göre daha yüksektir. Aile ortamında yaşayan yaşlılarda akraba ve çocuklarla görüşme, algılanan aile desteğini etkilememektedir. Oysa aile desteğinin yanı sıra, arkadaş ve diğer kaynaklardan alınan desteğin de bireylerin yaşam doyumuna olumlu yönde katkı sağladığı belirtilmektedir (11, 28).

Çalışmada huzurevinde yaşayan ve hastalığı olan yaşlıların yaşam doyumu, aile ortamında yaşayan ve hastalığı olan yaşlıların ise algıladıkları aile desteği daha yüksek bulunmuştur. Huzurevinde yaşayan ve hastalığı olan yaşlıların yaşam doyumunun yüksek olması yaşlıların istedikleri bir ortamda yaşadıklarını ve bu durumdan mutlu olduklarını düşündürmektedir. Güven (2002) yaptığı çalışmada, yaşlılıkta eş ve diğer aile üyelerinin etkili destek sağladıklarını, yaşamdan zevk almada, mutlu olmada ve hastalık durumlarında gereksinimlerini

karşıladıklarını bildirmiştir (20). Bu sonuç, yapılan çalışmada aile ortamında yaşayan yaşlıların algıladıkları aile desteğinin yeterli düzeyde olduğunu ortaya koymaktadır.

Sonuç

Huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlıların algıladıkları aile desteği ve yaşam doyumlarının bazı sosyodemografik özelliklerden (yaş grubu, cinsiyet, çalışma durumu, gelirin varlığı), yaşlıların akraba, arkadaş ve çocuklarıyla olan olumlu ilişkilerinden, hastalık durumlarından etkilendiği belirlenmiştir. Ayrıca, huzurevinde ve aile ortamında yaşayan yaşlıların algıladıkları aile desteğinin yaşam doyumunu etkilediği sonucuna varılmıştır.

Huzurevinde yaşayan yaşlıların, aile ortamında yaşayan yaşlılara göre yaşam doyumları yüksek, algıladıkları aile destekleri düşüktür. Bu nedenle, huzurevinde yaşayan yaşlıların algıladıkları aile desteğinin, aile ortamında yaşayan yaşlıların ise yaşam doyumlarının artırılmasına çalışılmalıdır.

Yaşlı bireyler çevreye karşı daha az ilgili, kendi bedenine ve kendine karşı daha ilgili olup, ilişkilerde daha derin ve seçici olabilirler, yeniliklerden ürkebilirler ve eski yaşamlarını özleyebilirler. Sonuçta, genç kuşakla aralarındaki uzaklık artmaya başlayabilir. Kişi geçmişinde kendisine doyum veren bir yaşam sürdürmüşse, hedeflerine, isteklerine, ideallerine yaklaşabilmişse yaşlılığı daha kolay kabullenir, üretkenlik döneminde yapamadığı etkinliklere katılabilir. Seyahat etmek, okumak, artık daha genişlemiş olan ailesine ve arkadaşlarına zaman ayırmak gibi yaşamını zenginleştiren etkinliklerde bulunabilir. Bazı yaşlılar ise, çoğu kez artık güçlerinin kalmadığını düşünerek, tüm iş ve uğraşlarından "elini ayağını çekmektedir". Yaşlılıkta önemli olan, kişinin kendisinin işe yaramaz olduğunu düşünmemesidir. Bu işe yaramazlık düşüncesinden kurtulmanın en iyi yolu, kendine mutluluk veren işlerle uğraşmaktır. Yaşlıların kendilerini değersiz, işlevlerini yitirmiş ve güçsüz hissetmeleri, onların yaşamdan doyum sağlamalarında önemli bir engel olarak görünmektedir. Çalışan ve üreten insan; emeklilikten kısa bir süre sonra, kendisini boşlukta ve işlevsiz olarak görmektedir. Artık "eski yaşantılarını anma"

dönemine girmiş olduğunu düşünmektedir. Bu durum, doğal olarak yaşam doyumunu olumsuz yönde etkilemektedir. Yaşlıların sağlığının korunması, daha sağlıklı ve mutlu bir yaşam sürmeleri için ise aile desteklerinin olması ve yaşamdan doyum almaları gerekmektedir. Bu nedenle, yaşlıların değişen toplum yapısı içinde, sorunlarına ve gereksinimlerine en iyi yanıt verecek, aileleriyle ve toplumla bütünleşmelerini sağlayacak yeni hizmet modelleri geliştirilmesi önerilebilir.

İletişim: Dr. Melek Ardahan

E-posta: melekdardahan@hotmail.com

Kaynaklar

1. Akın B, Seviğ U, Karataş N. Türkiye’de gerontoloji hemşireliği eğitimi (I). Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 5:33-9.
2. Smith HL. The elderly. In: Fortinash RM, Holoday-Worret PA (Eds): Psychiatric Mental Health Nursin.Missouri: Mosby Year Book; 1996. p. 201-23.
3. Bilir N. Yaşlanan toplum. Sağlıklı Yaşlanma 2005; 25-32.
4. Bilir N. Türkiye’de yaşlanan popülasyon. Geriatri ve Gerontoloji 2006; 170-4.
5. Jacelon CS. The effect of living in a nursing home on socialization in elderly people. J Adv Nurs 1995; 22 : 539-46.
6. Akdemir N. Yaşlılarımızın bakım sorunları ivedilikle çözümlenmelidir. Turkish Journal of Geriatrics 2000; 3:169.
7. Sorias O. Sosyal desteğin değerlendirilmesi. Toplumdan seçilmiş bir örnekte sosyal ağı yapısız özellikleri ile algılanan destek. Psikoloji Seminer Dergisi 1989; 6: 27-35.
8. Karataş SÇ. Yaşlılarda yaşam doyumunu etkileyen etmenler. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara:1988. s. 5-70.
9. Çimen S. Yaşlı bireylerde öz bakım gücü ve yaşam doyumlarının araştırılması. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri Program ve Özet Kitabı. Türkan Sabancı Kültür Merkezi, Edirne: 2000. s. 126.
10. Özer S, Fadiloğlu Ç. 65 yaş ve üzeri bir grup yaşlının aile sağlıklarının, sosyal ağlarının ve algıladıkları aile destek sistemlerinin değerlendirilmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2006; 9: 158-64.
11. De Moraes JF, De Azevedo E, Souza VB. Factors associated with the successful aging of the socially-active elderly in the metropolitan region of Porto Alegre. Revista Brasileira de Psiquiatria 2005; 27:302-8.
12. Baran AG, Akın A, Kalinkara V, Aral N, Baran G, Özkan Y. Farklı sosyoekonomik düzeydeki yaşlıların gündelik yaşamdan tatmin düzeyleri: Ankara kentel kesit örneği. Turkish Journal of Geriatrics 2007, 10:10-18.
13. Aksüllü N, Doğan S. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2004; 5 : 76-84.
14. Triado C, Villar F, Carme S, Celdran M, Osuna MJ. Daily activity and life satisfaction in older people living in rural contexts. The Spanish Journal of Psychology 2009; 12 : 236-45.
15. Özer M. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların yaşam doyumunun incelenmesi. Turkish Journal of Geriatrics 2004; 7:33-6.
16. Aylaz R, Güneş G, Karaoğlu L. Huzurevinde yaşayan yaşlıların sosyal, sağlık durumları ve günlük yaşam aktivitelerinin değerlendirilmesi. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2005; 12: 177-83.
17. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:227-39.
18. Akandere M. Huzurevinde kalan yaşlılarda fiziksel aktivitelerin yaşam doyum düzeylerine etkisi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2007; 1-10.
19. Inal S, Subaşı F, Ay SM, Hayran O. The links between health-related behaviors and life satisfaction in elderly individuals who prefer institutional living, BMC Health Services Research 2007; 7: 30-7.
20. Güven S. Yaşlı ve aile. Hacettepe Üniversitesi Geriatrik Bilimler Araştırma ve Uygulama Merkezi. Geriatri 2002, 241-7.
21. Kahn JH, Hessling RM, Russell DW. Social support, health and well-being among the elderly: what is the role of negative affectivity. Personality and Individual Differences 2003; 35:5-17.
22. Aksayan S, Yıldız A, Ergun A. Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlıların umutsuzluk düzeyleri. I. Evde Bakım Kongresi Özet Kitabı. İstanbul: 1998. s. 148.
23. Kurlowicz LH. Social factors and depression in late life. Arch Psychiatric Nurs 1993; 7:30-6.
24. Gönen E, Özmete E. Olgun gençlik ve yaşam tatmini. II.Ulusal Yaşlılık Kongresi Kitabı, Denizli: 2003. s. 276-84.
25. Delhey J. Life satisfaction in an enlarged Europe. Luxembourg: 2004. p. 1-59.
26. Yeung GTY, Fung HH. Social support and life satisfaction among Hong Kong Chinese older adults. Family First European Journal of Ageing 2007; 4: 219-27.
27. Ramamurti V. Family structure and mental illness in old age. Indian J Psychiatr 1999; 23:21-6.
28. Zhang AY, Yu LC. Life satisfaction among Chinese elderly in Beijing, Journal of Cross-Cultural Gerontology 1998; 13: 109-25.



Dr. Hilmiye Aksu, Dr. Sevgi Özsoy Gökdemirel***

Geliş Tarihi : 01.07.2012

Kabul Tarihi : 15.07.2012

Öz

Diyabetli bir kadının gebeliği, hem anne, hem de bebek açısından yüksek risklidir. Çünkü gebelikte oluşan hormonal değişiklikler, karbonhidrat ve yağ metabolizmasında değişime yol açarak, diyabetin kontrolünü güçleştirmek ve anne ile fetüsün sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Diyabet iyi kontrol edilmediğinde majör fetal anomali riski %40'lara yükselmektedir. Bu nedenle, diyabetli kadınlarda kontrasepsiyon kullanımı yaşamsal önemdedir.

Diyabette uygun olmayan kontraseptif yöntemler, metabolik bozuklukların ve vasküler komplikasyonların artmasına yol açabilir. Bu hastalıkta risksiz olan bir kontraseptif seçimi yapmak olanaklı olmayabilir; ancak kadının istenmeyen bir gebelik durumu yaşaması daha büyük risk yaratacaktır. Bu nedenle, ilgili sağlık personelinin diyabet gibi özel durumları olan kadınlara vereceği danışmanlıkta nasıl bir yol izleyeceği hakkında yeterli bilgi ve donanımına sahip olması gerekmektedir. Bu derlemede diyabetli kadınların kullanabileceği kontraseptifler tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Diyabet, Kontrasepsiyon, Kadın

Abstract

Pregnancy of a woman with diabetes creates high risk for both the mother and the baby. The risk is due to the hormonal changes ending up with alterations in carbohydrate and lipid metabolisms and the difficulties in diabetes control negatively affects the health of the mother and the fetus. The risk of major fetal abnormalities rises up to 40% if diabetes is not well controlled. Therefore, efficient contraception is essential for women with diabetes.

Some contraceptive methods may cause metabolic disorders and may lead to vascular complications in diabetes. It may not be possible to choose a contraceptive method without any risk but unwanted pregnancy may be more risky. For this reason, relevant medical staff should be trained for diabetes counseling with adequate information to provide the necessary means for assisting women with special needs such as diabetes. Contraceptives available for women with diabetes are discussed in this review.

Key words: Diabetes, Contraception, Women

Giriş

Diyabetli bir kadının gebeliği, hem anne, hem de bebek açısından yüksek risk taşımaktadır. Çünkü diyabet iyi kontrol edilmediğinde, %40'ı bulan majör fetal anomaliler görülmektedir (1). Bu nedenle, diyabetli kadınlarda kontrasepsiyon kullanımı yaşamsal önemdedir (2). Tip 1 ve tip 2 diyabetli kadınlarda, istenmeyen gebeliklerin yol açtığı maternal ve fetal morbidite ve mortaliteyi azaltmak için yeterli kontrasepsiyonun sağlanması gerekmektedir (3).

Temelde diyabetli kadınların kontrasepsiyon gereksinimleri, diyabeti olmayan kadınlardan farklıdır. Fakat bu kadınlara kontrasepsiyon danışmanlığı yapılırken çok sayıda özel durumun dikkate alınması gereklidir (2, 4). Bununla birlikte, tip 1 diyabetli kadınlar ve ileri dönemde

komplikasyonlu tip 2 diyabetli kadınların kontrasepsiyon seçimleri ile ilgili çalışmalar sınırlı sayıdadır (2).

Diyabette yanlış kontraseptif yöntem, metabolik bozuklukların ve vasküler komplikasyonların artmasına yol açar. Kontraseptif seçiminde, yöntemin uzun ya da kısa süreli kullanılacak olması başta gelen belirleyicidir. Bunun dışında yöntem seçiminde diyabetin tipi, hastalığın süresi, diyabetik komplikasyonların varlığı, kadının beden kitle indeksi, kardiyovasküler hastalık riski ve gelecekte gebelik planlayıp planlamadığı gibi özellikler dikkate alınmalıdır (5).

Schwarz ve arkadaşları, çalışmalarında (2006) üreme çağındaki diyabetli kadınlara kontraseptif danışmanlığının diyabeti olmayan kadınlara oranla daha az verildiğini saptamışlardır. Bu araştırmacılar, diyabeti olan kadınların, anne ve fetus sağlığına olumsuz etkilerinden dolayı kan glukoz düzeyi kontrol

*Doç.; Adnan Menderes Ü. Aydın SYO, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Aydın

**Yrd. Doç. Adnan Menderes Ü. Aydın SYO, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD. Aydın

altına alınmadan gebe kalmamaları gerektiğini vurgulamışlardır (6).

Kontraseptif Yöntemler ve Diyabet

Hormonal kontraseptiflerin, yan etkilerinden dolayı diyabetli kadınlarda dikkatli kullanılması gerekir. Düşük doz kombine oral kontraseptifler major ya da minör kardiyovasküler komplikasyonları olmayan diyabetli kadınlarda güvenle kullanılabilir (4, 7, 8). Gebeliğe bağlı diyabet öyküsü olan kadınlarda, insüline bağımlı olmayan diyabetin gelişmesi kombine oral kontraseptiflerin (KOK) kullanımı ile artmamaktadır. Benzer biçimde, lipid düzeylerinin de KOK kullanımından etkilenmediği görülmektedir. Ayrıca KOK'lerin insülin gereksinimi üzerine çok az ya da hiç etkisi olmadığı belirtilmektedir (9).

Visser ve arkadaşlarının çalışmalarında (2006), hormonal kontraseptiflerin diyabetli kadınların karbonhidrat ve lipid metabolizması üzerine etkileri olduğu konusunda yeterli kanıt olmadığı belirtilmektedir (3). Mikrovasküler hastalığı olan tip 1 diyabetik kadınlarda genelde kombine oral kontraseptif önerilmemektedir. Ancak daha önceki ve yeni çalışmalarda, oral kontraseptif kullanımının diyabetik hastalığın seyrini artırıcı etkisinin olmadığı belirtilmektedir (10). Hormonal kontraseptiflerin kullanımına ilişkin daha fazla araştırmaya gereksinim vardır (4).

Depo provera (DMPA), vasküler komplikasyonu olan diyabetli kadınlarda ilk seçenek olarak düşünülmemelidir (10). Etonogestrel implant diyabetli kadınlar tarafından iki yıl boyunca kullanılmıştır. İki yılın sonunda kadınların karbonhidrat ve lipid metabolizmalarında bir bozulma ya da kötüleşme görülmemiştir (11).

Üreme çağıının sonlarında olan diyabetli kadınların Hormonlu vajinal halka kullanımını inceleyen bir çalışmada, yöntemin 6 aydan daha uzun süre kullanımının sonunda, karbonhidrat ve lipid metabolizması üzerinde anlamlı bir etki yapmadığı ve güvenle kullanılabileceği belirtilmektedir (12).

Shave ve arkadaşlarının çalışmasında (2008), diyabetli kadınların gebelikten korunmak için hormonal yöntemleri diyabeti olmayan kadınlara göre daha az kullandıkları bildirilmiştir. Oysa son zamanlarda yapılan araştırma bulgularına göre, komplikasyon gelişmemiş diyabetli kadınlarda hormonal yöntemlerin güvenli olduğu bilinmektedir. Bu

sonucun, diyabetini iyi kontrol edemeyen çok sayıda genç kadının olması ya da diğer kardiyovasküler risklerden dolayı doktorların hormonal yöntemlerden kaçınması ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir. Ancak bu kadınların aynı zamanda istenmeyen gebeliklere karşı karşıya kalabileceği de düşünülmelidir (13).

Bakırlı RİA'nın (Cu RİA) için pelvik enflamatuvar hastalık riski 1.6/1000'dir ve diyabet tip 1 ya da 2 hastalığı olan kadınlarda pelvik enflamatuvar hastalık riski artmamaktadır (10). Yapılan literatür incelemesinde, Bakır T ile progesteronlu RİA arasında diyabetli kadınların karbonhidrat ve yağ metabolizmaları ve insülin gereksinimleri bakımından değişiklik olmadığı anlaşılmaktadır (3).

İnsüline bağımlı olan ya da olmayan diyabetik kadınlarda, progesteron LNG RİA kullanımı ile ilgili sınırlı sayıda veri, bu yöntemin kısa ve uzun dönem diyabet kontrolü, HbA1c düzeyleri, hemostatik markırlar ve lipid profili üzerine minimal etkisi olduğunu göstermektedir (14, 15).

Diyabetli kadınlarda gönüllü cerrahi sterilizasyon (Tüp ligasyonu) yöntemi, yara iyileşmesinde sorun yaşanmaması için kan glukoz düzeyi kontrol altına alındıktan sonra interval uygulama yapılabilir. Dünya sağlık örgütünün uygulama ölçütleri kategorisinde, cerrahi sterilizasyon işleminin ek hazırlıklar ile önlem alındıktan sonra yapılabileceği C bölümünde yer almaktadır (Aile Planlaması Danışmanlığı, 2009). Gestasyonel diyabet öyküsü olan kadınlarda cerrahi sterilizasyon uygulaması kabul edilebilir. İnsüline bağımlı ya da bağımlı olmayan diyabet durumlarında kan glukoz düzeyi dikkate alınmalıdır. Retinopati, nefropati ve nöropati gelişmiş, 20 yıldan uzun süredir diyabet öyküsü ya da diğer vasküler hastalık öyküsü varsa, özel koşullar sağlandıktan sonra işlem uygulanabilir. İşlemden önce kan glukozu iyi kontrol edilmemiş ise, işlem uygulandığında hipoglisemi ya da ketoasidoz riski vardır (14, 15, 16).

Bariyer yöntemlerden erkek kondomu, kadın kondomu, spermisit ve diyaframı diyabetli kadınlar güvenle kullanabilir (14,15,16).

Doğurganlık bilinci temelli yöntemlerin kullanımı sırasında herhangi bir kimyasal, mekanik, hormonal ilaç, araç ya da gereç

Tablo 1. Diyabetli kadınların kullanabilecekleri kontrasepsiyon yöntemleri ve uygunluk kriterleri

Diyabet	*KOK	*KEK	P/R	POP	*DMPA/NET-EN	*LNG/ETG Implant	*Kondom/ Diyafraam	*Cu RİA	*LNG RİA	*Tüp- Ligasyonu
Gestasyonel Diyabet Öyküsü	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A
Vasküler hastalık yok	2	2	2	2	2	2	1	1	2	C
-insüline bağımsız	2	2	2	2	2	2	1	1	2	C
-insüline bağımlı	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	1	2	S
Nefropati/Retinopati/Nöropati	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	1	2	S
Diğer vasküler hastalık ya da 20 yıldan uzun süredir diyabet olması	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	1	2	S

* Ülkemizde kullanılan yöntemler

KOK: Kombine Oral Kontraseptifler

KEK: Kombine Enjektabel Kontraseptifler

P: Kombine Patch (yama)

R: Kombine Vajinal Ring (halka)

POP: Sadece progesteron içeren haplar

DMPA: 3 aylık progesteron içeren enjektabl

NET-EN: 2 aylık progesteron içeren enjektabl

LNG/ETG Implant: progesteron içeren implant

Cu RİA: Bakır içeren rahim içi araç

LNG RİA: Progesteron içeren rahim içi araç

Tüp-Ligasyonu: Gönüllü cerrahi sterilizasyon

1: Bir aile planlaması yönteminin kullanılması için engel oluşturmayan bir durum

2: Bir aile planlaması yönteminin kullanımının sağladığı yararların, kamılanmış ya da teorik risklerden genellikle ağır bastığı bir durum

3: Kamılanmış ya da teorik risklerin, o yöntemin kullanımının sağladığı yararlardan ağır bastığı bir durum

4: Bir aile planlaması yönteminin kullanılmasında kabul edilemez sağlık risklerinin ortaya çıkacağı bir durum.

A: Kabul, onay: Bu durumdaki herhangi bir kadını, sterilizasyondan mahrum bırakacak herhangi bir tıbbi neden yoktur.

C: Uyari: Bu yöntem normal olarak rutin sağlık hizmetleri içinde sunulabilir ama ekstra bir hazırlık ve önlem gerektirir.

S: Özel Durum: İşlem; ancak deneyimli bir cerrah ve sağlık personelinin, genel anestezinin verilebilecek ekipmanın olduğu ve diğer tıbbi desteklerin hazır bulunduğu yerlerde uygulanabilir. Bu durumlar için, en uygun işleme ve anestezi rejimine karar verme kapasitesi de gereklidir. Eğer sevk gerekiyor ise ya da herhangi bir gecikme olacak ise, alternatif geçici kontraseptif yöntemler önerilmelidir.



kullanmak gerekmediğinden, bu yöntemler vücudun, endokrin sistemin ve menstrüel siklusun doğal işleyişine bir etki yapmamaktadır. Bu nedenle, diyabetli ya da diğer kronik hastalığı olan kadınlar tarafından rahatlıkla kullanılabilirler. Ancak istenmeyen bir gebeliğin devamı ya da sonlandırılması diyabetli bir kadın için risk oluşturur. Bu nedenle diyabetli kadınların kontraseptif etkisi yüksek yöntemlere gereksinimi vardır.

Sonuç olarak; diyabetli kadınlarda uygulanabilir tüm kontraseptif yöntemlerin, karbonhidrat ve yağ metabolizması üzerine etkileri, uzun süre kullanımlarında mikro ve makro vasküler sonuçlarının araştırılması gerekmektedir. Diyabet gibi bazı durumlarda risksiz bir kontraseptif seçimi yapmak olanaklı olmayabilir; ancak kadının istenmeyen bir gebelik durumu yaşaması daha risklidir. Tablo 1'de diyabeti olan kadınların gebelikten korunmak için kullanabilecekleri yöntemler ve yöntemlere uygunluk durumları özetlenmiştir.

İletişim: Dr. Hilmiye Asu

E-posta: hilmiyeaksu@yahoo.com

Kaynaklar

1. MacKay L, Glasier A, McKnight JA. Contraception for women with diabetes mellitus. *Pract Diab Int* 2005; 22(2):49-52.
2. Damm P, Mathiesen E, Clausen TD, Petersen KR. Contraception for women with diabetes mellitus. *Metabolic Syndrome and Related Disorders* Fall 2005; 3(3): 244-9.
3. Visser J, Snel M, H. A. A. M. Van-Vliet-Huib. Hormonal versus non-hormonal contraceptives in women with diabetes mellitus type 1 and 2. <http://www.citeulike.org/user/IanBowns/article/3721722>.
4. Shawe J, Lawrenson R. Hormonal contraception in women with diabetes mellitus: Special considerations. *Treatments in Endocrinology* 2003; 2(5): 321-30.
5. Nikolov A, Dimitrov A, Kolarov G, Todorova K, Mekhandzhiev TS. Contraception in women with diabetes mellitus. *Akush Ginekol* 2005; 44(5):47-52.
6. Schwarz EB, Maselli J, Gonzales R. Contraceptive counseling of diabetic women of reproductive age. *Obstet Gynecol* 2006; 107(5):1070-4.
7. Bonnema RA, McNamara MC, Spencer AL. Contraception choices in women with underlying medical conditions. *Am Fam Physician* 2010; 82(6): 621-8.
8. Skouby SO. Hormonal contraception in obesity, the metabolic syndrome, and diabetes. *2010;1205: 240-4*.
9. Grigoryan OR, Grodnitskaya EE, Andreeva EN, Shestakova MV, Melnichenko GA, Dedov II. Contraception in perimenopausal women with diabetes mellitus. *Gynecol Endocrinol* 2006; 22(4):198-206.
10. Kaplan P. Sistemik hastalığı olan kadınlarda ideal kontraseptif seçimi. İçinde: 6. Ulusal Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Kitabı. 2009. s. 41-2.
11. Vicente L, Mendonça D, Dingle M, Duarte R, Boavida JM. Etonogestrel implant in women with diabetes mellitus. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008; 13(4): 387-95.
12. Grigoryan OR, Grodnitskaya EE, Andreeva EN, Chebotnikova TV, Melnichenko GA. Use of the NuvaRing hormone-releasing system in late reproductive -age women with type 1 diabetes mellitus.
13. Shave J, Mulnier H, Nicholls P, Lawrenson R. Use of hormonal contraceptive methods by women with diabetes. *Prim Care Diabetes* 2008; 2(4): 195-9.
14. Medical eligibility criteria for contraceptive use. Fourth edition. WHO library cataloguing-in publication data. 2009.
15. Kontraseptif yöntem kullanımı için tıbbi uygunluk kriterleri: Aile planlaması için bir DSÖ temel kaynağı. 4. Baskı; 2009.
16. Aile planlaması danışmanlığı katılımcı kitabı. Birinci baskı. Ankara: Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Basımevi; 2009.



Dr. Özen Aşut**

Geliş Tarihi : 12.05.2012

Kabul Tarihi : 07.06.2012

Öz

Bu yazıda, süreli tıp yayınları editörlüğünün görev ve sorumlulukları alanında son yıllarda yapılan çalışmalar ve varılan sonuçlar gözden geçirilmiş; bu veriler ışığında ve Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi bağlamında, ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetine yönelik tıp yayıncılığı ele alınmıştır.

İlk kez 1978'de başlayan ve daha sonraki yıllarda güncelleştirilen uluslararası belgelere göre, tıp dergisinin yayın içeriği konusunda editörler tam yetkili olmalıdır. Editör özgürlüğü editörlerce titizlikle savunulmalıdır. Editörlüğün zaman alıcı ve genellikle onursal bir görev olduğu bilinmelidir. Editörlük işinin genel amaçları ise, tıp bilimini ilerletmek, tıbbi ve bilimsel sorunları tartıştırmak, mezuniyet sonrası eğitimi geliştirmek, etik davranışları korumak olmalıdır. Editörler bu amaçlara yönelik olarak bir sistem geliştirmeli, yazar ve araştırmacılara karşı tarafsızlığı ve nesnellığı güvence altına almalı, hakem seçmede doğru belirleyici olmalıdır.

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED) 1992 yılı başından bu yana, genel pratisyenler ve diğer birinci basamak hekimlerinin mesleki gelişim-süreli tıp eğitimi için yayımlanan Türk Tabipleri Birliği'nin süreli hakemli yayınıdır. Önceleri aylık, yakın zamanlarda ise iki ayda bir yayımlanan bu dergi, 2005-2007 arasında Türk Tıp Dizini'nde yer almıştır.

STED'in yayın politikası, editöryal işleyiş ve teknik altyapısının güncel gelişmelere uygun düzeye ulaştırılmasına karşın, dergiye gönderilen çalışmaların sınırlılığı, ürünün bilimsel içeriğini ve çeşitliliğini etkilemektedir. Bu durum, son yıllarda birinci basamak sağlık hizmetinin değersizleştirilmesinin ve ticarileştirilmesinin akademik düzeydeki yansımaları olarak ele alınması ve çözüm aranması gereken bir sorun olarak önümüzde durmaktadır.

Anahtar sözcükler: Editör, Birinci basamak, Sağlık hizmeti, yayıncılık

Abstract

In the present article, recent studies and the relevant conclusions on the the functions and responsibilities of the editor in periodical medical publications have been reviewed. Medical periodicals on primary health care in Turkey have been studied in the light of the present data and the Journal of Continuing Medical Education.

According to the international documents starting in 1978 and updated in the following years, the editor must be fully responsible on the content of the medical publications. The freedom of the editor must be strictly defended. The editorial duty is a time taking and mostly honorary job. The general objectives of the editorial function include advancing medical sciences, discussing medical and scientific issues, developing post-graduate medical education and maintaining ethical behaviour. The editors should develop a system oriented to the objectives, guarantee objectivity and neutrality for writers and researchers, and be accurate in selecting the consultants.

Continuing Medical Education Journal (STED) is the peer-reviewed periodical of the Turkish Medical Association published since 1992 and oriented to the professional development-continuing education of general practitioners and other physicians working at the primary health care settings. Previously published monthly, the periodical has started being published bimonthly recently and was in the Turkish Medical Database during 2005-2007.

The publication policy, editorial performance and technical capacity of STED have been developed in line with recent developments; however, the limitations of the articles influence the scientific content and subject variety of the journal. The present situation stays as a problem to be evaluated and coped with, reflecting the derangement and commercialization of primary health care in recent years.

Key words: Editor, Primary care, Health services, Publications

* Sağlık Bilimlerinde Süreli Yayıncılık 9. Ulusal Sempozyumu kitabında yayımlanmıştır. (Yılmaz O ed. Sağlık bilimlerinde süreli yayıncılık 2011. Ankara: AVES Yayıncılık; 2011. s. 72-8.)

** Doçent, Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Yayın Yönetmeni

Amaç

Bu bildirinin amacı, süreli tıp yayıncılığında editöryal sorumluluk ve işleyiş konusundaki uluslararası gelişmeleri gözden geçirerek, bu verilerin ışığında ve Sürekli Tıp Eğitimi dergisi bağlamında Türkiye'de birinci basamak tıp yayıncılığının sorunlarına dikkat çekmektir.

Giriş

Bir grup tıp dergileri editörü 1978 yılında Vancouver'da toplanarak, dergilere gönderilen makalelerin formatını oluşturmaya yönelik kılavuz hazırlama girişimi başlattılar. Bu grup daha sonra Vancouver Grubu olarak tanındı. Kaynakları da içermek üzere, yayımlanacak "Makalelerde Aranacak Özellikler Bildirgesi" ilk kez 1979'da yayımlandı. Daha sonra Vancouver grubu genişleyerek, Tıp Dergi Editörleri Uluslararası Komitesi'ne (ICMJE) dönüştü. Bu Komite artık yılda bir toplanan, görev spektrumunu genişletmiş bir örgütlenme olarak çalışmalarını sürdürmeye başladı (1, 2).

Komite, Tıp Dergilerine Başvuran Makaleler için Standart Özellikler belgesinin çok sayıda versiyonunu yayımlamıştır. Yıllar geçtikçe makale hazırlamanın ötesine geçen belgenin bir bölümü Standart Özellikler'de, bir bölümü başka bildirimlerde yer almaktadır (1, 3).

Bu bildirimlere göre, editörlerin sorumluluk ve görevleri de ayrıntılandırılmıştır. Genellikle editörlük görevi konusunda bir resmi hazırlık süreci olmadan sorumluluk yüklenilmektedir. Bu nedenle, editörün doğru seçilmesi önem kazanmaktadır. Editörlerin etkin bilimsel araştırmacı, zamanını iyi kullanan, doğru karar veren kişiler olması önerilmektedir (4). Editörü seçen kurum, görevlendirmeyi belli ölçütlere göre yapmaktadır. Bu ölçütler, yazarlık, akademisyenlik, araştırmacılık olabilir; daha önce editör yardımcılığı görevi üstlenmiş kişiler yeğlenebilir; kişinin tıbbi dergicilik ya da editoloji konusundaki özel ilgisi bir ölçüt olabilir. Editoloji terimi Çinlilerin buluşudur. Çin Süreli Bilim Yayınları Editoloji Birliği 1987'de kurulmuş ve editörlük bilimine yönelik "Acta Editologica" adlı yeni bir dergi çıkarmaya başlamıştır. Bu Birlik, editörlükle ilgili bilgi düzeyini ve editörlük eğitimini yükseltmeyi önüne hedef olarak koymuştur (5).

Daha sonra 1995 yılında, 22 tıp editörünün başlattığı Bellagio girişimi tarafından Dünya Tıp Editörleri Birliği (WAME) kuruldu. Amaç,

dünyadaki editörlerin sık karşılaştığı ortak sorunlara çözüm aramaktı. Örneğin, özel bir sorun olarak, hakemlik üzerine çalıştaylar düzenlendi. Birlikte tartışılması önerilen konular arasında, başta atayan kurum olmak üzere, editörün bağımsızlık ve özgürlüğünün dış etkilerden nasıl korunacağı da önem kazanmıştı. Daha sonra editörlüğe yönelik çeşitli eğitim programları da geliştirilerek uygulamaya kondu (5).

Editörlerin Görev ve Sorumlulukları

Hakemli bir dergi, yayımlanan makalelerin çoğunun değerlendirme için editöryal ekibin dışında uzmanlara gönderildiği dergidir. Ancak derginin yayın içeriği konusunda editörler tam yetkili olmalıdır. Editör bağımsızlığı, bir derginin dürüstlüğüne köşetaşdır. Editör özgürlüğü editörlerce titizlikle savunulmalıdır. Yayının tirajı ne denli yüksekse, editörün sorumluluğu ona uygun biçimde büyüktür. Okuyucu sayısı dünya çapında 600 bini bulan (JAMA gibi) bir dergide ya da (Annals of Internal Medicine gibi) 100 bin tirajı olan bir yayında çıkan bir makale ya da editör yazısının etkisi tartışılmaz derecede önemlidir (5).

Yayına yeni başlayan dergilerin editörleri, deneyimli akademisyen ve araştırmacılar olmalıdır. Uzmanlar, bu editörlerin görev ve sorumlulukları konusunda aşağıdaki noktalarda görüş birliğine varmışlardır:

- Editörler kurulu kurmak,
- Editörler kurulu üyelerinden ilk yazıları istemek,
- Makale akışı sağlamak için bir yöntem geliştirmek,
- Hakem grubu veritabanı oluşturmak,
- Makaleleri hakeme gönderilecek ve reddedilecek olarak sınıflandırmak,
- Yeni hakemler görevlendirmek,
- Hakemlik sürecini izlemek, hakemlerin tanınan son tarihe kadar yanıt vermesini sağlamak,
- Yayımlanan materyalin niteliğini, uygun hakem değerlendirmesi, editörün kendi görüşleri ve düzeltmeleriyle güvence altına almak,
- Kötü makaleleri düzeltmek ya da yeniden yazmak için yeteneği, zamanı ve sabrı olmak,
- Gelecek birkaç yıl içinde en az haftanın

bir gününü dergi işine ayırmaya hazır olmak (6).

Editörlük zaman alıcı ve genellikle onursal bir iştir. Editörlük görevinin genel amaçları ise, tıp bilimini geliştirmek, tıbbi ve bilimsel sorunları tartıştırmak, mezuniyet sonrası eğitimi geliştirmek, etik davranışları korumak olarak sıralanabilir (7). Etik olarak, editor yayımlanacak materyalin doğru ve geçerli olduğundan sorumludur. O nedenle, editörün asıl sorumluluğu okura karşıdır. Aynı zamanda yazara karşı da, yayın seçimlerinde yansız olunacağı ve tek ölçütün bilimsellik olacağını güvence altına alma zorunluluğu vardır (8).

“Tıp Dergilerine Başvuran Makaleler için Standart Özellikler Bildirgesi” ve daha sonraki belgeler editörlüğün işlevlerini somutlaştırmıştır. Editörler, hakemleri yazarların makalelerinin gizliliği konusunda uyarmalıdır. Tüm yazarlar editörden hızlı yanıt beklerler. Ancak süreç her zaman hızlı ilerlememektedir. Örneğin, Annals'a başvuran bir makalenin yayın zamanı 6-12 aydır. Yazarların hakem değerlendirme sürecini anlaması için çaba gösterilmelidir. Bu görev de bir editor sorumluluğudur. Buna karşılık, yazarın çalışması da onun emek ürünü olarak güvence altına alınmalıdır (7).

Makale seçiminde dikkate alınması gereken kimi özellikler

Dergiler, baskı olsun, elektronik ortamda olsun, başka bir yerde tümüyle ya da kısmen yayımlanmış çalışmalara yer vermek istemezler. Basın için hazırlanan kısa raporlar bu kuralın dışındadır. Ancak bu politikalar, başka bir derginin reddettiği bir çalışmayı ya da özet ve poster olarak başka bir yerde yayımlanmış bir ürünü kabul etmelerini engelleyici değildir. Yazar makaleyi teslim ederken, o çalışmayla ilgili mükerrer sayılabilecek önceki tüm yayın ya da raporları bildirmelidir. Bu çalışmalar kaynaklar arasında yer almalı, kopyaları editöre teslim edilmelidir. Eğer daha önce yayımlandığı fark edilirse, editör harelete geçerek yazıyı reddetmeli, eğer yanlışlıkla yayımlanmışsa, yazarın onayı olsun ya da olmasın, dergide bu duruma ilişkin açıklama yapılmalıdır. Eğer bir yarar umuluyorsa, yazı aynı ya da başka dilde ikinci kez yayımlanabilir. Ancak her iki derginin editörlerinden izin alınmalı, ikinci

derginin editöründe primer versiyonun kopyası bulunmalıdır. İkinci yayının başlık sayfasında birinci kaynak belirtilerek, daha önce yayımlandığı açıklanmalıdır (9).

Çalışmalarda yer almış hastaların haklarına saygı gösterilmeli, kimlikleri açıklanmamalı, ancak hasta verileri kesinlikle değiştirilmemelidir. Aydınlatılmış onam istemi, derginin yazarlara bilgi bölümünde yer almalıdır. Aydınlatılmış onam alındıysa, yayında belirtilmelidir (9).

Basınla ilişkiler

Popüler medya, kamuoyunun ilgisi nedeniyle tıbbi araştırma sonuçlarıyla ilgilenmekte, bu konuda en kısa zamanda bilgi almaya çalışmaktadır. Editörler, düzenli olarak hakemli dergilerden kamuoyuna tıbbi bilgi verebilirler. Bu bağlamda, yazarla anlaşarak hakem değerlendirme süreci sonrasında bilgi vermeye özen göstermek gerekir. Bilgilerin basına yansımaları ile dergide yayımlanması eşzamanlı olmalıdır.

Elektronik yayıncılık, interneti de kapsamak üzere yayıncılıkla eşanlamlıdır. Yazarlar, editörler ve yayıncılar, ilgili belge ve bildirimlerle açıklanmış Uluslararası Tıp Dergi Editörleri Komitesi politikalarına uymalıdır. İnternetteki ilk konuş ve sonraki tüm güncelleme tarihleri belirtilmelidir. Editörler reklam politikaları konusunda tüm sorumluluğu almalıdır. Okurlar, reklamları editöryal materyalin farkını kolayca görebilmelidir (10, 11).

Birinci Basamak Sağlık Hizmeti İçin Süreli Tıp Yayıncılığı ve “Süreli Tıp Eğitimi Dergisi”

Birinci basamak sağlık hizmeti hekime ilk başvuru yeridir. Toplumun sağlık sorunlarının yaklaşık yüzde 80-90'lık bir bölümü, bu düzeyde çözüme ulaşabilmektedir. Birinci basamakta çalışan genel pratisyen, bireyin yalnızca hastalıkları ile değil, yaşamının her döneminde sağlığının her aşaması ile ilgili olan hekimdir. Genel pratisyen, sorumlu olduğu bireylerin sağlığını korumak ve geliştirmekle de yükümlüdür. Bu nedenle, genel pratisyenlik yaş, cins, organ, sistem, hastalık, sosyoekonomik durum ayrımı yapmaksızın,

sorumlu olduğu nüfusun her bireyini çevresiyle ve toplumuyla bütünsellik içinde ele alıp, sağlık sorunlarına çok yönlü çözüm getirmeyi amaçlayan, kapsamlı bilgi ve beceriler gerektiren tıp disiplini diye tanımlanabilir. Genel pratisyenlik, insanı tüm özellikleriyle kavrayıp sağlık sorunlarına çözüm arayan yaklaşımı nedeniyle, bir anlamda öbür tıp disiplinlerine yol gösteren temel tıp meslek alanıdır (12).

Geniş kapsamı nedeniyle, genel pratisyenlik meslek eğitiminin alanı kapsayacak ölçüde gelişmiş olması genel kabul gören yaklaşımdır. Bu özellikleri nedeniyle, genel pratisyenlik tüm gelişmiş ülkelerde tıp eğitiminden sonra belirli bir süre meslek eğitimi gerektirmektedir. Birinci basamak hekiminin mezuniyet sonrası ve sürekli eğitimi zorunludur. Konuya ilişkin uluslararası belgelerde, genel pratisyenlik uzmanlık eğitiminin vazgeçilmez koşul ve gereksinimlerinden birinin de genel pratisyenlik alanının süreli bir yayını olması yer almaktadır (13).

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi özellikleri ve editöryal yayına hazırlama süreci

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi (STED) 1992 yılı başından bu yana, genel pratisyenler ve diğer birinci basamak hekimlerinin mesleki gelişim-sürekli tıp eğitimi için yayımlanan Türk Tabipleri Birliği'nin süreli hakemli yayınıdır. Uzun süre aylık olarak çıkarılan dergi son iki yıldır iki ayda bir yayımlanabilmektedir. Okurlara yönelik olarak planlanan 2001-2002 yıllarına ilişkin bir çalışmada, STED okurlarının % 75 oranında pratisyen hekim oldukları ve büyük ölçüde derginin içeriğinden hoşnutluk belirttikleri anlaşılmıştır (14).

Derginin, editörler kurulu işlevi gören, editörler de içinde 15 kişilik bir Yayın Kurulu, hakem olarak görev yapan değişik tıp alanı uzmanlarından oluşan bir Bilimsel Danışma Kurulu bulunmaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetinin geniş kapsamı nedeniyle, hakemlerin geniş bir yelpazede uzmanlık alanını kapsamalarına özen gösterilmekte, ayrıca araştırma değerlendirmeleri akademisyen halk sağlığı uzmanlarına da gönderilmektedir. Meslek alanının özelliği ve uluslararası ölçütler uyarınca, hakemler arasında yeterli sayıda

günlük pratik içinde etkin görevlerde çalışan pratisyen hekimler de bulunmaktadır.

STED'de yayımlanacak makalelerde aranan özellikler arasında, birinci basamak sağlık hizmeti alanında çalışan hekimlerin sürekli eğitimine katkıda bulunarak, hizmeti daha etkin ve verimli yürütmelerine temel oluşturmak başta gelen amaçlardandır. Bu nedenle, özellikle araştırmaların birinci basamakta ve/ ya da birinci basamak personeli tarafında yapılmış olması öncelik nedeni olarak belirlenmiştir. Böylece birinci basamak sağlık hizmetinin toplum yararına örgütlenmesine dayanak olacak araştırmaların özendirilmesi de hedeflenmektedir.

STED'e gelen yazılar, öncelikle iki editör tarafından belirtilen genel amaçlar ve diğer bilimsel ölçütlere uygunluk yönünden değerlendirildikten sonra, olumlu bulunursa en az iki Yayın Kurulu üyesine gönderilmektedir. En az iki Yayın Kurulu üyesinin yayımlanabilir yönünde görüş belirttiği çalışmalar, editörler tarafından seçilen konuyla ilgili hakemlere iletilmektedir. Bu aşamada da olumlu görüş alan yazılar, editör tarafından son düzeltmeye alınmaktadır. Bu aşamada yazım eksiklik ve yanlışlıklarını da içermek üzere, gerekli düzeltmelerle yazı yayımlanacak son biçimine getirilmektedir.

Kabul edilmeyen yazılar

Editör, Yayın Kurulu üyeleri ya da hakemlerin yayımlanmasını uygun görmediği makaleler, yazara geri gönderilmektedir. STED'in reddedilen makale oranı son dört yıl ortalaması (2007-2010) %9'dur (Tablo1). Önemli bilim dergilerinde kabul oranının

Tablo 1. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi'nde yıllara göre reddedilen yazıların durumu

Yıllar	Red		Toplam
	Sayı	Yüzde*	
2007	6	10	62
2008	5	11	46
2009	3	7	41
2010	2	7	28
Toplam	16	9	177

* Yüzdeler satır yüzdesi

%25'in altında olduğu bildirilmektedir. Ayrıca, yayımlanan makalelerin çoğunun da, daha önce bir ya da birkaç kez reddedilmiş çalışmalar olduğuna vurgu yapılmaktadır. Bir araştırmada, yayımlanmış yazılarda daha önce en az bir kez reddedilme oranının %62 olduğu saptanmıştır (15). Bu verilere göre, dergimizde kabul oranı oldukça yüksektir.

STED'le ilgili verilerin değerlendirmesi STED 20 yıldır birinci basamak sağlık hizmetine yönelik yayını sürdürülen ve editörlük anlamında bilimsel normlara uymaya çalışılan bir yayındır. Bu süre içinde sponsorluk katkısı sonucu hekimlere ücretsiz ulaştırılmış ve özellikle birinci basamakta çalışan hekim ve diğer sağlık personelinden olumlu

geribildirimler alınmıştır. 2005-2007 yılları arasında Türk Tıp Dizini'nde de yer almasına karşılık, birinci basamak düzeyinde araştırma çalışmalarının nicelik ve nitelik olarak yetersizliği nedeniyle bu özelliği sürdürülemediği. STED'in Türk Tıp Dizini'nde yer almasının dergiye gönderilen çalışmalar açısından niteliksel katkıları olmuş, özellikle araştırma sayılarında önemli artışlar saptanmıştır (Tablo 2). Tıp Dizini'nde yer almadan öncesi ve sonrası, araştırma sayı ve oranları açısından karşılaştırıldığında, sonrası dönemde araştırma sayı ve oranları daha yüksek bulunmuştur (Tablo 3). Bu bulgular, STED'in saptanmış amaçlarına ulaşma yolunda olduğunun göstergeleridir.

Tablo 2. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi makale türlerinin yıllara göre dağılımı (2002-2011)

Yıl	Araştırma		Derleme		Toplam
	Sayı	Yüzde*	Sayı	Yüzde*	Sayı
2011 (8 ay)	16	61.5	10	38.5	26
2010	25	48.1	27	51.9	52
2009	13	54.2	11	45.8	24
2008	16	61.5	10	38.5	26
2007	21	55.3	17	44.7	38
2006	24	61.5	15	38.5	39
2005	34	63.0	20	37.0	54
2004	22	30.0	51	70.0	73
2003	12	15,6	65	84.4	77
2002	12	17,4	57	82.6	69

*Yüzdeler satır yüzdesi

Tablo 3. STED'de Türk Tıp Dizini'ne girişten önceki ve sonraki araştırma sayıları

Dönem	Araştırma	Derleme	Toplam
2002-2004 (önce)	46	173	219
2005-2010 (sonra)	133	100	233
Toplam	179	273	452

Birinci basamakta bilimsel çalışma ve araştırmaların hem nicelik, hem de niteliksel açıdan istenen ve beklenen düzeyde olmamasının, bu yazının sınırlarını aşan çok çeşitli nedenleri, boyutları vardır ve ayrı bir tartışma konusudur. Konunun bu

değerlendirmeyi ilgilendiren yönü, STED'in yayın politikası, editöryal işleyiş ve teknik altyapısının güncel gelişmelere uygun düzeye ulaştırılmasına karşın, dergiye gönderilen çalışmaların sınırlılığının, bilimsel düzeyini etkilemesidir. Bu durum, birinci basamak sağlık hizmetinin değersizleştirilmesi ve ticarileştirmesinin akademik düzeydeki yansımaları olarak, ele alınması ve çözüm aranması gereken bir sorun olarak önemüzdür.

İletişim: Dr. Özen Aşut
E-posta: ozenasut@gmail.com

Kaynaklar

1. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals. Updated May 2000.
www.onlineethics.org/Resources/TeachingTools/20357/19237/resethpages/icmje.aspx,
2. Vancouver Group Statement. JAMA, Vol 260 No 17, 1988.
3. Journal of Medical Internet Research.
[http://www.jmir.org/cms/view/membership_specials:responsibilities_of_the_editor\(s\)](http://www.jmir.org/cms/view/membership_specials:responsibilities_of_the_editor(s))
4. Kutsal YG. Editör Sorumluluğu. İçinde: Sağlık bilimlerinde süreli yayıncılık 2004. Ed: Yılmaz O. Ankara:Tübitak Matbaası; 2004. s. 135-42.
5. Lee ST. Editorial- Responsibilities of an Editor
www.annals.edu.sg/pdf_mar99/edit282.pdf (March 1999, Vol. 28 No. 2)
6. Responsibilities of the editor (s).
[www.jmir.org/cms/view/membership_specials:responsibilities_of_the_editor\(s\)](http://www.jmir.org/cms/view/membership_specials:responsibilities_of_the_editor(s))
7. www.annals.edu.sg/pdf_mar99/edit282.pdf
8. Cowell HR. Ethical responsibilities of editors, reviewers, and authors.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/109869799.
www.onlineethics.org/Resources/TeachingTools/20357/19237/resethpages/icmje.aspx
10. Authors, writers, and editors. Occupational Outlook Handbook, 2010-11 Edition
<http://www.bls.gov/oco/ocos320.htm>
11. www.onlineethics.org/Resources/TeachingTools/20357/19237/resethpages/icmje.aspx,
12. Aşut Ö, Demirdizen H. Pratisyen hekimlik eğitiminde özgün bir model: TTB Genel Pratisyenlik Enstitüsü. GenelPratisyenlik Mesleki Eğitimi Temel Modüller Eğitim Programı. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 2003. s. 7-27.
13. Aşut Ö. Genel pratisyenlik meslek eğitimi. İçinde: Aşut Ö. Sağlıkta 30 yıl. Ankara: Türk Tabipleri Birliği; 2007. s. 326-8.
14. Özen M, Odabaşı O, Yalçın S. STED okurlarının özellikleri ve beklentileri. Sözel bildiri. Ankara, 2002.
15. Uluoğlu C. Makalelerin reddedilme nedenleri ve reddedilen makalenin geleceği. İçinde: Yılmaz O, ed. Sağlık bilimlerinde süreli yayıncılık 2010. Ankara: TÜBİTAK; 2010.



2002 Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi Yayın Kurulu Ailesi

Çocuk Sağlığı İzlemlerinin Beş Yaş Altı Çocuk Ölümlerine Etkisi

The Influence of Child Care Follow-Up to the Mortality of Under 5-Year Children

Derleme



Review Article

Dr. Nilgün Çöl Araz*, Dr. Ercan Sivaslı**

Geliş Tarihi : 18.06.2012

Kabul Tarihi : 15.07.2012

Öz

Ana ve çocuk sağlığının önemli bir göstergesi olan bebek ölüm hızı, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 sonuçlarına göre ‰17 olarak bildirilmektedir. Postneonatal mortaliteyi azaltmak için Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) binyıl hedefleri aşılama, ishale seyreden hastalıkların kontrolü ve akut solunum yolu enfeksiyonlarının tedavisi olarak belirlenmiştir. Bunları sağlayabilmek için DSÖ ve UNICEF tarafından 1995 yılında "Çocuk Hastalıklarına Bütüncül Yaklaşım" programı başlatılmıştır. Çocuk hastalıklarına bütüncül yaklaşımda ana strateji, sağlık kurumlarında çocuk sağlığı izlemine dayanmaktadır. Çocuk sağlığı izleminin ilkeleri; riskli durumları belirleyerek uygun yaklaşımlarda bulunmak, aşılama programlarının uygulanması ve hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile sağlıklı beslenme ve büyüme-gelişmeyi sağlamak olarak özetlenmektedir. Yalnızca anne sütü ile beslenmenin artırılması için yapılan girişimlerin, gelişmekte olan ülkelerde tüm beş yaş altı ölümleri %13 azalttığı tahmin edilmektedir. "Emzirme Danışmanlığı" programı sayesinde anne sütüne başlama sıklığının arttığı ve emzirme süresinin uzadığı gösterilmiştir. Anne sütü ile beslenme bebeklerde solunum sistemi enfeksiyonu ve ishale bağıli hastane yatışlarını azaltmaktadır. Ayrıca, aşılama ve yeterli beslenmenin sağlanması gibi uygulamaların pnömonileri önleyebileceği bildirilmektedir.

DSÖ, beş yaş altı çocuklarda toplam mortaliteyi %24, pnömoniye bağıli mortaliteyi %36 azaltmak için üç stratejinin kombinasyonunu öngörmektedir: Birinci basamak sağlık hizmetine erişimin kolaylaştırılması ve birinci basamakta bakım kalitesinin artırılması, özel sağlık hizmetlerinde bakım kalitesinin yükseltilmesi ve ayrıca sağlık çalışanları aracılığıyla daha çok sağlık bakımını sağlanması. Sonuç olarak, önlenebilir bebek ölümlerinin azaltılması için koruyucu sağlık hizmetleri ve bebek izlemleri kapsamlı ve ulaşılabilir olmalıdır.

Anahtar sözcükler: Sağlam çocuk, Bebek ölümü, Beş yaş altı ölüm, İzlem

Abstract

The infant mortality rate is an important indicator of maternal/child health and it has been reported as 17 ‰ according to the National Population and Health Survey 2008 of Turkey. The millennium goals of the World Health Organization (WHO) to reduce post-neonatal mortality are determined as immunization, control of diarrheal diseases and treatment of acute respiratory infections. In order to reach these goals, "holistic approach of children's diseases" program was initiated by WHO and UNICEF in 1995. The main strategy of "integrative approach of children diseases" is based on healthy child follow-up visits. The principles of follow-up visits were determined as identifying risky situations taking the appropriate approaches, ensuring the a implementation of vaccination programs, early diagnosis and treatment of diseases, healthy nutrition and development / growth. Interventions to promote breastfeeding have been estimated to have the potential to prevent 13 % of all under-5 year deaths in developing countries. It has been demonstrated that "Breastfeeding Counselling" Programs increased the frequency of breast feeding and prolonged the duration. Breastfeeding has a protective effect for hospitalization due to respiratory tract infections and diarrhea. Also, interventions such as immunizing children and ensuring adequate nutrition may prevent pneumonia. The WHO recommends a combination of three strategies which can lead to a reduction of 24 % in total mortality and 36 % in pneumonia mortality in children under five years old: Improving quality of care and accessibility at primary health care facilities, improving quality of care in the private sector and increasing access to care through the work of community health workers. In conclusion, to reduce preventable infant and child deaths, preventive health services and healthy child follow-up visits should be comprehensive and accessible.

Key words: Healthy -child, Infant mortality, Under five-year mortality, Follow up

*Yrd. Doç, Gaziantep Ü. Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hast. AD, Sosyal Pediatri BD, Gaziantep

**Doç, Gaziantep Ü. Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hast AD, Neonatoloji BD, Gaziantep

Koruyucu hekimlik çalışmalarının yeterliliğinin bir göstergesi olan bebek ve çocuk ölüm düzeyleri, bir ülkenin sosyoekonomik durumunu ve sağlık hizmetlerinin niteliğini gösteren kalkınma ölçütleri olarak kabul edilmektedir (1, 2). Belli bir zaman diliminde bin canlı doğumdan kaçının bir yaşına gelmeden öldüğünü tanımlayan bebek ölüm hızı, ana-çocuk sağlığının durumunun önemli ölçütlerinden biridir (1, 3). Türkiye’de bebek ölüm hızı Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008 sonuçlarına göre %17, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre 2010 yılında %10.1 olarak bildirilmektedir (1, 4). Bebek ölüm hızının azaltılabilmesi için bebek ve çocuk ölüm nedenlerinin doğru olarak belirlenmesi gereklidir. Türkiye’de 5 yaş altı ölüm nedenleri Tablo 1’de özetlenmiştir (4).

Tablo 1. Türkiye bebek ölüm nedenleri (Türkiye İstatistik Kurumu, 2010)

Nedenler	%
Perinatal nedenler	22.7
Kalp hastalıkları	19.4
Meningokok enfeksiyonları	10.2
Doğuştan gelme anomaliler	8.2
Doğum travması, güç doğum, diğer anoksi ve hipoksi durumları	3.1
Pnömoni	2.7
Diğer hastalıklar ve kazalar	34.2

Birleşmiş Milletler binyıl kalkınma hedeflerinin önemli amaçlarından birisi bebek ve çocuk ölümlerinin 2015 yılına kadar üçte iki oranında azaltılmasıdır (1, 2, 5). Birleşmiş Milletler Çocuk Fonu tarafından hazırlanan bir raporda, Türkiye binyıl kalkınma hedeflerine zamanından önce ulaşan ve bu hedefi geçen az sayıdaki ülke arasında gösterilmektedir (6, 7). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre tüm dünyada bebek ölüm hızı %42 olarak bildirilmektedir (8). Ülkemizde %17 olan bebek ölüm hızı, DSÖ sınıflamasına göre orta-üst gelir grubundaki ülkelere benzemektedir. Üst gelir grubundaki ülkelerde ise bebek ölüm hızı %6’ya kadar düşmüştür (8). Bebek ölüm hızlarının üst gelir grubundaki ülkelerin düzeyine çekilebilmesi temel olarak yenidoğan ölümlerinin azaltılması ile olanaklıdır.

Çoğunlukla gebelik ve doğumla ilgili etmenlerden etkilenen, 28. gebelik

haftasından sonra ve doğumdan sonraki ilk bir hafta içinde gerçekleşen yenidoğan ölümlerinin önlenmesi zor ve gelişmiş teknolojik gereçlere bağımlıdır (2). Yenidoğan sonrası dönemdeki ölümler ise çevresel/sosyoekonomik faktörlerden daha çok etkilenmektedir. Beş yaş öncesi ölümler yoksulluk, beslenme yetersizliği, aşı oranlarının düşük olması, enfeksiyon hastalıkları, sağlıksız çevre koşulları ve sağlık hizmetlerine ulaşamama gibi düşük bütçeli tıbbi yatırımlarla önlenemez nedenlerle gerçekleşmektedir (2, 9).

Yenidoğan sonrası dönemdeki ölümleri azaltmak için DSÖ’nün binyıl hedefleri aşılama, ishale seyreden hastalıkların kontrolü ve akut solunum yolu enfeksiyonlarının tedavisi olarak belirlenmiştir (10). Bunları sağlayabilmek için DSÖ ve UNICEF tarafından 1995 yılında başta solunum yolu hastalıkları, bulaşıcı hastalıklar, ishalleri hastalıklarla savaşım olmak üzere, büyümenin geliştirilmesi, aşılama, anne sütünün desteklenmesi ve yeterli beslenmenin sağlanması gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin verilmesini sağlamak amacıyla “Çocuk Hastalıklarına Bütüncül Yaklaşım” programı başlatılmıştır (9).

Çocuk hastalıklarına bütüncül yaklaşımda ana strateji sağlık kurumlarında çocuk sağlığı izlemine dayanmaktadır. Çocuk sağlığı izleminin ilkeleri riskli durumları belirleyerek uygun yaklaşımlarda bulunmak, aşılama programının uygulanmasını sağlamak, taramalar ve fizik muayene ile, hastalıkların erken tanı ve tedavisi ile sağlıklı beslenme ve büyüme gelişmeyi sağlamak, çocukların sağlıklı yetişmesi konusunda aileye danışmanlık yapmak olarak özetlenmektedir (11). Ülkemizde de konu ile ilgili olarak T.C.Sağlık Bakanlığı’nın bebek ve çocuk izlem protokolleri bulunmaktadır (12).

Çocuk sağlığı izlemine görüşme ve öykü alma ile başlanmalı, çocuğun, anne, baba ve çevre ile ilişkileri, ayrıca çocuk ihmali ya da istismarına işaret eden bulgular (bakımsız bebek, ilgisiz anne, annenin ya da bakıcının bebeğe sert tavırları vb) gözlenmelidir. DSÖ yaşamın ilk üç yılı daha anlamlı olmak üzere, beş yaş öncesi her çocuğun büyümesinin izlenmesi gerektiğini bildirmektedir. Yakınması olup olmadığına bakılmaksızın her çocuğa, her ziyarette tam bir fizik muayene yapılması



önerilmektedir. Çocuk Sağlığı izleminde her kontrolde boy, ağırlık ve baş çevresi ölçülerek, bu veriler DSÖ'nün önerdiği ölçütler kullanılarak değerlendirilmelidir. Akut ve kronik yetersiz beslenmeyi değerlendiren yaşa-göre-ağırlık endeksi genel olarak beslenme durumunun uzun süreli değerlendirmesini yapmak için kullanılmaktadır. Yetersiz beslenmenin uzun dönemdeki etkilerinin iyi bir göstergesi olan yaşa-göre-boy endeksi, tekrarlayan enfeksiyonlar ve kronik hastalıklardan etkilenmektedir ve verilerin toplandığı mevsime göre önemli değişiklikler göstermez. Akut olarak yetersiz beslenmiş çocukları gösteren ve vücut ağırlığını, vücut uzunluğuna göre değerlendiren boya-göre-ağırlık endeksi yakını geçmişte geçirilen bir enfeksiyon hastalığı, özellikle ishal ya da gıda arzındaki mevsimsel farklılıkların sonucudur (1).

Kısaca bu ölçütler yetersiz ya da dengesiz beslenme alışkanlıklarını ve/ya da tekrarlayan ve kronik enfeksiyonların varlığını göstermektedir. Çocuk sağlığı izleminde

büyümedeki bir duraklamanın erken dönemde saptanması, nedene yönelik araştırmaların yapılarak önlem alınması ve tedavi yapılmasını sağlamaktadır.

Bebeklerin emzirilmesi çocukların sağlıklı büyümesine katkıda bulunan en önemli unsurlardan biridir. Oysa ki TNSA-2008'e göre, yaşamın ilk iki ayında yalnızca anne sütü ile beslenen bebek oranı % 69 iken, 2-3 aylık bebeklerde bu oran % 42'ye düşmekte, çocuklar 12-15 aylık olduğunda ise % 33'ü artık emzirmemektedir. Ortanca emzirme süresi 16 ay olarak bildirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF 2002 yılından beri bebeklerin ilk altı ay yalnızca anne sütüyle beslenmesini, yedinci aydan başlayarak ek gıdalara başlanmasını ve anne sütü ile beslenmenin en az iki yaşına kadar sürdürülmesini önermektedir (13, 14). Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF anne sütünün özellikleri konusunda farkındalığı artırmak, annelerin bebeklerini kendi sütüyle beslemesini özendirme ve anne sütü ile beslenme sırasında ortaya çıkabilecek sorunların çözümlerini sunabilmek amacıyla "Emzirme Danışmanlığı" programını oluşturmuştur. Bu programın uygulanmasının anne sütüne başlama sıklığını artırdığı ve emzirme süresini uzattığı gösterilmiştir (9). Ülkemizde de TC. Sağlık Bakanlığı'nın bebek ve çocuk izlem protokollerinde yenidoğan bebeğin mümkün olan en kısa sürede anne sütü alması için anneye tenel teması ve emzirilmesinin sağlanması önerilmektedir (12). Yalnızca anne sütü ile beslenmenin artırılması için yapılan girişimlerin, gelişmekte olan ülkelerde tüm beş yaş altı ölümleri % 13 azalttığı tahmin edilmektedir (15).

Anne sütü ile beslenen bebeklerde solunum sistemi enfeksiyonu sıklığı ve hastaneye yatış sayısının daha az olduğu ve enfeksiyonların daha hafif geçirildiği gösterilmiştir (16). Ayrıca ilk altı ay yalnızca anne sütü ile beslenmenin diyare sıklığını, bu nedenle hastaneye yatışları ve diyareye bağlı ölümleri azalttığı da bilinmektedir (17). Bunlara ek olarak, anne sütü ile beslenmenin "Ani Bebek Ölümü Sendromu" riskini belirgin olarak azalttığı, anne sütü ile beslenme ne kadar uzun sürdürülürse bu etkinin de o oranda arttığı saptanmıştır (18).

Annenin bebeği biberonla beslemeye başlamasının ya da emzirmeyi kesmesinin en

sık nedenlerinden biri sütünün yetmediği düşüncesidir. Burada önemli olan nokta bebeğin yeterli süt alıp almadığıdır. Bir bebeğin yeterli süt alıp almadığı günlük ağırlık artımı ve idrar sıklığı ile belirlenebilir. İyi beslenen bir bebeğin ilk üç ayda günde 30 gr. alması, ilk altı aylık dönemde ise ayda ortalama 500 gr. ağırlık artırmayı beklenir. Yalnızca anne sütü ile beslenen ve yeterli süt alan bir bebek günde en az altı kez idrar yapar. Eğer bebek beklenenden daha az kilo almışsa ve idrar çıkışı da yetersizse, iyi beslenemediği ya da kilo alımına engel bir sorunu olduğu düşünülmelidir (9, 19).

Çocuk sağlığı izleminde beslenme öyküsü her kontrolde alınarak, emzirmenin önemi, emzirme tekniği, sıklığı, süresi gibi konularda "Emzirme Danışmanlığı" verilerek emzirmenin sürdürülmesi sağlanmaya çalışılmalıdır (20).

Aşılama çocuk hastalıkları ve ölümlerinin önlenmesinde en maliyet etkili programlardan biridir. Ulusal aşı programımızın temel amacı hepatit B, tüberküloz, difteri, boğmaca, tetanoz, çocuk felci, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, ve hemophilus influenza tip B'ye bağlı hastalıklarla invazif pnömokokkal hastalıkları kontrol altına almak, bu hastalıkların olgu ve ölüm hızlarını azaltmak, hatta bazılarının (örneğin: çocuk felci) ülkemizde hiç görülmemesini sağlamaktır. TNSA-2008'e göre (15-26 aylık çocuklarda) tam aşılanma oranı % 81 olup kentsel alanda (%80; kırsal alanda %67), kızlarda (%79; erkek: %75) ve ilk çocuklarda (% 81; 6. ve sonrası: %55) daha yüksektir. Fakat halen çocukların % 1.6'sı hiç aşılanmamaktadır. Oysa bilinmektedir ki aşı ile korunabilir hastalıklarda başarıya ulaşılabilmesi için tüm sosyoekonomik gruplar arasında aşılama oranlarının yüksek olması gerekir, çünkü hiçbir aşı % 100 koruma sağlamaz (1, 9).

Ulusal aşı programının yukarıda tanımlanan amaç ve hedeflere ulaşabilmesi için pediatrik uygulamalarda bazı kurallara uyulması çok önemlidir. Sağlık kuruluşuna herhangi bir nedenle başvuran her çocuğun aşılama durumu kontrol edilerek eksik aşılar saptanmalı ve yaşlarına uygun şemalarla aşılanmalıdır. Aşı uygulamaları sırasında o aşı için kontrendikasyon oluşturabilecek durumlar değerlendirilmeli, yanlış kontrendikasyonların aşılamada çok önemli fırsatların kaçmasına

neden olduğu akılda tutulmalıdır. Aileler uygulanan aşı, aşının gerekliliği ve olası yan etkiler konusunda bilgilendirilmelidir. Yapılan tüm aşılar kayıt altına alınmalıdır. Çocuk sağlığı izleminde her kontrolde ailelere aşıların çocuk sağlığı açısından önemi anlatılmakta; aşı takvimi, aşılar, yan etkilerle bir sonraki aşı için ne zaman gelecekları hakkında bilgi verilerek, eksik aşılar varsa tamamlanmakta ve ulusal aşı programının amaçlanan hedeflere ulaşması için çaba gösterilmektedir.

Bebek ölüm riski doğum sırasıyla orantılı olarak artmakta, özellikle dört doğumdan sonra ikiye katlanmaktadır. Önceki doğum aralığı ile ölüm hızları arasında negatif bir ilişki bulunmaktadır. Yetersiz beslenme ile çocuğun doğum sırası ve doğumlar arasındaki süre arasında bir ilişki olduğu da bilinmektedir ve bütün bunlar aile planlamasının önemine dikkat çekmektedir (1). Emzirme, annenin gebe kalma olasılığını azaltan bir etmen olarak doğum sonrası geçici kısırılık süresini uzatmaktadır. Emzirme ayrıca amenore ile gebelikten korunmaya da katkıda bulunmaktadır. Emzirme sırasında yükselen prolaktin düzeyi hem overler, hem de hipotalamus üzerine etki ederek over fonksiyonlarını inhibe etmekte, ovulasyonu önlemektedir. Emzirmenin etkin bir aile planlaması yöntemi olarak kullanılabilmesi için bazı koşulların bir arada olması gerekmektedir. Bebeğin altı aylıktan küçük olması, annenin amenoreik durumda olması, bebeğin etkin ve sık emzirilmesi, herhangi bir ek besin almaması durumunda bu koruyuculuk % 98 düzeyine erişmektedir. Ancak, bu koşullardan birinin yokluğunda koruyuculuk ortadan kalkmaktadır (20).

Önlenebilir bebek ölümlerinin azaltılması için, aileye eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gerekmektedir. Annenin eğitim düzeyi ile çocuğun ölüm riski arasında negatif bir ilişki bulunduğu bilinmektedir. Bu durum, eğitimle birlikte annenin beslenme, doğum öncesi bakım, çocuk hastalıkları, aşılanma ve tedavi konularında daha çok bilgi sahibi olması ile ilişkili görünmektedir (1). TC. Sağlık Bakanlığı, çocuk sağlığı izlemi sürecinde her yaşa uygun hastalık bulguları (ateş, iyi emmeme, kusma, ishal, sarılık, uykuya eğilim vb) ve bu durumlarda ne yapılacağına yenidoğan döneminde bebek ve anne



kurumdan ayrılmadan önce, aileye anlatılmasını önermektedir (12). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, pnömoni ve ishal halen önde gelen bebek ölüm nedenleri arasında yer almaktadır. Aşılama (kızamık, pnömokok, Hib), yeterli beslenmenin sağlanması (anne sütü ile beslenmenin artırılması, A vitamini takviyesi ve çinko alımı) ve hava kirliliğinin azaltılmasının pnömonilerin önlenmesini sağlayacağı bildirilmektedir (21). Dünya Sağlık Örgütü tarafından birinci basamağa erişimin kolaylaştırılması ve buradaki/özel sektördeki hizmet kalitesinin artırılması ile toplumda sağlık çalışanlarının rolünün etkinleştirilmesinin, beş yaş altı pnömoni ölümlerini %36, toplam ölümleri ise %24 azaltacağı bildirilmektedir (22). Bebeklere erken yaşta ek gıdaların verilmeye başlanması ve biberon kullanımı sindirim sistemi enfeksiyonu riskini yükseltmektedir. Ağır ishali neden olduğu dehidratasyon, çocuk ölümlerinin önemli nedenlerindedir. Türkiye’de dehidratasyonu önleyerek çocuk ölümlerini azaltma amacı ile 1986 yılından başlayarak “İshalli Hastalıkların Kontrolü Ulusal Programı” yürütülmeye başlanmıştır. Bu amaçla ağızdan sıvı tedavisi (AST) eğitimi aktif olarak yürütülmektedir. İshalli çocuklar için en uygun beslenme, katı gıda miktarının öncesi ile aynı tutulması ve sıvı miktarının artırılmasıdır (12). Oysa ülkemizde annelerin yalnızca %63’ünün 5 yaş altı ishelli çocuğuna verdiği sıvı miktarını artırdığı ya da AST paketlerini kullandığı bilinmektedir (1). Bu da rutin çocuk sağlığı izleminde ailelere ishelli hastalıklar ve tedavisi ile ilgili bilgi verilmesinin önemine dikkat çekmektedir.

Sonuç olarak, ülkemizde %17 olan bebek ölüm hızı, DSÖ sınıflamasına göre orta-üst gelir grubundaki ülkelere benzemektedir. Üst gelir grubundaki ülkelere ise bebek ölüm hızının %6’ya kadar düştüğü bilinmektedir. Bebek ve çocuk ölümleri ve nedenlerinin bilinmesi sağlık hizmetlerinin planlanmasında oldukça önemlidir. Bu ölümler ülkenin ya da bölgenin sağlık durumu hakkında ipucu veren önemli göstergelerdir. Beş yaş öncesi ölümler yoksulluk, beslenme yetersizliği, aşı oranlarının düşük olması, enfeksiyon hastalıkları, sağlıksız çevre koşulları ve sağlık hizmetlerine ulaşamama gibi düşük bütçeli tıbbi yatırımlarla önlenemez nedenlerle gerçekleşmektedir. Önlenebilir bebek ölümlerindeki artış, birinci basamak sağlık hizmetlerinin gözden geçirilmesi, prenatal, natal ve postnatal sağlık hizmetlerinin sayısı ve kalitesinin değerlendirilmesi için uyarıcı niteliktedir. Önlenebilir bebek ölümlerinin azaltılması için koruyucu sağlık hizmetlerinin ve bebek izlemlerinin gözden geçirilmesi, gerektiğinde aileye eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi gerekmektedir.

İletişim: Dr. Nilgün Çöl Araz

E-posta: naraz@gantep.edu.tr

Kaynaklar

1. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye. Hacettepe Üniversitesi Hastaneleri Basımevi. Yayın no: NEE-HÜ.09.011ISBN 978-975-491-274-6. 2009; 134: 144-213.
2. Koç İ, Eryurt MA. Türkiye’de 5 yaş altında gerçekleşen ölümlerin zamanlamasının ve sayısal büyüklüğünün değişimi: 1978-2008. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2011; 54: 39-44.
3. Şevket O, Karabulut A, Köseli O, Karahan T, Utku Y, Şevket A. Denizli ili bebek ölümleri: ardışık dört yılın değerlendirilmesi. Pam Tıp Derg. 2010; 3(2): 64-8.
4. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010. Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Ankara 2011. Yayın no: HMM-2011-29, 832, ISBN 978-975-590-366-8. Bölüm 3: 9-19.
5. Adam T, Lim SS, Mehta S, Bhutta ZA, Fogstad H, Mathai M, et al. Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in

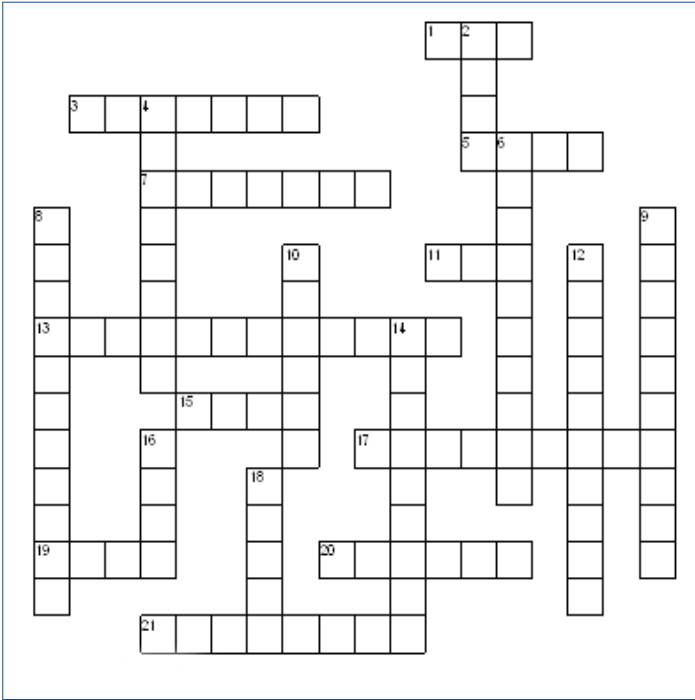
- developing countries. *BMJ* 2005; 331(7525): 1107.
6. UNICEF, *The State of World's Children 2009: Maternal and Newborn Health*, UNICEF, New York, 2009.
7. Koç İ, Eryurt MA, Adalı T, Seçkiner P. Türkiye'nin demografik dönüşümü: Doğurganlık, Aile Planlaması, Anne-Çocuk Sağlığı ve beş yaş altı ölümlerdeki değişimler: 1968-2008. Ankara, 2010, ISBN 978-975-491-285-2.
8. World Health Organization. *World Health Statistics 2010*, France. [ISBN 978 92 4 156398 7]
9. Gökçay G. Sosyal Pediatri. In: Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A ed. *Temel Pediatri*. 1. baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi; 2010. s. 91-181.
10. *The World Health Report 2010: Levels & trends in child mortality*. Geneva: WHO Press. 2010.
11. Evliyaoğlu N. Sağlam çocuk izlemi. *Türk Ped Arş* 2007; 42(özel sayı 1): 6-10.
12. TC. Sağlık Bakanlığı bebek ve çocuk izlem protokolleri. http://www.ism.gov.tr/indir/acsap/bebek_cocuk_izlem_protokolleri.pdf;
13. Yu-hua G, Cheng-Ye J, Xiu-xia Z, Jin-ping S, Rui H. Correlation of 4-month infant feeding modes with their growth and iron status in Beijing. *Chin Med J* 2008; 121(5): 392-8.
14. American Academy of Pediatrics. Work group on breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997; 100(6): 1035-9.
15. Bhandari N, Kabir AK, Salam MA. Mainstreaming nutrition into maternal and child health programmes: scaling up of exclusive breastfeeding. *Matern Child Nutr.* 2008; 4(l):5-23.
16. Paricio Talayero JM, Lizán-García M, Otero Puime A, Benlloch Muncharaz MJ, Beseler Soto B, Sánchez-Palomares M, et al. Full breastfeeding and hospitalization as a result of infections in the first year of life. *Pediatrics*. 2006; 118(1): e92-9.
17. Lamberti LM, Fischer Walker CL, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhea morbidity and mortality. *BMC Public Health*. 2011; 11(3): S15.
18. Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennermann MV. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* 2011; 128(1): 103-10.
19. Ercan O. Büyümenin izlenmesi. In: Sever L, Gür E ed. *Sağlam çocuk izlemi*. İstanbul: 2003. s. 21-6.
20. Gür E. Doğal beslenme. In: Sever L, Gür E ed. *Sağlam çocuk izlemi*. İstanbul: 2003. s. 73-8.
21. Huo K, Zhao Y, Feng H, Yao M, Savman K, Wang X, et al. Mortality rates of children aged under five in Henan province, China, 2004-2008. *Pediatr Perinat Epidemiol* 2010; 24(4): 343-8.
22. Shrestha BP, Bhandari B, Manandhar DS, Osrin D, Costello A, Saville N. Community interventions to reduce child mortality in Dhanusha, Nepal: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials* 2011; 3(12): 136-50.



Fotoğraf: Dr. Tuğrul Tunca/Adana



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 "**2011 Seçimlerine Giderken Türkiye'de Sağlık**" adlı kitabını armağan ediyoruz. Bulmacanın doğru yanıtlarını **Mayıs-Haziran 2012** sayımızda yayımlayacağız.



- 1- Dünya Sağlık Örgütü.
- 2- İstatistik paket programlarından biri.
- 3- Yenidoğan sonrası dönemdeki ölümleri azaltmak için DSÖ'nün binyıl hedefleri arasında ishalle seyreden hastalıkların kontrolü ve akut solunum yolu enfeksiyonlarının tedavisi ile birlikte tanımlanan sağlık hizmeti.
- 4- Hastalıkları hakkında bilgi arayışında olan hastaların başvuru ortamlarından biri.

- 5- Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.
- 6- Ulusal aşı programında bulunan aşılarından biri.
- 7- Sosyal ağ sitelerinden biri.
- 8- En az bir yıl korunmasız cinsel ilişki olmasına karşın, gebeliğin gerçekleşmemesi.
- 9- Ülkemizde H1N1 pandemisine halkın verdiği isim.
- 10- Ülkemizde ve dünyada tüm ölümlerin ikinci en sık nedeni.
- 11- Devlet İstatistik Enstitüsü.
- 12- Çocuk sağlığı izleminde her kontrolde ölçülmesi istenen ölçülerden biri.
- 13- Diyabetli kadınlarda kullanılabilecek bariyer yöntemlerden biri.
- 14- Diyabette yanlış kontraseptif yöntemin neden olduğu komplikasyonlardan biri.
- 15- Dünya Tıp Editörleri Birliği.
- 16- Depo provera.
- 17- Bir grup tıp dergileri editörünün 1978 yılında toplandığı yer.
- 18- Tıp Dergi Editörleri Uluslararası Komitesi.
- 19- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması.
- 20- Yaşlıların, özel kurumlarda, resmi kurumlarda ve aileleri ile ev ortamında kalmaları dışında yaşama biçimleri.
- 21- Kullanımında logaritmik bir artış olan sosyal paylaşım sitelerinden biri.