



Kronik Solunum Sistemi Hastalığı Olan Hastaların Hastalıkları
İle Baş Etme Yöntemleri ve Sağlık Eğitimi Gereksinimleri 122

Çanakkale'deki Hekimlerin Nükleer Tıp Konusundaki Bilgi ve
Görüşlerinin Değerlendirmesi 130

Erken Doğum Sonrası Dönemdeki Loğusaların Anne - Bebek
Bağlanmasına İlişkin Görüşleri 138

Selçuklularda Şifahaneler ve Gevher Nesibe Tıp Merkezi 144

Ulusal Ebelik Kodları ve Meslek Değerleri 148

Şişmanlık, Fazla Kiloluluk ve Çevre 155



Yayın Yönetmenleri

Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yardımcı Yayın Yönetmenleri

Dr. Aylin Sena Beliner

Doç. Dr. Aysun B. Odabaşı

Bilimsel Danışma Kurulu

Acil Tıp

Dr. Bülent Erbil

Adli Tıp

Prof. Dr. Hamit Hancı

Prof. Dr. Ümit Biçer

Aile Hekimliği

Dr. Mehmet Özen

Çocuk Cerrahisi

Prof. Dr. Onur Özen

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)

Dr. Ali Süha Çalikoğlu (Endokrin)

Prof. Dr. Şükrü Hatun (Endokrin)

Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)

Prof. Dr. Serdar Kula (Kardioloji)

Prof. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)

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

Dr. Adnan Yüce

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Bahar Gökler

Yrd. Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

Deri Hastalıkları

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

Tıp Tarihi ve Etik

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Genel Pratisyenlik

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Yılmaz Yıldız

Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Kalaça

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Murat Akova (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Önder Ergönül (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)

Prof. Dr. Serhat Ünal (Enfeksiyon)

Kadın Hastalıkları ve Doğum

Doç. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji

Prof. Dr. Özden Şener

Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Eğitimi

Doç. Dr. Melih Elçin

Tıp Hukuku

Av. Mustafa Güler

Araştırma/Research

Kronik Solunum Sistemi Hastalığı Olan Hastaların Hastalıkları İle Baş Etme Yöntemleri ve Sağlık

Eğitimi Gereksinimleri 122

Funda Özpulat, Alev Yıldırım

Çanakkale'deki Hekimlerin Nükleer Tıp Konusundaki Bilgi ve Görüşlerinin Değerlendirmesi 130

Dr. Funda Üstün, Dr. Coşkun Bakar

Erken Doğum Sonrası Dönemdeki Loğusaların Anne - Bebek Bağlanmasına İlişkin Görüşleri 138

Funda Evcili, Gülçin Abak, Berrin Tali, Dr. Z. Burcu Yurtsal

Derleme/Review Article

Selçuklularda Şifahaneler ve

Gevher Nesibe Tıp Merkezi 144

Necdet Bayraktaroğlu

Ulusal Ebelik Kodları ve

Meslek Değerleri 148

Dr. Gülay Yıldırım, Pınar Koçkanat, Dr. Özlem Duran

Şişmanlık, Fazla Kiloluluk ve Çevre 155

Dr. Cavit Işık Yavuz



Kapak Fotoğrafı:

"Toprak ve Yol"

Dr. Gülay Çeliker

TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2013

Galeri Sanat Yapım Ödülü

Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Dr. Bayazıt İlhan

Hazırlık ve Tasarım

Yeter Canbulat

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

Basım Tarihi: 17 Eylül 2014

STED, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini içinde yer almaktadır.

Basım Yeri: Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.
Tel: 0 312 397 16 17 / Adres: Macun Mah. Anadolu Bulvarı
Mesa Plaza No: 5/15
Gimat-Yenimahalle / Ankara

Vergi Dairesi: Ostim Vergi Dairesi No: 144 005 6234 -
Ticaret Sicil No: 131/133



Merhaba,

Funda Özpulat "Kronik Solunum Sistemi Hastalığı Olan Hastaların Hastalıkları ile Baş Etme Yöntemleri ve Sağlık Eğitimi Gereksinimleri" isimli çalışmasında bireylerin hastalıkları, bu hastalıklarının belirgin özellikleri, dikkat etmeleri gereken noktalar, sahip oldukları medikal araç - gerecin uygun kullanımı gibi konularda bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığını saptanmış. Yazar, hastalara olumlu yaşam biçimi özelliklerinin kazandırılmasında ve sürdürülmesinde sağlık görevlilerine önemli görevler düştüğünü vurgulamakta.

Funda Üstün ve Coşkun Bakar "Çanakkale'deki Hekimlerin Nükleer Tıp Konusundaki Bilgi ve Görüşlerinin Değerlendirmesi" isimli çalışmalarında nükleer tıp hizmeti verilmediği dönemde Çanakkale ilinde hekimlerin nükleer tıp hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumlarını belirlemeyi amaçlamışlar.

Çalışmaya göre katılan çoğu hekim nükleer tıbbın farkında, ancak pratikte kullanımı hakkında bilgi sahibi değiller. Bu durumun nedenleri arasında ülkemizde nükleer tıp konusunda homojen bir eğitim verilmemesi ve mezuniyet sonrası eğitimde de yetersizlik yazarlar tarafından ileri sürülmektedir.

Funda Evcili ve arkadaşları "Erken Doğum Sonrası Dönemdeki Loğusaların Anne - Bebek Bağlanmasına İlişkin Görüşleri" isimli çalışmalarında anne ve bebek arasında oluşan bağlanmanın, fiziksel, sosyal, emosyonel boyutlarıyla çok önemli bir süreç olduğunu belirtmektedirler.

Çalışmada kadınların bebeklerine karşı olumlu duygular besleme durumu ile; iyi eş ilişkisi, gebeliğin planlı olması, olumlu aile içi ilişkilerde bulunma, bebeğini ilk 30 dakika içinde kucağına alma, ilk 30 dakika içinde emzirmiş olma, emzirmenin önemine inanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuş. Etkili bağlanma için annelerin

yenidoğan ile ten tene temasının sağlanması, erken ve sık emzirme önerilmekte.

Necdet Bayraktaroğlu "Selçuklularda Şifahaneler ve Gevher Nesibe Tıp Merkezi" isimli çalışmasında Anadolu'da Selçuklu dönemi sağlık hizmetini, sağlık kuruluşlarını ve sağlık mimarisini ele almış.

Selçuklular tıbbı çok önem vermişler, devletin birçok şehrinde tıbbi eser ve darüşşifalar inşa etmişler, modern tıbbın gelişmesine katkı sağlamışlar, Avrupa ve diğer ülke tıbbını, üniversitelerini, hastanelerini de etkilemişlerdir.

Kayseri'deki Gevher Nesibe Tıp Merkezi Selçuklu Hakanı II. Kılıçarslan'ın kızı Gevher Nesibe Sultan adına kardeşi Sultan I. Gıyaseddin Keyhüsrev tarafından 1206 yılında yaptırılmış. Yazar bu merkezin Dünya'daki ilk tıp merkezi olduğunu belirtmekte.

Gülay Yıldırım ve arkadaşları "Ulusal Ebelik Kodları ve Meslek Değerleri" isimli çalışmalarında meslek değerleri ve etik kodların benimsenmesinin ebelik uygulamalarına kılavuzluk edeceğini düşünmektedirler. Derlemede ulusal ebelik kodlarının, değerlerinin, ebelikte meslek etiğinin öneminin kavranmasına yönelik bilgilenmeyi sağlamak ve Türkiye'deki gelişmeleri vurgulamak amaçlanmıştır.

Cavit Işık Yavuz "Şişmanlık, Fazla Kiloluluk ve Çevre" isimli çalışmasında şişmanlığa ve fazla kiloluğa neden olan birçok çevresel etkenin varlığını ve etkenlere çeşitli düzeylerde maruz kalılabildiğini belirtmektedir. Şişmanlık ve çevre ilişkisinde ev çevresi, gıda çevresi ve gıda yoksunluğu ile ilgili çalışmalar ve sosyoekonomik değişkenler üzerinde durulan ana başlıklardır. Okul ve iş çevresinde sağlıklı gıdaların varlığı ve ulaşılabilirliği araştırma konuları arasında yer almaktadır. Yazar yazısında, şişmanlık ve fazla kilolulukla çevre ilişkisini incelemiştir.

Bilimsel ve dostça ...

Kronik Solunum Sistemi Hastalığı Olan Hastaların Hastalıkları İle Baş Etme Yöntemleri ve Sağlık Eğitimi Gereksinimleri

The Methods of Patients in Coping with Chronic Respiratory System Diseases and Health Training Needs

Araştırma



Research

Funda Özpulat*, Alev Yıldırım*

Geliş tarihi : 01.02.2014

Kabul tarihi: 19.04.2014

Öz

Amaç: Bu araştırma kronik solunum sistemi hastalığı olan kişilerin hastalıkları ile baş etme yöntemlerini ve sağlık eğitimi gereksinimlerini belirlemek, elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygulanabilir öneriler geliştirmek amacıyla planlanan tanımlayıcı tipte bir çalışmadır.

Yöntem: Solunum sistemi hastalığı bulunan ve 4 Ocak - 24 Mayıs 2010 tarihleri arasında Devlet Hastanesi Göğüs Servisi'ne yatışı yapılan hastalar (n=154) araştırmanın örneklemini oluşturmuş, toplanan veriler SPSS-17 yardımıyla analiz edilmiştir. Değerlendirmede yüzdelik hesaplamaları ve değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için Ki kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılanların %52,6'sını kadınlar oluşturmaktadır; %72,1'i evlidir ve yaş ortalamaları $62,24 \pm 12,7$ 'dir. Katılanların %24,3'ü kış ayları başlamadan düzenli olarak grip aşısı yaptırmaktadır. %52,9'u hastalıklarına uygun beslenme biçimine "meyve ve sebzelerden zengin" yanıtı vermiş, %71,2'si ılık su içmenin balgam atılımını kolaylaştırdığını belirtmiştir.

Sonuç: Araştırma sonunda bireylerin hastalıkları, bu hastalıklarının belirgin özellikleri, dikkat etmeleri gereken noktalar, sahip oldukları medikal araç - gerecin uygun kullanımı gibi konularda bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığı saptanmıştır. Kronik solunum hastalıklarını kontrol altına almak ve daha sağlıklı yaşam için; doğru beslenme, düzenli egzersiz, düzenli uyku, sigaradan ve olumsuz çevre koşullarından uzak bir yaşam son derece önemlidir. Hastalara olumlu yaşam biçimi özelliklerinin kazandırılmasında ve sürdürülmesinde sağlık görevlilerine önemli görevler düşmektedir.

Anahtar sözcükler: Solunum sistemi hastalıkları, Hastalıklar ile baş etme yöntemleri, Sağlık hizmetleri, Sağlık eğitimi

Abstract

Objective: This is a descriptive study planned to identify the methods of individuals for coping with chronic respiratory system diseases and to determine the health training requirements to develop relevant suggestions in accordance with the results obtained.

Methods: Individuals with respiratory system diseases hospitalized between January 4th and April 24th 2010 in the chest diseases service of the state hospital constituted the sample (n=154) of the research, and the data collected were analyzed by SPSS-17. Chi square test was applied to determine whether the relationship between the percentage calculations and variables were statistically significant.

Results: Of the participants, 52.6% were women; 72.1% were married and the average age was 62.24 ± 12.7 . The percentage getting flu vaccines regularly before winter was 24.3%. Of the patients, 52.9% stated a diet rich in fruits and vegetables was the healthy diet for them and 71.2% of them reported that drinking warm water eases sputum.

Conclusion: The results of the study revealed that the patients did not have sufficient information on their diseases, on the distinct features of the diseases, the points they should take into account and proper use of medical equipment. A healthy diet, regular exercises and sleep, a life without smoking and negative environmental conditions are crucial to control chronic respiratory diseases. Health professionals have an important task in terms of equipping patients with a positive life style and maintaining it.

Key words; Respiratory system diseases, Methods of coping with diseases, Health services, Health education

*Öğretim Gör; Selçuk Ü. Akşehir Kadir Yalagöz Sağlık YO, Konya

Giriş

Kronik solunum sistemi hastalıkları solunum yollarının ve akciğerin diğer yapılarının kronik hastalığıdır. Başlıca önlenebilir kronik solunum sistemi hastalıkları, astım ve solunum yolu alerjileri, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), mesleki akciğer hastalıkları, uyku apne sendromu ve pulmoner hipertansiyonu içerir (1).

Solunum sisteminin kronik hastalıkları, bireylerde ciddi şekilde hayatı sınırlayan morbidite ve mortaliteye sebep olan önemli hastalıklar olarak kabul edilmektedirler (2). Solunum sistemi hastalıklarının oluşum nedenleri arasında genetik etmenler, yaş, cinsiyet, ırk, enfeksiyonlar gibi faktörlerin yanı sıra sigara içme ya da sigara dumanına maruz kalma, hava kirliliği, mevsimsel faktörler, coğrafik koşullar, mesleki faktörler gibi çevresel faktörler de yer almaktadır (3).

Kronik solunum sistemi hastalıkları (KSH) oluşumunu, hastaların sağlığı ve refahı etkilemekte, aileler ve toplumlar üzerinde de olumsuz etkileri bulunmakta, bireylerin yaşam kalitesini etkilemekte ve bireylerde engelliliğe neden olmaktadır (1,4). Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan kadın ve çocuklar, yemek pişirme ve ısınma için kullanılan katı yakıtlardan kaynaklanan hava kirliliğine maruz kalmaları nedeniyle risk grubunda yer almaktadırlar. Yüksek gelirli ülkelerde ise sigara kullanımı kronik solunum yolu hastalıkları için en önemli risk faktörüdür ve bu ülkelerin bazılarında, kadınlar ve gençler arasında sigara kullanımı giderek artmaktadır (1).

Kronik solunum sistemi hastalıkları için birçok risk faktörü belirlenmiş; etkili ve önleyici önlemler oluşturulmuştur. Risk faktörlerinin önlenmesi bu grup hastalıkların yükünün azaltılmasında önemli bir etkiye sahiptir (5). Akciğer fonksiyonlarının azalması geri dönüşlü olmayabilir; ancak sigaranın bırakılması, pulmoner rehabilitasyonun sağlanması ve zararlı gazlara - partiküllere maruziyetin azaltılması; semptomların azalmasına, fiziksel iyilik halinin ve yaşam kalitesinin artmasına katkıda bulunmaktadır. Ayrıca, kanıtlar influenza aşılmasının KOAH'lı hastalar için maliyet açısından etkin bir müdahale olduğunu göstermektedir (6).

Kronik solunum sistemi hastalıkları için etkili ve önleyici tedbirlerin alınmasında hastaların

hastalıkları hakkında bilinçlendirilmesinin, sağlıklarını korumaya ve geliştirmeye yönelik etkili sağlık eğitimlerinin düzenlenmesinin de önemli bir yeri bulunmaktadır. Bu nedenle bu araştırma solunum sistemi hastalığına sahip kişilerin hastalıkları ile baş etme yöntemlerini ve sağlık eğitimi gereksinimlerini belirlemek, elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygulanabilir öneriler geliştirebilmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu araştırma İç Anadolu bölgesindeki bir ilçede bulunan kronik solunum sistemi hastalığı olan kişilerin hastalıkları ile baş etme yöntemlerini ve sağlık eğitimi gereksinimlerini belirlemek, elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygulanabilir öneriler geliştirmek amacıyla yapılan, tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Devlet Hastanesi Göğüs Hastalıkları Servisi'ne 4 Ocak - 24 Mayıs 2010 tarihleri arasında yatışı yapılan ve solunum sistemi hastalığı bulunan bireyler (n=154) araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Toplam 300 yatağı bulunan devlet hastanesinin göğüs servisinde 21 hasta yatağı bulunmakta, kış aylarında doluluk oranı % 100 olarak görülürken, yaz aylarında doluluk oranı ve yatak sirkülasyonu yaklaşık olarak yarı yarıya azalmaktadır.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri hastalara yüz yüze görüşme yöntemi ile anket uygulanarak toplanmış, sorular araştırmacı tarafından konuyla ilgili geniş bir literatür taraması yapılarak hazırlanmıştır. Sıklıkla karşılaşılan hastalık belirtileri ve uygulanabilecek tıbbi girişimler dikkate alınarak soruların oluşturulmasına özen gösterilmiştir.

Anketin ön uygulaması 23 Kasım-10 Aralık 2009 tarihleri arasında devlet hastanesi göğüs servisine yatışı yapılan hastalar üzerinde (20 kişi) yapılmış, ön uygulamaya katılan hastaların yeniden araştırma kapsamına alınmamasına özen gösterilmiş, anket üzerinde gerekli düzeltmeler yapılarak asıl uygulamaya hazır duruma getirilmiştir. Kronik solunum sistemi hastalığı olan hastaların eğitim gereksinimlerini ve hastalıkları ile baş etme yöntemlerini saptamaya yönelik oluşturulan anket formu için katılımcılara yeterli süre verilerek araştırma verilerinin toplanması sağlanmıştır.

Tablo 1. Solunum sistemi hastalığı olan bireylerin sosyodemografik özellikleri

| | Yaş $X=62,24+ 12,70$ | | | | | | | |
|-----------------------|----------------------------|-------|------|-------|------|-------|--------|-----------------------------|
| | Genel Sağlık Durumu Algısı | | | | | | | |
| | İyi | | Orta | | Kötü | | Toplam | |
| Cinsiyet | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Erkek | 33 | 45,2 | 22 | 56,4 | 18 | 42,9 | 73 | 47,4 |
| Kadın | 40 | 54,8 | 17 | 43,6 | 24 | 57,1 | 81 | 52,6 |
| Toplam | 73 | 100,0 | 39 | 100,0 | 42 | 100,0 | 154 | 100,0 |
| | | | | | | | | $x^2=1,759, sd=2, p=0,415$ |
| Medeni Durum | | | | | | | | |
| Bekâr | 13 | 17,8 | 16 | 41,0 | 14 | 33,3 | 43 | 27,9 |
| Evli | 60 | 82,2 | 23 | 59,0 | 28 | 66,7 | 111 | 72,1 |
| Toplam | 73 | 100,0 | 39 | 100,0 | 42 | 100,0 | 154 | 100,0 |
| | | | | | | | | $x^2=7,649, sd=2, p=0,022$ |
| Öğrenim Durumu | | | | | | | | |
| Okuryazar Değil | 24 | 32,9 | 16 | 41,0 | 14 | 33,3 | 54 | 35,1 |
| Okuryazar | 13 | 17,8 | 5 | 12,8 | 4 | 9,5 | 22 | 14,3 |
| İlkokul | 32 | 43,8 | 15 | 38,5 | 21 | 50,0 | 68 | 44,2 |
| Ortaokul | 1 | 1,4 | 2 | 5,1 | 1 | 2,4 | 4 | 2,5 |
| Lise ve Üzeri | 3 | 4,1 | 1 | 2,6 | 2 | 4,8 | 6 | 3,9 |
| Toplam | 73 | 100,0 | 39 | 100,0 | 42 | 100,0 | 154 | 100,0 |
| | | | | | | | | $x^2=0,278, sd=2, p=0,870$ |
| Aylık Gelir | | | | | | | | |
| 500TL altı | 17 | 28,8 | 10 | 32,3 | 16 | 51,6 | 43 | 35,5 |
| 500-1000TL arası | 40 | 67,8 | 17 | 54,8 | 14 | 45,2 | 71 | 58,7 |
| 1001-1500TL arası | 2 | 3,4 | 3 | 9,7 | 1 | 3,2 | 6 | 5,0 |
| 1500TL üstü | 0 | - | 1 | 3,2 | 0 | - | 1 | 0,8 |
| Toplam | 59 | 100,0 | 31 | 100,0 | 31 | 100,0 | 121 | 100,0 |
| | | | | | | | | $x^2=0,3875, sd=2, p=0,144$ |
| Çalışma Durumu | | | | | | | | |
| Çalışıyor | 24 | 32,9 | 15 | 38,5 | 10 | 23,8 | 49 | 31,8 |
| Çalışmıyor | 49 | 67,1 | 24 | 61,5 | 32 | 76,2 | 105 | 68,2 |
| Toplam | 73 | 100,0 | 39 | 100,0 | 42 | 100,0 | 154 | 100,0 |
| | | | | | | | | $x^2=2,073, sd=2, p=0,355$ |
| Sosyal Güvence | | | | | | | | |
| Var | 60 | 82,2 | 26 | 66,7 | 33 | 78,6 | 119 | 77,3 |
| Yok | 13 | 17,8 | 13 | 33,3 | 9 | 21,4 | 35 | 22,7 |
| Toplam | 73 | 100,0 | 39 | 100,0 | 42 | 100,0 | 154 | 100,0 |
| | | | | | | | | $x^2=3,544, sd=2, p=0,170$ |
| Aile Tipi | | | | | | | | |
| Çekirdek Aile | 48 | 65,8 | 26 | 66,7 | 31 | 73,8 | 105 | 68,2 |
| Geniş Aile | 18 | 24,7 | 10 | 25,6 | 7 | 16,7 | 35 | 22,7 |
| Parçalanmış Aile | 7 | 9,6 | 3 | 7,7 | 4 | 9,5 | 14 | 9,1 |
| Toplam | 73 | 100,0 | 39 | 100,0 | 42 | 100,0 | 154 | 100,0 |
| | | | | | | | | $x^2=1,328, sd=4, p=0, 857$ |

*Katılımcıların genel sağlık durumu algıları karşılaştırılmıştır.

Tablo 1'in devamı: Solunum sistemi hastalığı olan bireylerin sosyodemografik özellikleri

| | Yaş $X=62,24 \pm 12,70$ | | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------------|-------|------|-------|------|-------|----------------------------|-------|
| | Genel Sağlık Durumu Algısı | | | | | | | |
| | İyi | | Orta | | Kötü | | Toplam | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Yaşadığı Yer | | | | | | | | |
| Kent | 27 | 37,0 | 7 | 17,9 | 9 | 21,4 | 43 | 27,9 |
| Köy/Kasaba | 46 | 63,0 | 32 | 82,1 | 33 | 78,6 | 111 | 72,1 |
| Toplam | 73 | 100,0 | 39 | 100,0 | 42 | 100,0 | 154 | 100,0 |
| Konutun Isınma Şekli | | | | | | | $x^2=5,788, sd=2, p=0,055$ | |
| Kalorifer | 8 | 11,0 | 1 | 2,6 | 2 | 4,8 | 11 | 7,1 |
| Soba | 65 | 89,0 | 38 | 97,4 | 40 | 95,2 | 143 | 92,9 |
| Toplam | 73 | 100,0 | 39 | 100,0 | 42 | 100,0 | 154 | 100,0 |
| Konutun Güneş Alma Durumu | | | | | | | $x^2=3,194, sd=2, p=0,202$ | |
| Evet | 70 | 95,9 | 37 | 94,9 | 39 | 92,9 | 146 | 94,8 |
| Hayır | 3 | 4,1 | 2 | 5,1 | 3 | 7,1 | 8 | 5,2 |
| Toplam | 73 | 100,0 | 39 | 100,0 | 42 | 100,0 | 154 | 100,0 |
| | | | | | | | $x^2=0,499, sd=2, p=0,779$ | |

Anket formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, "Kişisel Bilgi Formu" başlığı altında hastaların sosyodemografik özelliklerini sorgulayan sorulara yer verilmiştir. İkinci bölümde ise, "Hastalık Öyküsü" başlığı altında bireylerin hastalık tanıları, hastalık süreleri, kullandıkları ilaç ve cihazlar, hastalıkları hakkında yeterli bilgiye sahip olma durumları, hastalıkları nedeniyle baş vurdukları uygulamalar gibi hastaların eğitim gereksinimlerini ve hastalıkları ile baş etme yöntemlerini saptamaya yönelik sorular yer almıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) for Windows 17,0 istatistiksel programı yardımıyla analiz edilmiştir. Değerlendirmede yüzdeler hesaplamalar ve değişkenler arasındaki ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığını belirlemek için Ki- Kare Testi kullanılmış, istatistiksel yanılma düzeyi 0,05 olarak belirlenmiştir.

Etik Yaklaşım

Çalışmaya Devlet Hastanesi'nden alınan resmi izin sonrasında başlanmıştır. Araştırmaya başlanmadan önce çalışmanın yapılacağı göğüs hastalıkları servisinde çalışan sağlık personeline ve araştırmaya katılacak bireylerle çalışmanın amacı, içeriği, yararları ve süresi hakkında bilgi verilerek sözel izinleri alınmış, araştırmanın her aşamasında gönüllü olarak katılımın sağlanmasına özen gösterilmiştir. Bu

çalışma sonuçları yalnızca göğüs hastalıkları servisine 4 Ocak - 24 Mayıs 2010 tarihleri arasında yatışı yapılan hastalar ile sınırlı kalmıştır.

Ayrıca, ilçede yataklı servisi bulunan başka bir hastane bulunmaması, sürenin kısıtlı tutulması ve diğer ilçe ya da çevre illerin araştırma kapsamına alınmaması araştırmanın sınırlılıkları arasında sayılabilir.

Bulgular

Araştırmaya katılanların %52,6'lık bölümünü kadınlar oluşturmaktadır. %72,1'i evlidir ve yaş ortalamaları $62,24 \pm 12,70$ 'dir. %44,2'si ilköğretim mezunu iken, %35,1'i okuma yazma bilmemektedir (Tablo 1).

Katılımcıların %58,7'sinin aylık geliri 500-1000 TL arasında bulunmaktadır. %68,2'si çalışmamaktadır ve bunların %13,5'i emeklidir. %59,4'ünün sosyal güvencesi SGK iken, %22,7'lik bölümünün sosyal güvencesi bulunmamaktadır. Hastaların %68,2'lik bölümünün aile yapısı çekirdek ailedir. %27,9'u kent merkezinde oturmakta, büyük bir çoğunluğu (%92,9'u) soba ile ısınmakta, yine büyük bir çoğunluğunun (%94,8'inin) evinin güneş aldığı görülmektedir (Tablo 1).

I. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (Tablo 1)

II. Katılımcıların Hastalık Öyküsü (Tablo 2)

Araştırmaya katılan hastaların %43,5'lik bölümünün yakınlarında solunumla ilgili bir

hastalık bulunmaktadır. Yakınında solunum yolu hastalığı bulunanların büyük bölümünün (%91,1) birinci derece yakınında solunumla ilgili bir hastalık varken, katılımcıların bazılarının birden fazla yakınında solunumla ilgili bir hastalık bulunmaktadır. Hastaların babalarında ve kardeşlerinde solunumla ilgili hastalık bulunma yüzdeleri (%32,8'lik yüzdeler ile) aynıdır.

Katılımcıların hastalık tanılarına verdikleri yanıtlar incelendiğinde; astım (%50,8) ve bronşit (%31,3) tanılarının çoğunlukta olduğu, %16,4'ünün kronik tıkaçıcı (obstrüktif) akciğer hastalığı (KOA) tanısının bulunduğu, 42 kişide astım ve bronşit hastalıklarının birlikte görüldüğü saptanmıştır (Tablo 2).

"Hastalığınız ne kadar süredir biliniyor?" sorusuna katılımcıların %29,8'inin 0-4 yıl, %20,1'inin 10-14 yıl yanıtı verdiği; %74,1'inin hastalığı hakkında bilgi sahibi olmadığı; %54,6'sının daha önce göğüs servisine yatışının yapıldığı; %44,8'inin ikincil hastalık olarak hipertansiyonun, %26,4'ünün diyabetinin bulunduğu; %21,9'unun günlük oksijen desteği aldığı saptanmıştır. Solunum sıkıntısı olduğunda %46,9'u ilk olarak bronkodilatör, %15,8'i oksijen tedavisi aldığını belirtirken, yakın bir yüzdeler değeri ile %15,3'ü en son acil servise başvurduğunu belirtmiştir (Tablo 2).

Hastaların %60,6'sı günlük 4-6 saat arasında uyduğunu, %20,2'si uyku süresinin 7-9 saat arasında olduğunu belirtmiştir. Katılanların %67,5'inin hiç sigara içmemiş olduğu, %32,5'lik bölümünün ise bir dönem sigara kullandığı ya da şu anda sigara içmeyi sürdürdüğü saptanmıştır (Tablo 3).

Katılımcıların %24,3'ü kış ayları başlamadan düzenli olarak grip aşısı yaptırmaktadır. %52,9'u hastalıklarına uygun beslenme olarak "meyve ve sebzelerden zengin" yanıtı verirken, %26,4'ü bol proteinli (Et, süt, yumurta gibi) besinler tüketmeleri gerektiğini, %71,2'si ılık su içmenin balgam atılımını kolaylaştırdığını, %20,9'u balgamın renk, koku, görünüm ve miktarındaki değişikliklerin hastalık şiddeti hakkında bilgi verici olduğunu belirtmiştir (Tablo 3).

Oksijen tüpü hastaların %11,1'inde (n=17) bulunurken, oksijen tüpünün kullanımına

ilişkin eğitimi %7,2'sinin doktordan, %1,9'unun hemşireden aldığı saptanmıştır (Tablo 4).

Solunum egzersiz cihazı 5 kişide bulunmakta ve yalnızca bir kişinin hemşireden eğitim alarak cihazı kullandığı görülmektedir (Tablo 4).

Hastaların %20,8'lik bölümünde nebulizatör bulunmaktadır. Bu kişilerin %7,8'i nebulizatörün kullanımı ile ilgili eğitimi doktordan aldığını, %5,2'si hemşireden, 2 kişi de firma yetkilisinden eğitim aldığını belirtmiştir (Tablo 4).

Tartışma

Günümüz sağlık anlayışı; birey, aile ve toplumun sağlığını koruyan, sürdüren ve geliştiren sağlık merkezli bakım yaklaşımını öngörmektedir (7). Bireylerin sağlığı nasıl tanımladığı ve hangi davranışları sağlıklı olma ile ilişkilendirdiği, onun sağlıklı bir yaşam sürüp sürmediğinde etkili olacaktır (8).

Genel durumunun iyi olduğunu belirtenlerin yarısından fazlası (%54,8) kadınlardır; genel sağlık durumunu iyi olarak belirtenlerin büyük çoğunluğunu (%82,2) evli olanlar oluşturmaktadır. Yapılan istatistiksel analizler sonucunda cinsiyet ile hastaların genel sağlık durumu arasında ilişki bulunmazken ($p>0,05$), medeni durum ile hastaların sağlık durumu arasında anlamlı bir ilişki olduğu ($p<0,05$) görülmüştür (Tablo 1).

Katılımcıların hastalık tanılarına verdikleri yanıtlar incelendiğinde; astım (%50,8) ve bronşit (%31,3) tanılarının çoğunlukta olduğu, 42 kişide astım ve bronşit hastalıklarının birlikte bulunduğu, %16,4'lük bölümünde ise KOA bulunduğu görülmüştür. "Solunum sistemi hastalığınız dışında hastalığınız var mı?" sorusuna birden fazla yanıt verilebilmiş; %44,8'i hipertansiyon, %26,4'ü diyabet, %23,0'ü kalp sorununun olduğunu belirtmiştir. 10 kişide kalp ve tansiyon, 8 kişide tansiyon ve diyabet birlikte varken, 2 kişide her üç hastalık da bulunmaktadır (Tablo 2).

Güner ve Atak'ın KOA'lı hastalarla yaptığı bir çalışmada, araştırma grubunun %52,7'sinin KOA dışında herhangi bir kronik hastalığı bulunmadığı (8), Barutçu'nun KOA'lı hastalarla yaptığı çalışmada ise olguların

| Tablo 2. Solunum sistemi hastalığı olan bireylerin hastalıklarına ilişkin özellikleri | | |
|---|-----------|----------|
| Hasta Akaraba Bulunma Durumu | n | % |
| Var | 67 | 43,5 |
| Yok | 87 | 56,5 |
| Toplam | 154 | 100,0 |
| Hasta Tanısı | n* | % |
| Pnömoni | 3 | 1,5 |
| Astım | 99 | 50,8 |
| KOAH | 32 | 16,4 |
| Bronşit | 61 | 31,3 |
| Toplam | 195 | 100,0 |
| Hastalık Süresi | n | % |
| 0-4 yıl | 46 | 29,8 |
| 5-9 yıl | 25 | 16,3 |
| 10-14 yıl | 31 | 20,1 |
| 15-19 yıl | 28 | 18,2 |
| 20 yıl ve üstü | 24 | 15,6 |
| Toplam | 154 | 100,0 |
| Başka Hastalık Bulunma Durumu | n* | % |
| Kalp Hastalığı | 20 | 23,0 |
| Hipertansiyon | 39 | 44,8 |
| Diyabet | 23 | 26,4 |
| Kolesterol | 5 | 5,8 |
| Toplam | 87 | 100,0 |
| Solunum Hastalığı Hakkında | | |
| Bilgiye Sahip Olma Durumu | n | % |
| Bilgi sahibi değil | 114 | 74,1 |
| Hastane / doktor / hemşire ile bilgi edinmiş | 36 | 23,3 |
| Yakınlar vasıtasıyla hastalığı hakkında bilgi edinmiş | 4 | 2,6 |
| Toplam | 154 | 100,0 |
| Daha önce Hastaneye Yatma Durumu | n | % |
| Göğüs servisine | 84 | 54,6 |
| Dahiliye servisine | 15 | 9,7 |
| Acil servise | 1 | 0,6 |
| Daha önce hastaneye yatmadı | 54 | 35,1 |
| Toplam | 154 | 100,0 |
| Günlük Oksijen Desteği Alma Durumu | n | % |
| Evet | 34 | 21,9 |
| Hayır | 120 | 78,1 |
| Toplam | 154 | 100,0 |
| Solunum Sıkıntısının Olduğu Zaman İlk Başvurduğunuz Uygulama ve Girişimler | n* | % |
| Solunum egzersizi | 16 | 7,7 |
| Öksürük egzersizi | 17 | 8,1 |
| Oksijen tedavisi | 33 | 15,8 |
| Bronkodilatör | 98 | 46,9 |
| Acil servis direkt | 13 | 6,2 |
| En son acil servis | 32 | 15,3 |
| Toplam | 209 | 100,0 |

*Birden fazla yanıt verilebilmiştir.

%43,1'inin KOAH'a eşlik eden en az bir ek hastalığının olduğu; %56,9'unda diyabet, %37,3'ünde hipertansiyon, %23,5'inde iskemik kalp hastalığı bulunduğu saptanmıştır (9).

Çalışmada katılımcıların %68,2'sinin herhangi bir işte çalışmadığı, bunların %13,5'inin emekli olduğu belirlenmiştir. Genel durumunun iyi olduğunu açıklayanların %32,9'u, genel durumunun kötü olduğunu söyleyenlerin %23,8'i halen çalışmaktadır. Yapılan istatistiksel analiz sonucunda çalışma durumu ile hastaların genel sağlık durumu arasında anlamlı bir ilişki ($p>0,05$) bulunmadığı görülmüştür (Tablo 1).

Türk'ün KOAH'lı hastalarla yaptığı araştırmasında, hastaların %40,7'si (61kişi) hastalık nedeniyle çalışmadığını bildirirken, %29,3'ü emekli olduğunu belirtmiştir (10). Acar'ın KOAH'lı hastalar ile yaptığı çalışmada ise, hastaların %40,7'sinin hastalık nedeniyle çalışmadığı saptanmıştır (4). Yaptığımız çalışmada, çalışmayan hasta oranının solunum sistemi hastalıkları üzerine yapılmış benzer çalışmalara göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Egzersiz kısıtlaması KOAH'lı hastalarda yaşam kalitesini azaltan en önemli faktördür. Yaşam kalitesini azaltan diğer önemli neden ise belirtilere, özellikle öksürük ve balgam çıkarmaya bağlı uyku bozukluğudur. Bu iki faktör hastalarda spesifik, sosyal ve emosyonel sorunların ortaya çıkmasına neden olur (11).

Çalışmamızda, solunum sorunları nedeniyle uykusunun etkilendiğini belirten 99 kişi bulunmaktadır. Hastaların %60,6'sının günlük uyku süresi 4-6 saat arasındadır; uyku süreleri ortalamaları $5,09 \pm 1,69$, uyku sorunu yaşamadığını belirten kişilerin uyku süreleri ortalaması ise $7,19 \pm 2,22$ 'dir (Tablo 3). Barutçu'nun KOAH'lı hastalarla yaptığı araştırmasında; 37 olgunun gece horladığı, 14 olgunun tanıklı apnesi olduğu ve 27 olgunun gündüz uykululuk yaşadığı görülmüştür (9). Bellia ve arkadaşlarının solunum yolu hastalığı bulunan yaşlı bireylerle yaptığı çalışmada ise; amfizem ve astım olgularında gece uyanmalarının, gündüz yorgunluğunun ve erken uyanmanın solunumsal yakınması olmayan kontrol grubuna göre daha sık olduğu saptanmıştır (12).

| Tablo 3. Solunum sistemi hastalığı olan bireylerin bazı davranış özellikleri | | |
|---|------------|----------|
| | n | % |
| Günlük Uyku Süresi | | |
| 1-3 saat | 19 | 19,2 |
| 4-6 saat | 60 | 60,6 |
| 7-9 saat | 20 | 20,2 |
| Toplam | 99 | 100,0 |
| Sigara Kullanma Durumu | n | % |
| Hiç kullanmadı | 104 | 67,5 |
| Kullanıyor / kullandı | 50 | 32,5 |
| Toplam | 154 | 100,0 |
| Kış Ayları Başlamadan Düzenli Olarak Grip Aşısı Yaptırma Durumu | n** | % |
| Evet | 36 | 24,3 |
| Hayır | 112 | 75,7 |
| Toplam | 148 | 100,0 |
| Hastalığının Seyrini Hafifletmesine Katkıda Bulunabilecek Beslenme Şekli | n* | % |
| Beslenmem bol proteinli (Et,süt,yumurta gibi) olmalı | 55 | 26,4 |
| Beslenmem bol yağlı, enerji verici olmalı | 10 | 4,8 |
| Beslenmem bol karbonhidratlı (ekmek, bulgur gibi),tok tutucu olmalı | 33 | 15,9 |
| Beslenmem meyve ve sebzelerden zengin olmalı. | 110 | 52,9 |
| Toplam | 208 | 100,0 |
| Hastalığının Seyrini Hafifletmesine Katkıda Bulunabilecek Uygulamalar | n* | % |
| Soğuk su içerek balgam atımını kolaylaştırılabilir | 7 | 3,7 |
| Ilık su içerek balgam atımını kolaylaştırılabilir | 136 | 71,2 |
| Grip aşısı yaptırmamın atakları azaltmada katkısı yoktur. | 8 | 4,2 |
| Balgamın renk, koku, görünüm ve miktarındaki değişiklikler hastalığının şiddeti hakkında bilgi vericidir. | 40 | 20,9 |
| Toplam | 191 | 100,0 |

*Birden fazla yanıt verilebilmiştir. **Eksik yanıt verilmiştir.

Sağlık çalışanları, mesleki sorumlulukları ve sosyal rolleri gereği, sürdürdükleri yaşam biçimleri ile rol modeli olma ve sağlık eğitimi yönünden hizmet verdikleri grubu etkileme özelliğine sahiptir. Bundan dolayı sağlığı geliştirme aktivitelerinde bu meslek üyelerine büyük sorumluluklar düşmektedir (7). Kronik solunum hastalıklarında verilecek sağlık eğitimi, hastalık sürecinin ve tedavisinin basitleştirilmiş anlatımı yanında, solunum sistemi anatomisi ve fizyolojisini de içermelidir. Solunum tedavi tekniklerini (ek oksijen tedavisi, inhalerler, nebulizatörler), fizik tedaviyi (solunum teknikleri, göğüs terapisi, postüral drenaj), egzersiz eğitimini (üst ve alt

ekstremiteler) ve günlük yaşam etkinliklerini düzenleyen öğeleri kapsamalıdır (13,14).

Çalışmamızda, katılımcıların %74,1'i hastalığı hakkında bilgi sahibi değildir ve %54,6'lık bölümünün daha önce göğüs servisine yatışı yapılmıştır (Tablo 2). Hastaların %11,1'inin oksijen tüpü bulunurken, katılımcıların %90,9'u oksijen tüpü hakkında herhangi bir eğitim almamıştır. On bir kişi doktordan eğitim aldığını belirtirken, hemşireden eğitim aldığını belirten sadece 3 kişidir (Tablo 4).

Hastaların %20,8'lik bölümünde nebulizatör cihazı bulunmaktadır. Hastaların %85,7'si nebulizatör kullanımı ile ilgili herhangi bir eğitim almamıştır. Sekiz kişi hemşireden nebulizatör kullanımı hakkında bilgi aldığını belirtirken, 2 kişi eğitimi firma yetkilisinden almıştır (Tablo 4).

Solunum egzersizini hastaların %21,9'u tam ve eksiksiz uygularken, %45,9'u uygulayamamış, benzer biçimde öksürük egzersizini hastaların yarısı (%50,3'ü) uygulayamamış, %29,9'u eksik uygulamıştır. Postüral drenajı ise katılımcıların %79,3'ü uygulayamamış, tam ve eksiksiz uygulayabilen kişi sayısının ise yalnızca 10 kişi olduğu görülmüştür (Tablo 5).

Elde edilen veriler doğrultusunda, göğüs servisine yatışı yapılan hastalara sağlık personeli tarafından yeterli düzeyde sağlık eğitimi verilmediği, bireylerin hastalıkları hakkında farkındalık düzeylerini artıracak uygulamalara yer verilmediği sonucuna varılabilir.

Sonuç ve Öneriler

Yapılan çalışma sonucunda, hasta bireylerin hastalıklarının belirgin özellikleri, dikkat etmeleri gereken noktalar, gerekli medikal araç-gereçlerin uygun kullanımı gibi konularda bilgilerinin yeterli düzeyde olmadığı saptanmıştır.

Kronik solunum yolu hastalıklarını kontrol altına almak ve daha sağlıklı yaşam için; doğru beslenme, düzenli egzersiz, düzenli uyku, sigaradan ve olumsuz çevre koşullarından uzak bir yaşam son derece önemlidir. Olumlu yaşam biçimi özelliklerinin sağlanabilmesinde ve sürdürülmesinde sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Sağlık personelinin gerek tedavi aşamalarında, gerekse hasta eğitimlerinde hasta ile işbirliği sağlaması

Tablo 4. Solunum sistemi hastalığı olan bireylerin kullandıkları bazı cihaz ve aletler bakımından özellikleri

| Oksijen Tüpü | n | % |
|---------------------------------|-----|-------|
| Yok | 137 | 88,9 |
| Var | 17 | 11,1 |
| Oksijen Tüpü Eğitimi | n | % |
| Almadı | 140 | 90,9 |
| Doktor | 11 | 7,2 |
| Hemşire | 3 | 1,9 |
| Solunum Egzersiz Cihazı | n | % |
| Yok | 149 | 96,8 |
| Var | 5 | 3,2 |
| Solunum Egzersiz Cihazı Eğitimi | n | % |
| Almadı | 153 | 99,4 |
| Hemşire | 1 | 0,6 |
| Nebulizatör | n | % |
| Yok | 122 | 79,2 |
| Var | 32 | 20,8 |
| Nebulizatör Eğitimi | n | % |
| Almadı | 132 | 85,7 |
| Doktor | 12 | 7,8 |
| Hemşire | 8 | 5,2 |
| Firma Yetkilisi | 2 | 1,3 |
| Toplam | 154 | 100,0 |

Tablo 5. Solunum sistemi hastalığı olan bireylerin solunum, öksürük egzersizi ve postüral drenaj yapma durumları

| Solunum Egzersizini | n* | % |
|--------------------------|-----|-------|
| Uygulayamadı | 67 | 45,9 |
| Yanlış uyguladı | 9 | 6,2 |
| Eksik uyguladı | 38 | 26,0 |
| Tam ve eksiksiz uyguladı | 32 | 21,9 |
| Toplam | 149 | 100,0 |
| Öksürük Egzersizini; | n* | % |
| Uygulayamadı | 74 | 50,3 |
| Yanlış uyguladı | 9 | 6,2 |
| Eksik uyguladı | 44 | 29,9 |
| Tam ve eksiksiz uyguladı | 20 | 13,6 |
| Toplam | 147 | 100,0 |
| Postüral Drenajı | n* | % |
| Uygulayamadı | 111 | 79,3 |
| Yanlış uyguladı | 3 | 2,2 |
| Eksik uyguladı | 16 | 11,4 |
| Tam ve eksiksiz uyguladı | 10 | 7,1 |
| Toplam | 140 | 100,0 |

*Eksik yanıt verilmiştir.

gerektiği, solunum yolu hastalıklarında bireylerin farkındalık düzeylerini artıracak uygulamaların sağlığı korumada ve geliştirmedeki belirleyici rolü olduğu sürekli akılda tutulmalıdır.

İletişim: Dr. Funda Özpuat
E-posta: funda-ozpuat@hotmail.com

Kaynaklar

1. World Health Organization. Global Surveillance, Prevention and Control of Chronic Respiratory Diseases: A Comprehensive Approach, Geneva: WHO Press; 2007.

2. Korkut S. Acil servise kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) atağı ile gelen hastalarda depresyon değerlendirilmesi. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. Düzce: 2012.
3. Çiftçi H, Akbulut G, Mercanlıgil MS. Solunum sistemi hastalıkları ve beslenme tedavisi. I. basım. Yayın No. 728. Ankara: 2008.
4. Acar N. KOAH'lı hastalarda tedaviyi etkileyen faktörlerin incelenmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: 2002.
5. World Health Organization. Global alliance against chronic respiratory diseases (GARD) basket: A package of information, surveillance tools and guidelines, to be offered as a service to countries. Geneva: WHO Press; 2008.
6. World Health Organization. WHO strategy for prevention and control of chronic respiratory diseases. WHO/ MNC/CRA/02.1. Geneva: WHO Press; 2002.
7. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 9 (2): 26-34.
8. Araz A, Harlak H, Meşe G. Sağlık davranışları ve alternatif tedavi kullanımı. Kor Hek 2007; 6 (2): 112-22.
9. Barutçu B. Stabil KOAH olgularında gündüz uyukluluk eğilim ve uyku kalitesinin öznal değerlendirilmesi. Akciğer Hastalıkları ve Tüberküloz Enstitüsü Göğüs Hastalıklarında Rehabilitasyon Programı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: 2009.
10. Türk D. KOAH'lı hastaların sık hastaneye yatmalarının ruhsal durumlarına ve yaşam kalitelerine etkilerinin değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: 2006.
11. Akbay S, Kurt B, Ertürk A, Gülhan M, Çapan N. Kronik obstrüktif akciğer hastalığında yaşam kalitesi ve solunum fonksiyon testi ile ilişkisi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2001; 49 (3): 338-44.
12. Bellia V, Catalano F, Scichilone N, Incalzi RA, Spatafora M, Vergani C, Rengo F. Sleep disorders in the elderly with and without chronic obstructive airflow obstruction: The SARA study. Sleep 2003; 26: 318-23.
13. Bartolome RC. Pulmonary rehabilitation for COPD. Postgraduate Medicine 1998; (103): 44-9.
14. Güner A, Atak N. KOAH'lı hastalarda sağlık eğitiminin etkisinin değerlendirilmesi. Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2002; 50(4): 451-61.
15. Yardım N. Kronik hastalıklar ve Sağlık Bakanlığı çalışmaları. <http://www.sdplatform.com/Dergi/463/Kronik-hastalıklar-ve-Sağlık-Bakanlığı-calismalari.aspx> Erişim Tarihi: 12.06.2013
16. Turan A. Erzurum İli Dadaşkent Sağlık Ocağı'na başvuran kırk yaş üstü bireylerde KOAH sıklığının belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. Erzurum: 2009.
17. Demir S. Astım ve KOAH'lı hastalarda tremor, çarpıntı ve kramp sıklığı ve bunları etkileyen faktörler. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı. Ankara: 2008.

Çanakkale'deki Hekimlerin Nükleer Tıp Konusundaki Bilgi ve Görüşlerinin Değerlendirmesi*

The Assessment of Knowledge and Opinions of Physicians on Nuclear Medicine

Araştırma



Research

*Dr. Funda Üstün** , Dr. Coşkun Bakar****

Geliş tarihi : 04.02.2014

Kabul tarihi : 27.05.2014

Öz

Nükleer tıp, 1974 yılından beri ülkemizde ayrı bir uzmanlık dalı olup ülkemizde de dünya ile hemen hemen aynı süreli geçmişe sahiptir. Dünyada ve Türkiye'de hekimlerin nükleer tıp hakkında farkındalık düzeyi ve görüşleri hakkında yeterli çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda, nükleer tıp hizmeti verilmediği dönemde Çanakkale ilinde hekimlerin nükleer tıp hakkındaki bilgi düzeyleri ve tutumlarını belirlemek amaçlanmaktadır.

Bu çalışma, 01 Aralık.2010 – 28 Şubat 2011 tarihleri arasında Çanakkale ilinde yürütülmüş veri toplama formu çalışmasıdır. Araştırmada değerlendirilen 278 hekimin %29'u kadın (ort. $37,2 \pm 7,57$ yaş / yıl) ve %71'i erkektir (ortalama $42,04 \pm 8,62$ yaş / yıl). İncelenen kişilerin yaş ortalaması $40,6 \pm 8,6$ yıl ve meslek yıllarının ortalaması $16,18 \pm 8,73$ yıldır. Tıp fakültesinde nükleer tıp dersi alınması, nükleer tıpta yakınına tetkik yapılması ve hekimlik süresi nükleer tıp bilgi düzeyine etki etmektedir. Diğer önemli bir etken ise bireylerin üniversite ya da eğitim araştırma hastanesinde uzmanlık eğitimi almış olmasıdır. Bazı branşlar nükleer tıbbi kendi uzmanlık alanları için gereksiz görmektedirler. Hekimlerin yaklaşık %80'i, kendilerini nükleer tıp bilgi düzeyi açısından yetersiz bulmaktadırlar.

Çalışmamıza katılan çoğu hekim nükleer tıbbın farkındadır, ancak pratikte kullanımı hakkında bilgi sahibi değildirler. Bu durumun nedenleri arasında ülkemizde nükleer tıp konusunda homojen bir eğitim verilmemesi yer almaktadır. Mezuniyet sonrası eğitim de yetersizdir. Veri toplama formu çalışması sırasında nükleer tıp hizmetinin bulunmaması da olumsuz sonuçları artırmıştır.

Anahtar sözcükler: Hekim, Farkındalık, Nükleer tıp, Veri toplama formu

Abstract

In Turkey, nuclear medicine has been a separate specialty in medicine since 1974, with approximately a similar history with the rest of the world. However, in Turkey and in the world as well, there has been no information on the awareness level and the approach of physicians on nuclear medicine. In this study, it was aimed to determine the levels of knowledge and attitudes of physicians about nuclear medicine in Çanakkale when there was no nuclear medicine services.

The survey has been conducted in the province of Çanakkale between December 1, 2010 and February 28, 2011, applying a questionnaire to physicians. In the study, 278 people were evaluated; 29% women (mean age 37.2 ± 7.57 years) and 71% men (mean age 42.04 ± 8.62 years). The average age of individuals studied was 40.6 ± 8.6 years with an average of 16.18 ± 8.73 years in the profession. Nuclear medical education in the curriculum at the medical faculty, nuclear medical tests undergone by family members and years in the profession have affected the level of nuclear medical knowledge. Another important factor was the location of specialty training, whether in university or state training hospital. Members of some of the specialties regarded nuclear medicine as useless for their specialty field. Approximately 80% of physicians considered their level of knowledge on nuclear medicine as insufficient.

The study has revealed that most of the physicians are aware of nuclear medicine, but are not educated about its use in practice. One of the reasons of this condition is the non-homogeneous training in nuclear medicine education in the country. Postgraduate training is inadequate as well. The lack of nuclear services in the city at the time of the survey has increased the negative results.

Key words: Physician, Awareness, Nuclear medicine, Questionnaire

*Bu çalışma kısmen 27 Nisan - 1 Mayıs 2011 tarihlerinde İzmir, Türkiye'de düzenlenen 23. Ulusal Nükleer Tıp Kongresi'nde poster olarak sunulmuştur.

**Doç.; Trakya Ü. Tıp Fak. Nükleer Tıp AD, Edirne

***Doç.; Çanakkale Onsekiz Mart Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Çanakkale

Giriş

Nükleer tıbbın gelişiminde en önemli adım 1934'de Marie Curie'nin yapay radyoaktiviteyi keşfi olmasına karşın, çoğu tarihçi nükleer tıbbın başlangıcı için I-131'in hipertiroidinin tedavisinde kullanılmaya başladığı 1940'lı yılları kabul etmektedir. Ülkemizde ise 1953 yılında Prof. Dr. Suphi Artunkal ve arkadaşları, Haseki Tedavi Kliniği'nde kurdukları radyoizotop laboratuvarında hipertiroidide radyoaktif iyot tedavisi uygulamışlardır. Nükleer tıp ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından 1974 yılından başlayarak ayrı bir uzmanlık dalı olarak tanımlanmıştır.

Çanakkale ili ülkemizin batısında yer alır ve toplam il nüfusu yaklaşık 500 bin kişidir (1). Bu veri toplama formu çalışmasının yapıldığı tarihte Çanakkale ilinde herhangi bir nükleer tıp hizmeti verilmemektedir. Hekimler nükleer tıp tetkiki gereksinimi gördüklerinde hastaları ya il dışına sevk etmişler ya da eşdeğer olmamasına karşın, herhangi başka bir yöntemi (MRI, USG vb.) uygulayarak hastalarına tanı koymaya çalışmışlardır. Dolayısıyla Çanakkale ilindeki hekimlerin nükleer tıbbi kullanım alışkanlıkları bulunmamaktadır.

Nükleer tıbbın yaygın ve etkin kullanıldığı illerde bile, hekimlerin nükleer tıbbi tercihi hakkında net bir veri yoktur. İller ve çalışılan kurumlar arasında istenen tetkiklerin sıklığı değişmektedir. Henüz hiçbir nükleer tıp hizmeti verilmeyen illerde hekimlerin nükleer tıp konusundaki bilgi ve tercih düzeyleri hakkında bir görüş belirtmek olanaklı değildir.

Nükleer tıp branşı ülkemizde dünya ile hemen hemen aynı süreli geçmişe sahiptir. Ancak branşımızın tıptaki diğer uzmanlık alanlarındaki hekimler arasında bilinme düzeyi ve bu hekimlerin nükleer tıba yaklaşımları hakkında gerek dünyada ve gerekse ülkemizde herhangi bir bilgi bulunmamaktadır. Çalışmamızda, nükleer tıp hizmeti verilmediği dönemde Çanakkale ilinde hekimlerin nükleer tıp hakkında bilgi düzeyleri ve tutumlarını belirlemek amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntemler

Çalışma Grubu: Çalışma, 01 Aralık 2010 – 28 Şubat 2011 tarihleri arasında Çanakkale ilinde yürütülmüş, tanımlayıcı bir araştırmadır.

Bu çalışmada, Çanakkale Tabip Odası'na 2010 yılı sonu itibariyle kayıtlı 485 (124 kadın, 361 erkek; 234 uzman, 251 pratisyen) hekime ulaşılması hedeflenmektedir. Çanakkale ilinde ulaşılabilen tüm sağlık kurumlarında çalışan tıp doktorlarına bu veri toplama formu uygulanmıştır. Gönüllülük temelinde yapılan çalışmada, toplam 278 hekime ulaşılmıştır (%57,3). Veri toplama formundaki sorular her iki araştırmacı tarafından başka bir kaynaktan yararlanılmadan hazırlanmıştır. Çalışmamızda örneklem seçilmemiştir. Çanakkale ilinde ulaşılabilen tüm kurumlardaki katılımcılara çalışma öncesi çalışmanın amacı, kimler tarafından yapıldığı, kişisel bilgilerinin saklı kalacağı açıklanmıştır.

Çanakkale'de üniversite hastanesi, devlet hastaneleri, özel hastaneler, aile sağlığı merkezi vb kurumlarda çalışan ve gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul eden hekimlere nükleer tıp hakkında bilgi düzeyleri ve tutumları hakkında 30 sorudan oluşan veri toplama formu uygulanmıştır. Bu veri toplama formu için Çanakkale ili Valiliği'nden ve Üniversite Hastanesi için de Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı'ndan olur alınmıştır.

Veri toplama formu:

Veri toplama formu (Ek 1) tanımlayıcı sorular ve nükleer tıp hakkında sorular olmak üzere iki ana bölümden oluşturulmuştur.

Tanımlayıcı sorular dört bölümdür: Hekimlerin yaşı, cinsiyet, hekimlik süresi, görevi (pratisyen hekim / aile hekimi, araştırma görevlisi hekim, uzman hekim, öğretim üyesi), çalıştığı yer (üniversite hastanesi, devlet hastanesi, özel hastane, toplum sağlığı merkezi, ana çocuk sağlığı ve aile planlama merkezi, verem savaş dispanseri, eğitim - araştırma hastanesi ve diğer) gibi özellikleri içeren demografik veriler, veri toplama formunun ilk bölümünde yer almaktadır. İkinci grup uzman hekimlere, üçüncü grup araştırma görevlisi hekimlere ve dördüncü grup öğretim üyesi hekimlere yönelik soruları kapsamaktadır. İkinci grup uzman hekimlere yönelik olarak "branşı, uzmanlık süresi, uzmanlık eğitimi aldığı kurum, eğitim aldığı kurumda nükleer tıbbın varlığı"; üçüncü grup araştırma görevlisi hekimlere "branşı, eğitim süresi" ve dördüncü grup öğretim üyesi hekimlere "branşı, öğretim üyesi olduğu süre, şu an kurumundaki çalışma

süresi, daha önce çalıştığı kurumda nükleer tıbbın varlığı" gibi sorular sorulmaktadır.

Hekimlerin nükleer tıp hakkında bilgi düzeyini belirlemek amacıyla sorulan sorularda; herhangi bir yakınına nükleer tıp tetkiki yapılması ve tıp fakültesinde ders alma durumu ile ilgili sorular ile Türkiye'de nükleer tıp uzmanlığının geçmişi, nükleer tıbbı tanımlamada kullanılan bileşenler, nükleer tıbbın sağlık hizmetinde kullanımı, nükleer tıbbın radyasyon içerip içermediği ve radyasyon kaynağı sorulmaktadır. Bu soruların bazıları birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği çoktan seçmeli soru olarak düzenlenmiştir. Hekimlerin nükleer tıp hakkında tutumunu belirlemede; branşları için nükleer tıbbın gerekliliği ve ne düzeyde gereksinim duydukları ve yerine hangi yöntemleri tercih ettiği sorulmaktadır. Son kısımda ise hekimlerin nükleer tıp hakkında eğitim düzeyleri ile ilgili olarak bilgileri yeterli mi, yetersizse nedeni ve nereden bilgi edinmek istedikleri araştırılmaktadır.

Çanakkale ilinde ulaşılabilen hekimlere veri toplama formu verilerek kendilerinin doldurmaları istenmiştir. Veri toplama formunu 278 hekim doldurmuştur.

İstatistiksel Değerlendirme: Veri toplama formu sonuçları SPSS 15,0 bilgisayar programı ile değerlendirilmiştir. Tüm grup için sorulara verilen yanıtların sıklığı hesaplanmaktadır. p değerinin 0,05'ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmektedir. Nükleer tıp

hakkında bilgi düzeylerine verilen yanıtlara, hekimlerin branşı, eğitim düzeyi ve yakınına tetkik yapılmasının etkilerini araştırmak için ki-kare analizleri uygulanmıştır.

Bulgular

Çalışmaya katılan hekimlerin

sosyodemografik özellikleri: Araştırmada değerlendirilen 278 kişinin %29'u (n=81) kadın (ortalama. $37,2 \pm 7,57$ yaş / yıl) ve %71'i (n=197) erkektir (ort. $42,04 \pm 8,62$ yaş / yıl). İncelenen kişilerin yaş ortalaması $40,6 \pm 8,6$ yıl (25–63 yaş arası) ve meslek yıllarının ortalaması $16,18 \pm 8,73$ yıldır (1-40 yıl arası). Katılımcıların branş ve çalıştıkları kurumlara göre dağılımı ve yaşları Tablo 1'de verilmektedir. Araştırma görevlisi hekimlerin yaşları diğer gruplara göre daha genç ve anlamlı olarak farklıdır (p=0.000). Diğer branşlar ve çalıştıkları kurumlara göre hekimlerin yaşları arasında fark yoktur (p>0.05). Katılımcıların görev gruplarına göre cinsiyet dağılımı Grafik 1'de verilmiş olup; gruplar arasında cinsiyet dağılımı açısından anlamlı fark yoktur (p>0.05).

Uzmanların uzmanlık süresi $12,43 \pm 8,6$ (1-33) yıl, öğretim üyelerinin uzmanlık süresi $10 \pm 5,55$ (3-25) yıl, öğretim üyelik süresi $7,3 \pm 5,5$ (1-20) yıldır. Tüm uzman hekimlerin %49'u (n=83) cerrahi bilimler, %46'sı (n=77) dahili bilimler ve %5'i (n=8) temel bilimler uzmanıdır. Öğretim üyelerinin ise 13'ü dahili bilimler, 14'ü cerrahi bilimler ve 8'i temel bilimlerde görev yapmaktadır. Öğretim üyeleri Çanakkale Tıp Fakültesi'nde en az bir ve en

Tablo 1. Katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımı

| | | Yaş | Yaş (min-max) | Sayı (n) | % |
|--------------|------------------------|-----------------|---------------|----------|----|
| Branş | Pratisyen | $42 \pm 7,55$ | 25-57 | 70 | 25 |
| | Uzman | $43 \pm 8,59$ | 29-63 | 133 | 48 |
| | Asistan | $30 \pm 3,87^*$ | 25-42 | 40 | 14 |
| | Öğretim görevlisi | $41 \pm 5,49$ | 32-53 | 35 | 13 |
| Kurum | Devlet hastanesi | $43 \pm 8,94$ | 25-63 | 100 | 36 |
| | Üniversite hastanesi | $35 \pm 6,95$ | 25-53 | 76 | 27 |
| | Aile Sağlığı Merkezi | $44 \pm 5,83$ | 30-57 | 53 | 19 |
| | Özel hastane | $45 \pm 9,1$ | 32-63 | 26 | 10 |
| | Diğer | $39 \pm 4,46$ | 33-48 | 12 | 4 |
| | Toplum Sağlığı Merkezi | $34 \pm 7,79$ | 25-44 | 9 | 3 |
| | AÇSAP | $44 \pm 4,24$ | 41-47 | 2 | 1 |

*Eksik yanıt verilmiştir.

| Tablo 2. Nükleer tıp konusunda hekimlerin bilgi ölçek değişkenleri ve katılım yüzdeleri | | |
|---|---|----|
| Bilgi Değişkenleri (n=278) | | % |
| Nükleer tıp Türkiye'de kaç yıldır bir uzmanlık alanıdır? | 0-10 yıl | 10 |
| | 11-20 yıl | 24 |
| | 21-30 yıl | 26 |
| | 30 yıl ve üzeri | 13 |
| | Bilmiyorum | 27 |
| Nükleer tıbbı tanımlamada hangi bileşenler vardır? | Hasta | 85 |
| | Radyoaktif elementlerle işaretli kimyasal moleküller | 91 |
| | Moleküller ve biyolojik materyallerin yaydıkları ışınların özel yöntem veya cihazlarla sayımı veya görüntülenmesi | 85 |
| | Radyofarmosötik | 48 |
| | Gamma kamera | 66 |
| | Sintigrafi | 89 |
| | Ultrasonografi | 18 |
| | BT | 22 |
| | Röntgen | 16 |
| | MRI | 16 |
| Nükleer tıbbın sağlık hizmetlerinde kullanım alanı | Hastalıkların tanısında kullanılır | 29 |
| | Hastalıkların tedavisinde kullanılır | 18 |
| | Hastalıkların hem tanı hem tedavisinde kullanılır | 87 |
| | Bilmiyorum | 2 |
| Nükleer tıp hakkındaki bilgilerden hangileri doğrudur? | Güvenilir | 68 |
| | Riskli | 13 |
| | Ağrısız | 71 |
| | Ağrılı | 1 |
| | ucuz | 19 |
| | Pahalı | 42 |
| | Düşük doz radyoaktif madde kullanılır | 64 |
| | Yüksek doz radyoaktif madde kullanılır | 14 |
| | Hasta radyasyon kaynağıdır | 38 |
| | Cihaz radyasyon kaynağıdır | 28 |
| | Çocuklarda güvenle uygulanır | 24 |
| | Çocuklarda güvenle uygulanmaz | 27 |
| | Anestezi her zaman şart değildir | 71 |
| | Anestezi her zaman gereklidir | 0 |
| Fonksiyonel görüntüleme sağlar | 70 | |
| Anatomik detay verir | 24 | |
| Nükleer tıp radyasyon içerir mi? | Evet | 89 |
| | Hayır | 7 |
| | Bilmiyorum | 5 |
| Nükleer tıpta radyasyon kaynağı nedir? | Kullanılan maddeler | 60 |
| | Kullanılan cihaz | 8 |
| | Her ikisi | 27 |
| | Bilmiyorum | 6 |

çok beş yıldır öğretim üyesi olarak çalışmaktadır. Uzman hekimlerin; %53'ü uzmanlık eğitimlerini üniversite hastanesinde, %36'sı eğitim araştırma hastanesinde, %9'u GATA'da ve %2'si diğer kurumlardan (Adli Tıp Kurumu, Refik Saydam Hıfzısıhha Enstitüsü) aldığını belirtmektedir. Bu hekimlerin %69'u uzmanlık eğitimi aldığı kurumda nükleer tıp olduğunu; %29'u olmadığını ve %2'si bunu bilmediğini söylemektedir. Öğretim görevlisi hekimlerin %72'si eğitim aldığı kurumda nükleer tıp olduğunu ve %71'i daha önce çalıştıkları kurumda nükleer tıp bulunduğunu, %27'si de bulunmadığını açıklamıştır.

Araştırma görevlisi hekimler tüm grubun %15'ini oluşturmakta olup (n=40); veri toplama formunun uygulandığı dönemde üniversite hastanesi yeni kurulduğu için araştırma görevlisi hekimler en çok iki ve en az bir yıldır çalışmaktadır.

Nükleer tıp hakkındaki bilgi sorularına verilen yanıtlar: Geliştirilen ölçek kapsamında incelenen değişkenler ve katılım yüzdeleri Tablo 2'de yer almaktadır.

Yakınına nükleer tıp tetkiki yapılması (Tablo 3): Katılımcıların %54'ünün yakınına nükleer tıp tetkiki yapılmış; %45'ine yapılmamış ve %1'i ise bunu bilmemektedir. Yakınına tetkik yapılanlar ile bilgi değişkenlerini doğru yanıtlama düzeyi ilişkilendirildiğinde; nükleer tıbbı tanımlama bileşenlerinden olan "Radyoaktif elementlerle işaretli kimyasal moleküller" (sırasıyla %95 ve %88; p = 0,001), sintigrafiyi (%91 ve %87; p<0.05), anestezi her zaman şart değildir (%77 ve %63; p<0.05) şikkını yakınına nükleer tıp tetkiki yapılmayanlara göre daha yüksek oranda işaretlemektelerdir.

Tıp fakültesinde Nükleer tıp dersi (Tablo 3): Veri toplama formunu yanıtlayan hekimlerin %67'si tıp fakültesinde nükleer tıp dersi aldığını, %28'i almadığını ve %5'i de anımsamadığını belirtmektedir. Tıp fakültesinde nükleer tıp dersi alanların nükleer tıp hakkındaki bilgi değişkenlerini doğru yanıtlama düzeyinin arttığı görülmektedir.

Katılımcıların hekimlik süresine göre yanıt oranları (Tablo 3): Hekimlik süresi 15 yıldan

fazla olanların %20'den fazlası ve 15 yıldan az süreli hekim olanların ise %10'dan daha azı MR'ı nükleer tıp bileşeni olarak işaretlemektedir (p=0.002). 30 yıl üstünde hekim olanların %30'u ile daha genç hekimlerin %75'i nükleer tıp uygulamalarında "anestezi her zaman şart değil" seçeneğini işaretlemektedirler. Bu iki yanıt dışında hekimlik süresi ile nükleer tıp bilgi düzeyi ve tutumları açısından herhangi fark bulunmamaktadır (p>0,05).

Uzmanlık süresi ve öğretim üyeliği süresinin verilen yanıtlara etkisi (Tablo 3): 20 yıldan daha kısa süreli uzman hekimler; Gamma kamera ve nükleer tıbbın temel çalışma prosedürü hakkındaki doğru yanıtı eski hekimlere göre daha yüksek oranda işaretlemektedirler (p<0,05). Öğretim üyelerinin çalışma süresi ile nükleer tıp hakkında verilen yanıtlar arasında hiçbir farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Uzmanlık eğitimi aldığı kurumun verilen yanıtlara etkisi (Tablo 3): Uzmanlık eğitimi aldığı kurumda nükleer tıp olanların %74'ü ile olmayanların %52'si "Nükleer tıp uygulamalarında anestezi her zaman şart değildir" yanıtı vermektedirler (p<0,05). Bu soru dışında uzmanlık eğitimi aldığı kurumda nükleer tıp olan ya da olmayanların sorulara verdiği yanıtlar arasında farklılık bulunmamaktadır (Pearson ki kare p>0,5).

Uzmanlık eğitimi aldığı kurumun verdiği yanıtlara etkisine bakıldığında; röntgeni nükleer tıp bileşenleri içinde işaretleyenlerin oranı (p=0,005) ve "Nükleer tıp fonksiyonel görüntüleme sağlar" diyenlerin oranı (<0,05) kurumlar arasında anlamlı olarak farklıdır. Bu iki soru dışında hekimlerin uzmanlık eğitimi aldığı kurumun veri toplama formu sorularına verdiği yanıtlar açısından farklılık yoktur (p>0,05).

Katılımcıların nükleer tıp hakkındaki tutum ve davranışlarına ilişkin sorulara verilen yanıtlar Tablo 4'te özetlenmektedir. Ayrıca, hekimlerin branşlarına göre nükleer tıba gereksinim düzeyleri değerlendirilmektedir. Araştırma görevlisi hekimlerin branşı için nükleer tıbbın gerekliliğini düşünenler %68, gerekli değil diyenler %28 ve bunu bilmediğini belirtenler

%5 oranlarındadır. Öğretim üyeleri çoğu branşta tek kişi olduğundan, nükleer tıbbın branşları için gerekliliği sorusuna verdikleri yanıtlar, il bazındaki katılımcı tüm uzmanlarla birlikte değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye çocuk hastalıkları, iç hastalıkları, kardiyoloji, enfeksiyon hastalıkları, göğüs hastalıkları, fizik tedavi, nöroloji, psikiyatri, aile hekimliği, adli tıp, genel cerrahi, üroloji, nöroşirürji, plastik cerrahi, göz hastalıkları, çocuk cerrahisi, kulak burun boğaz hastalıkları (KBB), kalp damar cerrahisi, acil tıp, göğüs cerrahisi ve ortopedi dalları alınmıştır. Çocuk sağlığı ve hastalıkları %9, nöroloji %11, enfeksiyon hastalıkları %25, KBB %30, nöroşirürji %33, göz hastalıkları %40, psikiyatri %50, aile hekimliği %58, acil tıp %100 (n=1 kişi) oranlarında branşları için nükleer tıbbın gerekli olmadığını belirtmektedir.

Pratisyen hekimlerde bu soruya verilen yanıtlar ise, %66'sı gereksiz olduğu ve %9'u ise bilgisi olmadığı biçimindedir. Aile hekimliği uzmanları ile pratisyenlerin nükleer tıp konusundaki görüş oranları benzerdir. (Gerekmez diyenler sırasıyla %58 ve %66.) Bu iki grubun asistanlarının bu soruya yanıtları (Gerekli diyenlerin oranı: Pratisyen hekim %25; aile hekimleri %33 ve asistan %68) ile kıyasladığımızda gruplar arasında istatistiksel olarak farklılık bulunmamaktadır (p=0,001).

Katılımcılardan nükleer tıp hakkında bilgilerinin yetersiz olduğunu düşünenlerin oranı %78'dir. Bunun nedenleri %52 "Mezuniyet sonrası yeterli bilgilendirme almama", %42 "Tıp fakültesinde yeterli eğitim almama", %29 "Uzmanlık alanıyla ilgili olmadığını düşünme", %21 "Uzmanlık eğitiminde yeterli eğitim almama" ve %17 "Nükleer tıba gereksinim olmaması" olarak sıralanmaktadır. Katılımcıların nükleer tıp hakkında bilgilenme yöntemi olarak, %64'ü eğitim toplantıları, %39'u Türkiye Nükleer Tıp Derneği'nin (TSNM) internet sayfası, %30'u kitap/broşür, %8'i tabip odası, %4'ü medya ve diğer (örneğin, doğrudan ilgili öğretim üyesinden bilgilenme) kanalıyla bilgilenmek istediklerini bildirmişlerdir.

Tartışma

Türkiye'de nükleer tıp 1950'li yıllarda hizmet vermeye başlamış, Sağlık Bakanlığı tarafından

Tablo 3. Nükleer tıp hakkında bilgilere yakınlıkla ilgili yapılmış, nükleer tıp dersi alması, hekimlik süresi ve uzmanlık eğitimi aldığı kurumun etkileri

| | Yakınına tetkik yapılanlar (%) | Yakınına tetkik yapılmayanlar (%) | p | |
|---|--|---|-------------|--------------|
| Radyoaktif elementlerle işaretli kimyasal moleküller | 95 | 88 | 0.001 | |
| Sintigrafi | 91 | 89 | <0.05 | |
| Anestezi her zaman şart değildir | 77 | 63 | <0.05 | |
| | Ders alanlar | Ders Almayanlar | | |
| Hasta radyasyon kaynağıdır | 44 | 23 | 0.005 | |
| Çocuklarda güvenle uygulanır | 29 | 14 | <0.05 | |
| Anestezi her zaman şart değildir | 72 | 62 | <0.05 | |
| Fonksiyonel görüntüleme sağlar | 74 | 58 | <0.05 | |
| Kullanılan maddeler radyasyon kaynağı | 70 | 52 | <0.05 | |
| Nükleer tıpta radyasyon kaynağını bilmeyenler | 2 | 11 | <0.05 | |
| | Hekimlik süresi > 15 yıl | Hekimlik süresi < 15 yıl | | |
| MR nükleer tıp bileşenidir | >20 | <10 | 0.002 | |
| | Hekimlik süresi > 30 yıl | <30 yıl | | |
| Anestezi her zaman şart değil | 30 | 68-79 | <0.05 | |
| | Uzmanlık süresi <20 yıl | >20 yıl | | |
| Gamma kamera | 80-100 | 50-70 | <0.05 | |
| Moleküller ve biyolojik materyallerin yaydıkları ışınların özel yöntem veya cihazlarla sayımı veya görüntülenmesi | 59-82 | 0-56 | <0.05 | |
| | Uzmanlık eğitimi aldığı kurumda nükleer tıp olanlar | Uzmanlık eğitimi aldığı kurumda nükleer tıp olmayanlar | | |
| Anestezi her zaman şart değildir | 74 | 52 | <0.05 | |
| | Uzmanlık eğitimi aldığı kurum | | | |
| | Devlet hastanesi | Eğitim araştırma hastanesi | GATA | Diğer |
| Röntgen nükleer tıp bileşenidir | 16 | 46 | 9 | 0 |
| Fonksiyonel görüntüleme sağlar | 76 | 39 | 73 | 33 |

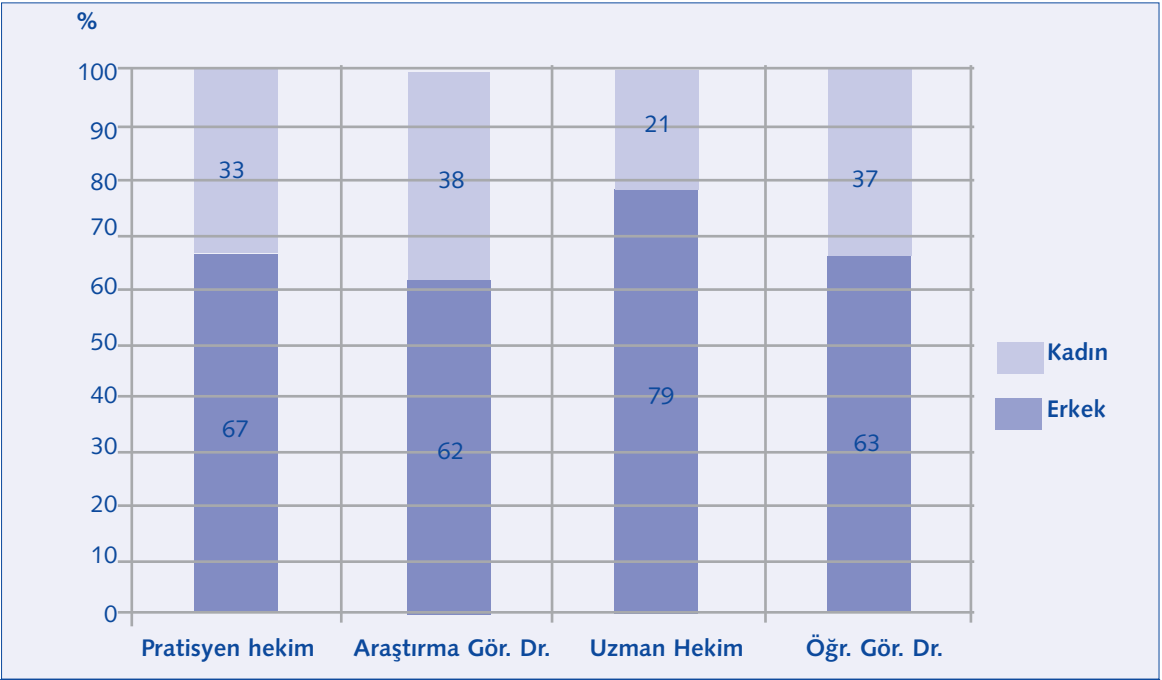
*Tüm değerler % olarak ifade edilmiştir.

1974 yılında ayrı bir uzmanlık dalı olarak tanımlanmıştır. Altmış yıllık geçmişe karşın, ancak son yıllarda büyük şehirlerden sonra diğer illerde yaygın olarak nükleer tıp birimleri kurulmuştur. Ne var ki, bu çalışmanın yapıldığı tarihte Çanakkale ilinde henüz nükleer tıp hizmeti verilmemekteydi. Çalışmamızda günümüzde daha da yaygın kullanılan, ancak henüz nükleer tıp hizmeti üretilmezken nükleer tıp konusunda Çanakkale ilindeki hekimlerin bilgi düzeyini ve nükleer tıba bakış açılarını belirlemek amaçlanmıştır.

Nükleer tıbbı tanımlayan bileşenler içinde olan sintigrafi (%89) ve moleküller ve biyolojik materyallerin yaydıkları ışınların özel yöntem ya da cihazlarla sayımı ya da görüntülenmesi (%85) hemen eşit ve iyi düzeyde yanıtlanmış iken; nükleer tıpta kullanılan temel cihaz olan Gamma kamera %66'lık düzeyde kalmaktadır. Benzer olarak, radyoaktif elementlerle işaretli kimyasal moleküllerin bilinmesi %91 oranında iken; radyofarmasötik yalnızca %48 olarak bilinmektedir. Bu sonuçlar, tanımlamalar hakkında hekimlerin bilgi sahibi olduğu, fakat radyolojide kullanılan MR ve BT kadar nükleer tıba özgün terimler hakkında yeterli bilgi düzeyinde olmadıklarını düşündürmektedir. Yüzde 22 hekimin BT'yi nükleer tıbbın bileşeni olarak tanımlaması PET / BT'ye bağlı olabilir. USG cihazının nükleer tıbbın bileşeni olarak tanımlanması ise, farklı nükleer tıp bölümlerinde tiroid USG yapılması ve hekimlerin staj programlarında bunu görmesine bağlanabilir. Ancak röntgen ve MR cihazının nükleer tıp kapsamında tanımlanması (%16), tıbbın bugün ulaştığı aşamada, üzüntü vericidir. Nükleer tıbbın temel tanımlamaları ve bileşenleri hakkında ayrıntılı bilgilere TSNM sayfasından ulaşılabilir (www.tsnm.org). Bireysel / bölgesel ya da dernek aracılığıyla yapılacak tanıtım toplantıları ile

Tablo 4. Nükleer tıp konusunda hekimlerin tutum ve davranış ölçek değişkenleri ve katılım yüzdeleri

| Davranış değişkenleri | | % |
|--|------------------------|----|
| Branşınız için nükleer tıp işlemi gerekli mi? | Evet | 56 |
| | Hayır | 39 |
| | Bilmiyorum | 5 |
| Son bir ayda kaç defa nükleer tıp tetkikine ihtiyaç duyduunuz | Sıfır | 72 |
| | 1-5 | 21 |
| | 6-10 | 4 |
| | 11-15 | 2 |
| | >20 | 2 |
| | Sıfır | 83 |
| Son bir haftada kaç defa nükleer tıp tetkikine ihtiyaç duyduunuz | 1-4 | 16 |
| | >5 | 2 |
| | Röntgen | 33 |
| Nükleer tıp imkânı yoksa hangi yöntemleri tercih ediyorsunuz? | Ultrasonografi | 39 |
| | Bilgisayarlı tomografi | 33 |
| | MR | 31 |
| | Biyokimyasal tetkikler | 22 |
| | İl dışına yolluyorum | 40 |
| | Diğer | 10 |



Grafik 1. Katılımcıların görev gruplarına göre cinsiyet dağılımı

gerekli bilgilerin hekimlere ulaştırılması bilgi açığını ortadan kaldırabilir.

Nükleer tıbbın sağlık hizmetlerinde hem tanı, hem de tedavide kullanıldığı %89 hekim tarafından doğru bilinmektedir. Bu konuda medyadaki bilgilendirmelerinin (Tiroid kanseri ya da mikroküre tedavisi) katkısı olabilir. Katılımcıların yalnızca %13'ü nükleer tıbbın Türkiye'deki geçmişinin 30 yıldan fazla olduğunu farkındadır. Hekimler genelde nükleer tıbbı çok yeni bir branş olduğunu düşünmektedirler.

Çalışmaya katılan doktorların nükleer tıbbı %19'u ucuz ve %42'si pahalı, %24'ü çocuklarda güvenilir ve %27'si güvenilirmez ve %13'ünün riskli olarak tanımlaması; nükleer tıba karşı hekimlerin hâlâ güven duymadığı ve tercih etme konusunda çekinceleri olduğunu göstermektedir. Ancak tıp fakültesinde konunun eğitimini alanlar daha fazla güven duymaktadırlar. Dolayısıyla eğitim alınan tıp fakültesi ile uzmanlık eğitimi alınan kurum çok önemli gözükmektedir.

Özellikle nükleer tıbbın radyasyon içermediğinin söylenmesi (%7) ve radyasyon kaynağının kullanılan maddelere değil de cihaz kaynaklı olduğu (iki farklı soruya verilen yanıtla göre %28 ve %8 oranlarında) ya da cihaz ve madde kaynaklı (%27) olarak belirtilmesi şaşırtıcıdır. Ancak bu sorulara verilen yanıtlar tıp fakültesinde nükleer tıp dersi alınmış olması ile değişmektedir. Bir önceki konuda da vurgulandığı gibi, tıp eğitimi sırasında ve mezuniyet sonrası eğitim toplantılarında bu konuların özellikle vurgulanmasının gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Toplam olarak hekimlerin %39'u nükleer tıba gereksinim duymamakta ve son zamanlarda nükleer tıp tetkikine gereksinim duyulmadığı anlaşılmaktadır. Hekimlerin gereksinime karşın il dışına yönlendirmekten çekinerek (yalnızca %40), nükleer tıba alternatif yöntemleri tercih etmeleri de düşündürücüdür. Eğitimleri süresinde nükleer tıp konusunda deneyimleri olsa bile, koşullar nedeniyle hekimlerin kullanım tercihlerinin azaldığı düşünülmektedir.

Hekimlerin %78'i nükleer tıp bilgilerinin yetersiz olduğunu; bunun da gerek tıp fakültesi, gerekse mezuniyet sonrası eğitimdeki yetersizlikten kaynaklandığını belirtmişlerdir. Derneklerin düzenlediği kurslarda nükleer tıp branşının önemini ve yerinin vurgulanması, uzmanlık dernekleri ile ortak toplantıların düzenlenmesi gerekli görülmektedir. Gerek uzmanlık dernekleri, gerekse tabip odaları ile ortak eğitim çalışmalarının düzenli olarak yürütülmesi nükleer tıp branşının doğru tanıtımına katkı sağlayacaktır.

Bu çalışma, ulaşabildiğimiz ulusal ve uluslararası literatüre göre bu konuda yapılmış ilk araştırmadır. Ulaşılan sonuçlar sürpriz değildir. Çünkü ülkemizde nükleer tıp dersi konusunda homojen bir eğitim verilmemektedir. Ders programı 3., 4. veya 5. sınıfta teorik ders (hafta ya da ayda bir saat) ya da 4. veya 5. sınıfta staj şeklinde olmaktadır. Nükleer tıp dersleri son yıllarda hemen tüm tıp fakültelerinde verilmeye başlamıştır. Ancak ilimizdeki hekimlerin ortalama 15 yıllık oldukları da göz önüne alınmalıdır. Burada mezuniyet sonrası eğitimin önemi ortaya çıkmaktadır.

Bu sorun, ilimizden çok ülkemizin yaygın bir sorundur. Yalnızca nükleer tıp branşı için değil, pek çok konuda mezuniyet sonrası düzenli eğitim programlarının yürütülmesi zorunludur. Dasgupta'nın (2) çalışması hekimlerin bu konuda yeterli eğitim almadığında nükleer tıp tetkiklerinden habersiz olduklarını açıkça göstermektedir.

Araştırmanın Kısıtlılıkları: Tanımlayıcı tipteki bu araştırmada tabip odası üyesi hekimlere ulaşmak hedeflenmiş, ancak hekimlere erişim sınırlı düzeyde kalmıştır (%57,3).

Bu veri toplama formu çalışması beyana dayalı veriler aracılığı ile toplanmaktadır.

Beyanlardaki hatalar sonuçlarda değişikliklere yol açabilir. Bu çalışmanın nükleer tıp hizmeti verilen il ya da kurumlarda ve spesifik branşlarda mezuniyet öncesi ve sonrası tekrar edilmesi ve sonuçların karşılaştırılması gereklidir.

Sonuç

Bu veri toplama formu çalışması, nükleer tıpta eğitimde dikkat edilecek konulara katkıda bulunabilir. Çalışmamıza katılan çoğu hekim nükleer tıbbın farkındadır, ancak pratikte kullanımı hakkında bilgi sahibi değildir. Veri toplama formu çalışması sırasında ilde nükleer tıp hizmetinin bulunmaması da olumsuz sonuçları artırmıştır.

Teşekkür

Bu çalışmaya katılmayı kabul eden tüm hekimlere, yardımlarını esirgemeyen tüm başhekim ve yardımcılarına ve bu veri toplama formlarını ilçelere ulaştırmamızı sağlayan Sanofi Aventis firmasının tıbbi tanıtım sorumlusu Tuba Özdemir'e teşekkürü bir borç bilirim.

İletişim: Dr. Funda Üstün

E-posta: fund austun@trakya.edu.tr

Kaynaklar

1. Devlet İstatistik Kurumu. Ulaşım tarihi 6 Şubat 2011, <http://tuikapp.tuik.gov.tr/adnksdagitapp/adnks.zul>
2. Dasgupta DJ, Ryan PJ. Awareness and understanding of nuclear medicine among junior doctors in a district general hospital setting: an audit and personal experiences. Nucl Med Commun 2010; 31(12): 1004-7.

Erken Doğum Sonrası Dönemdeki Loğusaların Anne - Bebek Bağlanmasına İlişkin Görüşleri

The Opinions of Mothers in the Early After Childbirth Period About
Mother – Baby Bonding

Araştırma



Research

Funda Evcili, Gülçin Abak**, Berrin Tali**, Dr. Z. Burcu Yurtsal**

Geliş tarihi : 04.02.2014
Kabul tarihi: 19.04.2014

Öz

Bağlanma, anne ve bebek arasında oluşan; fiziksel, sosyal, emosyonel boyutları olan çok önemli bir süreçtir. Bir bebek sahibi olmak düşüncesi ile başlayan, gebelik sırasında artarak süren ve doğum sonu ilk saatler içinde optimal düzeye ulaşan bu süreç, etkili iletişim, etkileşim ve desteklerle güçlendirilebilmektedir.

Araştırma tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Çalışmanın amacı, doğum sonrası ilk 24 saat içinde bulunan kadınların (n=300) anne - bebek bağlanmasına ilişkin görüşlerini incelemektir. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan anket formları aracılığı ile toplanmış ve frekans dağılımı ve ki-kare testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Kadınların yaş ortalamasının $26,7 \pm 6,3$ olduğu, yalnızca 1/3'ünün bağlanma kavramına ilişkin bilgi aldığı, bağlanma kavramına ilişkin bilgi alanların önemli bölümünün bilgi kaynağını ebelerin olduğu saptanmıştır.

Kadınların bebeklerine karşı olumlu duygular besleme durumu ile iyi eş ilişkisi, gebeliğin planlı olması, olumlu aile içi ilişkilerde bulunma, bebeğini ilk 30 dakika içinde kucağına alma, ilk 30 dakika içinde emzirmiş olma, emzirmenin önemine inanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Etkili bağlanma için annelerin yenidoğan ile ten tene temasının sağlanması, erken ve sık emzirmeye özendirilmesi gerekmektedir. Anneler ile bağlanma süreci ve önemi konusunda paylaşımlarda bulunulması ve anne-bebek ayrılığının azaltılarak etkileşimin artırılmasına yönelik çabalara gereksinim vardır.

Anahtar sözcükler: Bağlanma, Doğum sonrası dönem, Anne, Yenidoğan

Abstract

Bonding between the mother and the baby is a very important process possessing physical, social, emotional aspects. The bonding process, starting with the idea of having a baby, increasing during pregnancy and reaching an optimal level in the first hours of the postpartum period, can be strengthened with effective communication, interaction and supports.

This study is a descriptive study. The purpose of the study is to examine the opinions on mother - infant bonding of women within the first 24 hours postpartum (n= 300). Data were collected using a questionnaire developed by the researchers and frequency distribution and chi-square tests were used. for analysis. The average age of the women was 26.7 ± 6.3 . Of the participants, 1/3 had received information on the concept of bonding, a significant portion of the knowledge resource was through the education of midwives.

The positive feelings of mothers for their babies were found to have statistically significant relationships with positive partner relationships, planned pregnancies, positive family relations, holding the baby within the first 30 minutes, breastfeeding within the first 30 minutes, and believing in the importance of breastfeeding. For efficient bonding, the mother should have skin contact with the newborn and frequent breastfeeding should be encouraged. Efforts are needed to inform mothers about the importance of the bonding process and to increase interactions of the mother and the baby, preventing mother-infant separation.

Key words: Bonding, Postpartum period, Mother, Newborn

*Arş. Gör.; Cumhuriyet Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Sivas

**Cumhuriyet Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü Öğrencisi, Sivas

Giriş

Bağlanma, insanların kendileri için önemli olan kişiler ile güçlü ve duygusal bağlar kurma eğilimi olarak tanımlanmaktadır (1). Perinatal süreç boyutu ile değerlendirildiğinde ise bağlanma, bir bebeğe sahip olma hayalinin kurulması ve buna karar verme süreci ile başlayan, yaşamın ilk yıllarında özellikle anne - bebek etkileşimleri ile biçimlenen, bağlanma örüntülerinin niteliği ile bireylerin fiziksel, sosyal ve psikolojik açıdan yeterliliklerini etkileyen önemli bir belirleyici olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle prekonsepsiyonel dönemden başlayarak tüm perinatal süreç boyunca anne ve bebek arasındaki duygusal bağ kurma eğiliminin desteklenmesi ve bağlanma gereksinimlerinin karşılanması, sürdürülmesi ve güçlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (2,3,4).

Gebelik öncesi, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerinin herbirinde anneye, bebeğe ve aileye yönelik verilen tüm sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda ebeler ve perinatal kliniklerde çalışan hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Bağlanma sürecini güçlendirecek etkili ebelik ve hemşirelik bakımlarının yanı sıra, doğum yapan kadının da bu sürece aktif olarak girmesi ve sorumluluklar alması bakımın amaçları arasında yer almalıdır. Bu amaca yönelik olarak, prenatal dönemden başlayarak, anne adayının bağlanma kavramına ilişkin bilgi düzeyinin ve bağlanma davranışına yönelik uygulamalarının ortaya konması önem taşımaktadır. Yapılan bu değerlendirme, annelerin bağlanmayı güçlendirdiği düşünülen doğru uygulamalarının pekiştirilmesine ve bağlanmayı negatif etkilediği düşünülen etkenlerin ortadan kaldırılmasına, bebek ile bağlanma sürecini etkileyebilecek geleneksel uygulamalara yönelik eğilimini belirlemeye olanak sağlayacaktır.

Ebelerin, hemşireler ve özellikle annelerin işbirliği ile bağlanmayı güçlendirmeye yönelik girişimleri zamanında ve etkin biçimde yapmalarının, annelerin fizyolojik ve emosyonel doyumlarını etkilediği düşünülmektedir. Bu girişimlerin yenidoğanın gelecekte bağımsız ve kendine güvenli bir birey olarak yetişebilmesi ile de yakından ilişkili olduğu düşünülmektedir (5,6,7,8). Araştırma, erken postpartum dönemde bulunan loğusalara "anne-bebek bağlanma"na yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Yöntem

Tanımlayıcı nitelikteki araştırmanın örneklem sayısı, evrenin belli olduğu durumda olayın görülüş sıklığını incelemek amacıyla kullanılan formül yardımıyla 318 olarak hesaplanmıştır. Çalışma, 20.12.2012 - 28.03.2013 tarihleri arasında Sivas Devlet Hastanesi Aseptik ve Ameliyat Servisi'nde yatan postpartum dönemde (postpartum ilk 24 saat) bulunan, iletişim ve algılama kusuru olmayan 300 kadın ile yürütülmüştür. Araştırma öncesinde Sivas Devlet Hastanesi'nden gerekli izinler alınmıştır. Uygulamaya katılan kadınlara araştırmanın konusu ve amacı hakkında gerekli bilgiler verilmiş, araştırmaya katılmayı kabul ettiklerine ilişkin sözel onam alınmıştır. Araştırmada veriler araştırmacılar tarafından literatüre dayalı olarak geliştirilen soru formları kullanılarak toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Kadınların sosyodemografik özelliklerini belirlemeye yönelik 8 sorudan oluşan formda postpartum dönemde bulunan kadınların yaşı, eğitim durumu, sosyoekonomik düzeyleri, gebelik ve doğum öyküleri sorgulanmıştır.

Annelerin Anne-Bebek Bağlanmasını Etkilediğini Düşündükleri Faktörleri

Belirleme Formu: Form, annelerin bebeğine olumlu duygular besleme durumu ile anne-bebek bağlanmasını etkilediği düşünülen faktörleri belirlemeye yönelik 19 sorudan oluşmaktadır. Anket formları araştırmacılar tarafından yüz yüze anket yöntemi kullanılarak doldurulmuştur. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 14.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin istatistiksel analizinde yüzdeler dağılımları ve Ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular

Yaş ortalaması $26,7 \pm 6,3$ olan kadınların %70'inin ilköğretim mezunu olduğu, %17,3'ünün sosyal güvencesinin olmadığı, %54,7'sinin ise ekonomik durumunu orta düzey olarak tanımladığı belirlenmiştir. Tablo 1'de kadınların anne-bebek bağlanmasına ilişkin bilgi durumları değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan kadınların %35,2'sinin anne - bebek bağlanmasına ilişkin bilgi aldığı, bilgi alan kadınların %25,3'ünün bilgi kaynağı olarak ebeleri gösterdikleri, %85,4'ünün aldıkları bilgiyi çok yeterli / yeterli buldukları saptanmıştır.

Çalışmaya katılan kadınlardan, doğum sonrası ilk 24 saat itibariyle yaşadıkları duyguları belirtmeleri istenmiş, kadınların duygu açıklamalarına Tablo 2'de yer verilmiştir. Annelerin "Bebeğime sahip olduğum için kendimi çok mutlu hissediyorum" duygusuna katılma durumu ile pozitif eş ilişkisi, gebeliğin planlı olması, pozitif aile içi ilişkilerde bulunma, bebeğini ilk 30 dakika içinde kucağına alma, ilk 30 dakika içinde emzirmiş olma, emzirmenin önemine inanma durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p < 0,05$).

Çalışmamızdaki kadınların hemen hemen tamamı (%98,3) anne – bebek arasında bağlanmayı güçlendirecek birçok girişimin olduğunu düşünmektedir. Tablo 3'e göre, kadınların %88'i emzirmenin, %87'si bebeğe sarılma / kucağa almanın, %66'sı bebekle yumuşak ses tonu ile konuşmanın, %65'i bebekle göz göze iletişim kurmanın, %51'i bebeğe masaj yapmanın anne – bebek bağlanmasını güçlendirecek girişimler olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmamızdaki kadınların %84'ü bebekleri ile etkili bir bağlanma süreci yaşamalarının önünde engel oluşturabilecek durumların varlığından söz etmişlerdir. Tablo 4'te annelerin anne - bebek bağlanmasını engellediğini düşündükleri faktörler doğum sonu ağrı (%67,7), yorgunluk (%48,7), doğum sırasında yapılan müdahaleler (%13,7) olarak sıralanmaktadır.

Tablo 1. Kadınların anne - bebek bağlanmasına ilişkin bilgi durumları

| Bağlanma Kavramına İlişkin Bilgi Alma (n = 300) | Sayı | % |
|---|------|------|
| Aldım | 103 | 34,3 |
| Almadım | 197 | 65,7 |
| Bilgi Kaynağı (n = 103) | Sayı | % |
| Ebe | 76 | 25,3 |
| Televizyon/İnternet | 35 | 11,7 |
| Hemşire | 27 | 9,0 |
| Gazete/Kitap | 23 | 7,7 |
| Doktor | 19 | 6,3 |
| Aile - Arkadaş | 12 | 4,0 |
| Aldığı Bilgiyi Yeterli Bulma Durumu (n = 103) | Sayı | % |
| Çokyeterli | 16 | 15,5 |
| Yeterli | 72 | 69,9 |
| Yetersiz | 15 | 14,6 |

Tartışma

Geçmişten günümüze kadar yapılan çalışmalardan elde edilen veriler bağlanma örüntülerinin bireyden bireye ve yaşam dönemlerine göre farklılaştığını ortaya koymaktadır (5). Yaşamın ilk yıllarında oluşturulan bağlanma örüntülerinin tüm yenidoğanların iyilik durumunu sürdürmede etkili olduğu ve biyopsikososyal açıdan birey olarak gelişimleri üzerinde de önemli etkiler yaptığı kabul edilmektedir. Özellikle doğum sonu dönem, bağlanmanın iki bileşenini oluşturan anne ve bebeğin desteklenmesi, güçlendirilmesi açısından önem taşımaktadır (5).

Bağlanma, anne ve bebeğin arasındaki ilk temasla başlayan biricik, özel ve uzun süreli emosyonel bağ olarak (10); bağlanma davranışı ise, yaşamda kalma mücadelesi sırasında ortaya çıkan, beslenme ve üreme kadar önemli olan içgüdüsel bir tepki olarak tanımlanmaktadır (1). Her ne kadar literatürde "ilişki kurma" kavramı ile eşanlamlı olarak kullanılsa da, "bağlanma" kavramının "ilişki kurmak"tan çok daha fazlasını içerdiği düşünülmektedir. Dahası bağlanma, günümüzde halen üzerinde önemle durulan, konuşulan ve farklı kuramlarla açıklanmaya çalışılan gizemli bir kavram olmayı da sürdürmektedir. Bağlanma kavramına yüklenen anlam bireylerin içgüdülerinden ve somut kaynaklardan elde ettikleri bilgilere bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir (11).

Çalışmamıza katılan kadınların önemli bir bölümü, anne-bebek bağlanmasına ilişkin bilgilerini ebelerden, hemşirelerden ve televizyon, internet, kitle iletişim araçları gibi somut kaynaklardan aldıklarını bildirmişlerdir. Klinik kılavuzlar ve protokollerde, ebelerin ve perinatal kliniklerde çalışan hemşirelerin bağlanma sürecinin kurulmasında ve geliştirilmesinde anahtar roller üstlendikleri belirtilmektedir. Özellikle doğum sonrası dönemin ilk saatleri içinde, ebeler ve hemşireler tarafından biçimlendirilen anne ve bebek arasındaki etkileşim sürecini en erken dönemde başlatmaya dönük girişimlerin son derece önemli olduğu kabul edilmektedir. Annenin ve bebeğin fiziksel bakımlarının sağlanmasına, doğum sonrası dönemde özel riskli durumların önlenmesine, aile üyelerinin bu yeni duruma psikososyal uyumunun sağlanmasına yardım ve kılavuzluk edilmesine yönelik tüm girişimler, bağlanmayı güçlendirmeye yönelik çalışmalarla bütünleştirilmelidir (12,13,14).

Tablo 2. Kadınların bebeklerine yönelik duyguları ile pozitif eş ilişkisi arasındaki ilişki

| Annelerin duyguları | Çok iyi | | İyi | | Orta | | Toplam | |
|--------------------------------|---------|------|-----|------|------|------|--------|-------|
| | s | % | s | % | s | % | s | % |
| Kendimi çok mutlu hissediyorum | 150 | 52,8 | 124 | 43,7 | 10 | 3,6 | 284 | 100,0 |
| Bebeğime karşı isteksizim | 2 | 33,3 | 3 | 50,0 | 1 | 16,7 | 6 | 100,0 |
| Kendimi yetersiz hissediyorum | 3 | 42,9 | 2 | 28,6 | 2 | 28,6 | 7 | 100,0 |
| Hiçbir şey hissetmiyorum | 1 | 33,3 | 2 | 66,7 | 0 | 0 | 3 | 100,0 |
| Toplam | 156 | 52,0 | 131 | 43,7 | 13 | 4,4 | 300 | 100,0 |

Tablo 3. Doğum sonrası dönemdeki kadınlara göre anne - bebek bağlanmasını güçlendiren faktörler * (n=300)

| Bağlanmayı Güçlendiren Faktörler | Sayı | % |
|----------------------------------|------|------|
| Emzirme | 266 | 88,0 |
| Sarılma | 261 | 87,0 |
| Yumuşak ses tonu ile konuşma | 199 | 66,3 |
| Bebekle göz göze iletişim kurma | 195 | 65,0 |
| Masaj yapma | 154 | 51,3 |
| Banyo | 152 | 50,7 |

* Birden fazla yanıt olduğu için yüzdeler n üzerinden alınmıştır

Tablo 4. Postpartum dönemdeki kadınlara göre etkili anne-bebek bağlanmasını engelleyen faktörler* (n:300)

| Bağlanmayı Güçlendiren Faktörler | Sayı | % |
|----------------------------------|------|------|
| Doğum sonu ağrı | 203 | 67,7 |
| Yorgunluk | 146 | 48,7 |
| Doğumda yapılan müdahaleler* * | 41 | 13,7 |
| Zor doğum süreci | 25 | 8,3 |

* Birden fazla yanıt olduğu için yüzdeler n üzerinden alınmıştır.

**vajinal muayene, sürekli yatakta tutulma, doğumun ikinci evresini kısaltmak amacıyla fundal baskı uygulaması gibi yanıtlar "doğumda yapılan müdahaleler" başlığı altında ele alınmıştır.

Çalışmamızda "Bebeğime sahip olduğum için kendimi çok mutlu hissediyorum" duygusuna katılan annelerin daha pozitif eş / aile içi ilişkilere sahip oldukları, gebeliklerinin planlı olduğu, doğum sonu dönemde ilk 30 dakika içinde bebeklerini kucaklarına aldıkları ve emzirdikleri bulunmuştur. Klinik rehberler, kadının desteklerinin minimal olması ya da yeterli desteklerinin bulunmaması, annenin bebeğin evde bakımına ilişkin kaygılarının olması, bebeğe yönelik istismar, aile öyküsünde pozitif ilişkilerin yokluğu, aile içi şiddet gibi risk faktörlerinin varlığında bağlanma sürecinin olumsuz yönde etkileneneceğini ortaya koymaktadır (12,14,15). Çalışmamıza katılan annelerin hemen tamamı bebeği emzirmeyi, bebeğe sarılmayı / kucağa almayı, bebekle yumuşak ses tonu ile konuşmayı, göz göze iletişim kurmayı, bebeğe masaj yapmayı anne – bebek arasında bağlanmayı güçlendirecek girişimler arasında sıralamaktadır. Yapılan çalışmalarda emzirmenin; anne- bebek arasındaki bağı

güçlendiren eşsiz bir etkileşim olduğu ortaya konulmaktadır (16,17,18,19). Doğum sonrası erken dönemde, birinci ve üçüncü aylarda emzirmenin bebeğine daha sevecen olan, daha sevgi dolu yanıtlar oluşturan, daha duyarlı anne davranışlarının geliştirilmesine katkı sağladığı belirtilmektedir (16). Anne / bebek arasındaki fiziksel etkileşim ve ilk temas, bağlanmayı başlattığı ve güçlendirdiği düşünülen bir diğer önemli etken olarak kabul edilmektedir (9,19). Johnson (2013), özellikle doğumu izleyen ilk 2 saat içinde annenin bebeğini emzirmeye başlamasının ve hemen ten tene temas kurulmasının, ilk bir yıl içerisinde ise bebeğin gereksinimlerini zamanında karşılanmasının çocuğun kognitif ve sosyoemosyonel gelişimi ile fiziksel sağlığı ve kişiler arası ilişki kurma sürecini etkilediğini, doğum sonrası dönemde anne ve bebeğin ayrılmasının ise tüm bu süreçler üzerine negatif etkiler yarattığını belirtmektedir (20). Kanıta dayalı, güncel klinik kılavuzlarda, doğum sonrası dönemde anneye destek sistemlerinin, annenin emzirmeye uyumunun, annenin bebeğin ağlamasına verdiği yanıtın, bebekle ilişki kurma çabasının değerlendirilmesine ve zayıf bağ kurmaya neden olabilecek risk faktörlerinin tanımlanmasının önemine dikkat çekilmekte; doğum sonrasında maternal-neonatal bağ kurmayı sağlamak amacıyla anne ve bebeğin zaman yitirilmeden, ilk beslenmeyi beklemeyen, ten tene temas etmesinin sağlanmasının gerekliliğine vurgu yapılmaktadır (12,14). Doğumu izleyen ilk 3 saat içerisinde ten tene temas eden annelerin bebeklerini yalnızca anne sütü ile besleme olasılıklarının arttığı belirtilmektedir (21). Amerika ve Avrupa'da kanguru bakımı tekniği ile anne ve bebeklerinin ten tene temas etmeleri desteklenmektedir (22,23). Postpartum erken dönemde anne-bebek ayrılmasının negatif sonuçlarını ortaya koyan çalışmalar da bulunmaktadır. İlk iki saat içerisinde bebeği ile etkileşimde olan bebeğine dokunan, emziren, giydiren annelerle ile bebeklerinin bir yıl sonraki etkileşimleri değerlendirildiğinde, ayrı tutulan anne ve

bebeklere oranla daha pozitif bir etkileşim içinde oldukları, ayrı tutulan anne ve bebekler arasında daha minimal düzeyde etkileşim olduğu belirlenmiştir (24,25).

Ülkemizin de içinde bulunduğu geleneksel uygulamaların sıklıkla gerçekleştirildiği toplumlarda, bebeği kucağa alıştırmamak için kucağa almaktan kaçınma, bebeği emzirmek için üç ezan beklemek gibi geleneksel uygulamaların (26,27,28) hâlâ geçerliliğini koruduğu bir ortamda, araştırmaya katılan annelerin önemli bölümünün sarılmayı, kucağa almayı ve emzirmeyi bağlanmayı güçlendiren faktörler içinde ele almaları anlamlı bulunmuştur.

Çalışmamıza katılan kadınların bir bölümü doğum sonu ağrısı, yorgunluğu, doğum sırasında yapılan müdahaleleri ve uzamış doğum eylemini anne-bebek bağlanmasını engelleyen faktörler arasında sıralamıştır. Anneler tarafından belirtilen tüm bu faktörlerin doğrudan bakım verici ile ilişkili olduğu görülmektedir. Literatürde de yenidoğanların yaşamda kalabilmelerinin ilk ve en önemli belirleyicisinin, besleme, bakım verme, şefkat gösterme açısından bakım vericilerle ilgili olduğunun altı çizilmektedir (29). Figueiredo ve arkadaşlarının (2009) çalışmalarında da, ilk kez anne olan, şiddetli doğum ağrıları, zor doğum yaşayan kadınların doğum sonrası dönemde yenidoğanla daha az etkileşim içinde oldukları ve anne-bebek ilişkisinin başlatılma aşamasında güçlük yaşadıkları belirtilmiştir (11). Epidural anestezi ile sezaryen doğum yapan kadınlarla vajinal doğum yapan kadınlar karşılaştırıldığında, sezaryen ile doğum yapmış olan kadınların yenidoğana daha az pozitif reaksiyon verdiği bildirilmektedir (12,14,30). Bu etkenlerin dışında annenin fiziksel hastalıklara sahip olmasının ve doğum sonrası depresyon gibi sorunların bulunmasının da etkili bağlanma sürecini tehdit edebildiği belirtilmektedir (31).

Bağlanma sürecinde kurulan ilişkinin kalitesi anneye ait faktörler kadar bebeğe ait çeşitli faktörlerin varlığından da etkilenmektedir. Bebeğin prematüre olması, fiziksel bir anomali bulunması gibi sorunlar, etkili bağlanma sürecini tehdit edebilmekte, ilişki kurma sürecini geciktirebilmektedir (31). Ayrıca anestezi alan annelerin bebeklerinin, anestezinin negatif etkilerine bağlı olarak doğum sonu dönemde interaktif etkileşime girmesinin gecikmesi, yenidoğanın düşük

kortizol düzeyi gibi faktörler ve yenidoğanın bakım gereksinimlerinin karşılanması da ilişki kurulma süreci üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir (11).

Sonuç ve Öneriler

Sağlık bakımını veren; ebelerin, hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin doğum sonu erken dönemde anne - bebek etkileşimi, ten tene temas, emzirme ve bağlanmanın önemi konularında bilgi ve farkındalıklarını artırmak gerekmektedir. Çalışmamızdaki annelerin erken doğum sonrası dönemde anne-bebek bağlanmasını olumsuz etkileyen engeller olarak belirttikleri tüm durumlar, ebelerin ve perinatal kliniklerde sağlık bakımı sunan hemşirelerin aile ve kadın merkezli, bütüncül bir yaklaşım ile ortadan kaldıracabilecekleri sorunlardır. Sağlık profesyonelleri tarafından tüm kadınların ve özellikle toplumda riskli grubu olduğu düşünülen eğitim ve sosyoekonomik düzeyi düşük, genç annelerin belirlenmesi son derece büyük bir önem taşımaktadır. Yetersiz etkileşim ve etkisiz bağlanma için aday olan bu annelerin yenidoğan ile ten tene temasının sağlanması, erken ve sık emzirmeye özendirilmeleri, anneler ile bağlanma süreci ve önemi üzerine paylaşımlarda bulunulması, anne - bebek ayrılığının azaltılarak etkileşimin artırılmasına yönelik çabalara gereksinim vardır. Doğum sonrası ayrılık ve yetersiz anne-bebek etkileşiminin olumsuz etkisi ve uzun vadeli negatif sonuçlarından korunmada ve anne - bebek bağlanma sürecinin güçlendirilmesinde ebelerin ve hemşirelerin anahtar role sahip olduğu unutulmamalıdır.

İletişim: Funda Evcili

E-posta: fundaevcili@hotmail.com

Kaynaklar

1. Bowlby J. Attachment and loss, Vol. II. Separation, anxiety and anger. New York: Basic Books; 1973.
2. Morsünbül Ü, Çok F. Bağlanma ve ilişkili değişkenler/Attachment and related variables. Psikiyatride güncel yaklaşımlar / Current approaches in psychiatry 2011; 3 (3): 553-70
3. Ross E. Maternal-fetal attachment and engagement with antenatal advice. British Journal of Midwifery 2012; 20 (8) : 66-575.
4. Duyan V, Kapisız SG, Yakut Hİ. öncesi bağlanma envanteri'nin bir grup gebe üzerinde Türkçeye uyarlama çalışması. The Journal of Gynecology Obstetrics and Neonatology 2013;10(39):1609-14.
5. Soysal AŞ, Ergenekon E, Aksoy E, Erdoğan E. Doğum türü değişkeninin bağlanma örüntüsü üzerindeki etkilerinin incelenmesi. Klinik Psikiyatri 2000; 3: 75-85.

6. Soysal Ş, Bodur Ş, İşeri E, Şenol S. Bebeklik dönemindeki bağlanma sürecine genel bir bakış. *Klinik Psikiyatri* 2005; 8:88-99.
7. Tüzün O, Sayar K. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2006; 19 (1): 24-39.
8. Perinatal services guidelines for care: A compilation of current standards. <http://www.cdph.ca.gov/programs/rppc/Documents/MO-RPPC-PerinatalServicesGuidelines-CompilationofStandards-2011.pdf>
9. Pickler R. Understanding, promoting, and measuring the effects of mother-infant attachment during infant feeding. *Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* (2009); 38(4): 468 - 9. doi: <http://dx.doi.org.ezproxy.mtsu.edu/10.1111/j.1552-6909.2009.01043.x>
10. Klaus MH, Kennell JH. Maternal-infant bonding: The impact of early separation or loss on family development. St Louis: Mosby; 1976.
11. Figueiredo B, Costa R, Pacheco A, Pais Á. Mother-to-infant emotional involvement at birth. *Maternal & Child Health Journal* 2009; 13(4): 539- 49. doi:10.1007/s10995-008-0312
12. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Routine postnatal care of women and their babies. Clinical Guideline 37, The National Collaborating Centre for Primary Care. London: 2006. www.nice.org.uk/CG037
13. Duman NB. Postpartum care of the mother and newborn. 2009. WHO/RHT/MSM/98.3
14. Perinatal services (PC) obstetrics guideline 20. Postpartum Nursing Care Pathway, Perinatal Services BC 2011. www.perinatalservicesbc.ca
15. Benoit D. Attachment and parent-infant 51 relationships. A review of attachment theory and research 2000. p.13.
16. McKee MD, Zayas LH, Jankowski KB. Breastfeeding intention and practice in an urban minority population: Relationship to maternal depressive symptoms and mother- infant closeness. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* 2004; 22(3), 167 - 81. doi:10.1080/02646830410001723751
17. Kennell J, McGrath S. Starting the process of mother-infant bonding. *Acta Paediatrica* 2005; 94(6): 775-7. doi:10.1080/0803525051003563
18. Feldman R, Gordon I, Zagoory-Sharon O. Maternal and paternal plasma, salivary, and urinary oxytocin and parent-infant synchrony: Considering stress and affiliation components of human bonding. *Developmental Science* 2011; 14(4): 752 - 61. doi:10.1111/j.1467-7687.2010.01021.x
19. Kim P, Feldman R, Mayes LC, Eicher V, Thompson N, Leckman JF, Swain JE. Breastfeeding, brain activation to own infant cry and maternal sensitivity. *Journal of Child Psychology & Psychiatry* 2011; 52(8), 907-915. doi:10.1111/j.1469-7610.2011.02406.x
20. Johnson K. Maternal-infant bonding: A review of literature. *International Journal of Childbirth Education* 2013; 28(3): 17-22.
21. Province of British Columbia. Baby's best chance. 25. Second revision sixth edition. Canada: Queen's Printer of British Columbia; 2010.
22. Feldman R. Mother-infant skin-to-skin contact (Kangaroo care): Theoretical, clinical, and empirical aspects. *Infants & Young Children: An Interdisciplinary Journal of Special Care Practices* 2004; 17(2):145-61.
23. Arivabene J, Tyrrell M. Kangaroo mother method: Mothers' experiences and contributions to nursing. *Revista Latino-Americana De Enfermagem (RLAE)* 2010; 18(2): 262-8.
24. Henry S, Richard-Yris M, Tordjman S, Hausberger M. Neonatal handling affects durably bonding and social development. *Plos ONE* 2009; 4(4):1-9. doi:10.1371/journal.pone.0005216
25. Dodwell M. (2010). The effects of postnatal separation on mother-infant interaction. *Erişim*, 22 Şubat 2013, http://www.nct.org.uk/sites/default/files/related_documents/dodwell-effects-of-postnatal-separation-onmotherinfant-interaction-21-.pdf
26. Eğri G, Gölbaşı Z. 15-49 yaş grubu evli kadınların doğum sonu dönemde bebek bakımına yönelik geleneksel uygulamaları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6 (5): 313-20.
27. Şenses M, Yıldızoğlu İ. Sekiz ayrı ildeki kaynana ve gelinlerin loğ/*, usalık ve çocuk bakımında geleneksel uygulamaları. *Çocuk Forumu* 2002; 5(2): 44-8.
28. Biltekin Ö, Boran D. Naldöken sağlık bölgesinde 0-11 aylık bebeği olan annelerin doğum öncesi dönem ve bebek bakımında geleneksel uygulamaları. *STED* 2004;13 (5): 166-8.
29. Mantymaa M, Tamminen T, Puura K, Luoma I, Koivisto A, Salmelin R. Early mother-infant interaction: Associations with the close relationships and mental health of the mother. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* 2006; 24 (3): 213-31. doi:10.1080/02646830600826214
30. Clinical Practice guideline for routine prenatal and postpartum care (PPC). H:\QI\QI\Practice Guidelines\2011\COMPLETED\Prenatal_Postpartum_Care.doc Guideline 19, Page 1.
31. Bienfait M, Maury M, Haquet A, Faillie J, Franc N, Combes C, Cambonie G. Pertinence of the self-report mother-to-infant bonding scale in the neonatal unit of a maternity ward. *Early Human Development* 2011; 87(4): 281-7. doi:10.1016/j.earlhumdev.2011.01.031.



Selçuklularda Şifahaneler ve Gevher Nesibe Tıp Merkezi

Treatment Centers of Seljuk State in Anatolia and Gevher Nesibe Medical Center

*Necdet Bayraktaroğlu**

Geliş tarihi : 04.02.2014

Kabul tarihi: 15.04.2014

Öz

Bu makalede, Anadolu'da Selçuklu döneminde sağlık hizmeti, sağlık kuruluşları ve sağlık mimarisi ele alınmıştır.

Selçuklular tıba çok önem vermişler, devletin birçok şehrinde tıbbi eser ve darüşşifalar inşa etmişler, modern tıbbın gelişmesine katkı sağlamışlar, Avrupa ve diğer ülke tıbbını, üniversitelerini, hastanelerini de etkilemişlerdir. Selçuklu eserleri arasında şifahaneler, yolcu, garip, kimsesizlerin de tedavi olduğu yerlerdir. Şifahanelere halk arasında şifa evi, şifa kapısı, şifa yurdu, sıhhat yurdu gibi isimler verilmiştir. Darüşşifalar Türk-İslam vakıf kültürü içinde varlıklarını vakıflar ile korumuş ve sürdürmüşlerdir.

Selçuklular halk sağlığı için hastane içinde de tıp merkezleri kurmuşlar, seçkin tabip ve alimler de burada görev almışlardır. Selçuklu Sultanları tıp insanlarına çok değer verirlerdi. İşte bu tıp merkezlerinden biri de Kayseri'deki Gevher Nesibe Tıp Merkezi'dir. Selçuklu Hakanı II. Kılıçarslan'ın kızı Gevher Nesibe Sultan adına kardeşi Sultan I. Gıyaseddin Keyhüsrev tarafından 1206 yılında yaptırılmıştır. Bu merkez dünyadaki ilk tıp merkezidir. Bu merkez 1982 yılından beri tıp tarihi müzesi olarak kullanılmaktadır.

Anahtar sözcükler: Selçuklu dönemi, Sağlık yapıları mimarisi, Gevher Nesibe tıp merkezi

Abstract

In this article, the health services and health institutions of the Seljuk period of Anatolia and health architecture has been discussed.

The Seljuk state was very sensitive about health services and established important health buildings in larger cities, contributing to the development of modern medicine and influencing medicine, universities and hospitals in European and other countries. In the health premises, poor and disadvantaged patients were served in priority. Turkish-Islamic foundations were responsible for some of the health establishments.

The Seljuk state established health centers in hospitals for public health and well-trained physicians and scientists worked there. Seljuk sultans were very fond of medical people. One of the health centers was the Gevher Nesibe Tıp Merkezi in Kayseri. This building was established by Sultan I. Gıyaseddin Keyhüsrev in 1206 in the name of Gevher Nesibe Sultan, the daughter of II. Kılıçarslan. The health center was the first health center in the world and has been a medical history museum since 1982.

Key words: Seljuk state, Health architecture, Gevher Nesibe medical center

*Emekli savcı

Selçuklu sultanları, bir taraftan fetihle uğraşırken, bir taraftan da ülkenin imarı ve halkın refahı, eğitimi, din yaşamı için çalışmışlar; medreseler, camiler, imaretler, kervansaraylar, hamamlar yanında halkın sağlığına önem verdikleri için hastaneler ve şifa merkezleri de yaptırmışlardır. Selçuklulardan önce de Rey'de bir hastane (Bimeristan) olup, ünlü filozof, tabip, kimyager Ebubekir Razi (Ölümü: 311/923) bu hastanede çalışmıştır.

İslam'da da ilk hastane, Harun Reşit'in Cundişupar'da Sasanilere ait olan hastanesi olup, tabipleriyle birlikte Bağdat'a nakledilmiştir. Bağdat'ta Buveyhi hükümdarı Adud Ud Devle'ye ait hastane de Moğolların istilasına kadar çalışmıştır. Fakat bu hastaneler Selçuklular sayesinde ülkenin her tarafına yayılmış, yüzyıllardır hizmet vermeyi sürdürmüşlerdir.

Selçukluların ilk hastanesi ve tıp merkezi Alparslan'ın veziri Nizamül Mülk tarafından Nişabur'da yapılmıştır (1063-1072) (1).

Sultan Sencer'in Kaşgarlı Yağan (Togan) Beyden sonra veziri olan Ahmed Kaşi'nin Kaşan, Ebher, Zencan, Gence, Erran'da darüşşifa (hastane) ve medreseler inşa ettiği bilinmektedir. Sultan Mahmud'un ordusunda tabipleri, müstahdemleri, ilaçları, tıbbi aletleri ve çadırları ile birlikte seyyar bir hastanesi vardı ve iki yüz deve ile taşınmakta idi (1).

Selçuklular, savaşlarda yaralıların tedavisine çok önem verdikleri için ordularıyla hareket eden büyük seyyar hastaneler kurmuşlardı. Bu hastanelerde hekimler, cerrahlar bulunuyordu (1). Sultan Melikşah'ın ordusunda da tabiplerle, hastaların, aletlerin yüz deve ile taşındığı bir seyyar hastane bulunmaktaydı.

Selçuklular, devletin birçok şehirlerinde pek çok tıbbi eser ve darüşşifalar inşa etmişler, diğer bilim dallarının yanında, tıba da çok önem vermişlerdir. Bu darüşşifalar ve tıbbi merkezlerde uyguladıkları tedaviyle, modern tıbbın gelişmesine de büyük katkı sağlamışlardır. Kervansaraylarda hastalanan yolcular için de tedavi merkezleri kurmuşlardır. Selçuklu saraylarında küçük çapta hastaneler kurulmuş, buralarda seçkin tabipler görev yapmıştır. Sultanlar sağlıklarına önem verirler, saraya en ünlü hekimleri tayin ederlerdi. Sultan I. İzzettin Keykavus ve I. Alaaddin Keykubat yerli ve yabancı hekimlerden yararlanmışlardır.

Selçuklular 1055 tarihinden sonra Bağdat, Şiraz, Berdeşir, Kaşan, Zencan, Ebher, Harran, Gence ve Mardin'de de hastaneler kurmuşlar, ancak bu hastaneler günümüze ulaşmamıştır. Günümüze kadar ulaşılabilen Selçuklu hastane ve tıp merkezleri ise şunlardır:

Şam'da Nurettin Hastanesi (1154), Kayseri'de Gevher Nesibe Darüşşifası ve Gıyaseddin Keyhüsrev Tıp Merkezi (1206), Sivas'ta Keykavus Darüşşifası (1217), Divriği'de Behram Şahin Kızı Turan Melik Hastanesi (1228), Çankırı'daki Ata Bey Ferruh Hastanesi (1235), Tokat'taki Gök Medrese ve Pervane Bey Darüşşifası (1275), Kastamonu'da Ali b. Pervane Hastanesi ve Amasya Darüşşifa Hastanesi'dir.

Selçuklular, ayrıca genel hastanelerin yanında, cüzamlıların tecrit edilerek bakıldığı cüzamhaneler ile akıl hastalarının tedavisi için de merkezler kurmuşlardır. Bu hastanelerin içinde Kayseri, Sivas ve Amasya'daki hastane ve tıp merkezleri uzun süre etkinliklerini sürdürmüşlerdir.

Selçuklu eserleri arasında en önemlilerinden biri de şifahanelerdir. Şifahaneler, dönemin hastane yapılarıydı. Şifahaneler insanların tedavi olmasına, şifa bulmasına yardımcı olan, gelip geçen yolcu, tüccar, garip ve kimsesizler için yaptırılmış şifa yerleridir. Selçuklularda sağlık kurumu, darüşşifa olarak anılmakla birlikte, tarihin çeşitli devirlerinde ve değişik coğrafyalarda Bimarhane, Maristan, Darülmerza, Darüttıp, Darüşşihha, Şifaiyye, Darülafiye olarak adlandırılmıştır. Şifa evi, şifa kapısı, şifa yurdu, sıhhat yurdu, şifa edilen yer olarak halk arasında değerlendirilmektedir. Selçukluların ortaya koyduğu bu darüşşifalar, hem Türk tarihi açısından, hem de dünya tıp tarihi açısından önem taşımaktadır. Darüşşifalar, hem mimari ve tıp tarihi, hem de vakfiye tarihi olarak çok dikkat çekici bulunmaktadır. Selçukluların ulaştığı her yerde şifahaneler yapılmıştır. Divriği'deki, ayakta kalan en önemlisidir. Darüşşifalar, Türk İslam vakıf kültürü içerisinde en önde gelen sosyal yardım kuruluşlarından birisidir. Toplumun sağlık gereksinimlerinin karşılanması için yapılan bu kuruluşlar, varlıklarını vakıflar ile korumuş ve sürdürmüşlerdir. Bu şifahaneleri yaşatmak için ticarethaneler, dükkanlar ve araziler vakfedilmiştir. Bu vakfiyeleri tahrir ve evkaf defterleri, atama fermanları gibi yazılı

belgeler, binaları artık olmasa da bu eserlerin varlığı hakkında bize bilgi vermektedirler.

Sivas'ta, I. Keykavus tarafından 1217 yılında inşa edilen darüşşifa, ihtişamını korumuş, ona ait bir vakfiye sureti bugüne kadar gelmiştir. Bu darüşşifaya, hizmetinin sürmesi için, yüzden fazla dükkân, pek çok arazi ve başka akarlar da vakfedilmiştir. Bu darüşşifalarda çeşitli uzman doktorlar, cerrahlar, göz doktorları, memurlar ve müstahdemler çalışmışlardır. Onların ve ilaçların tahsisatı ve hasta masrafları, bu vakıf gelirlerinden sağlanmıştır.

Selçukluların yaptırdığı darüşşifalardan bazıları da şunlardır:

I.Alaeddin Keykubat'a ait Alanya'daki Alai Darüşşifası, Divriği'de Behram Şah'ın kızı Turan Melek (1228), Çankırı'da Ata bey Ferruh (1235), Amasya'da Toruntay (1266), Kastamonu'da Pervanoğlu Ali (1272), Tokat'ta Muineddin Pervane (1275), Amasya'da Sultan Olcayto (1308) ve Aksaray'daki Darüşşifa gibi eserlerdir.

Amasya hastanesinde başhekimlik yapan Sabuncu oğlu Şerafettin, yazdığı cerrah-name-i İlhani adlı eserde (15. yüzyıl) cerrahlıkta kullanılan bütün aletleri, Türkçe isimlerini ve her hastalığın tedavisine ilişkin pek çok resimi göstermektedir.

Darüşşifaların başına getirilen alim bir kimse, hastaları idare eder, eczaneyi emrinde tutar, her hastanın reçetesine göre ilaçları veririrdi. Hastanelerde görevlendirilecek hekimlerin tıp bilimine vâkıf ve cerrahide becerisinin olmasına bakılırdı. Hastalar odalarında, yataklarında yatar, onlarla ilgilenen müstahdemler sabah akşam hastaların durumunu sorar, hastalara ait ilaç, yemek ve şurupları dağıtırdı. Hastanelerde kadınlar için ayrı bölümler vardı. Selçuklular akıl hastalarının ilaç ve müzik ile tedavi edilmelerinde de öncülük etmişlerdir. Hastanelerin yanında, yetimler mektebi, acizler yurdu, zaviyeler, zengin kütüphaneler yer alıyordu. Bunların giderleri vakıflardan sağlanıyordu. Hastanelere gelemeyen hastaları getirtmek ve hasta olanları bulmak için de memurlar tayin edilmişti. Hastanelerde aşhane, ilaç, meşrubat ve macunlar için ayrı odalar ve ilaç yapılan eczaneler bulunuyordu. Hastaneyi ve vakıfları yöneten idarehane ve burada görevli memurlar vardı. Hastanelerin yakınlarında kör ve sakatlara hanegahlar; dul, ihtiyar, yetim ve kimsesizlere yurtlar kurulmuş;

bunların hizmet, gereksinim ve giderleri için de vakıflar tesis edilmiştir. Bu hastanelerde zengin, fakir, din, dil, ırk ayrımı yapılmadan herkes tedavi olabilmektedir. Hastalara ilaçlar, yiyecekler ücretsiz verilir, tedavilerden para alınmazdı.

Selçuklular, halk sağlığı için hastane içinde tıp merkezleri kurmuşlar, tıbbın gelişmesi için de ellerinden gelenolanakları, bu merkezlerin kullanımına sunmuşlardır. Bu merkezlerin hizmetlerinin sürmesi için vakıflar kurulmuş, giderleri bu vakfiyelerden karşılanmıştır. Selçuklular zamanında yapılan bu tıp merkezleri ve hastaneler Osmanlılar zamanında da aynı görev ve hizmetlerini sürdürmüşlerdir. Bu hastaneler ve tıp merkezleri, tıp mesleğinin uygulanmasına yönelik özel bir mimari anlayışla yapılmıştır. Bu tıp merkezlerinde tıp eğitiminin verildiği derslerde İbni Sina, Razi, Hipokrat'ın eserleri ve Hasan El-Curcani'nin, Zahir-i Harizm Şahi adlı ansiklopedik yapıtı ders kitabı olarak okutulmuştu.

Teori ve uygulamaya dayalı olarak hizmet veren Kayseri'deki Gevher Nesibe Darüşşifası ve Gıyasettin Keyhüsrev tıp merkezi (medresesi) Selçukluların en önemli sağlık merkezlerinden birisidir. Bu tıp merkezinde kullanılmak üzere vakfedilen malların 1584 yılındaki gelir toplamı 43643 akçe kadardı. Bu merkezdeki hocalara 20 akçe, hekimlere de 8 akçe maaş verilirdi.

13. yüzyılda kervan yollarının kesiştiği bir merkez olarak öne çıkan Kayseri bu yüzyıldan sonra "Mukarr-ı Ulama" (alimler şehri) olarak anılmaya başlar. Önemli bir bilim ve sanat merkezi olan Kayseri'de, Selçuklu dönemine ait on beş medresenin olduğu bilinmektedir. Bu medreseler arasında tıp medresesi ve şifahane olarak yapılan çiftte medrese, bugünkü adıyla Gevher Nesibe Tıp Tarihi Müzesi, Anadolu'daki ilk tıp merkezidir. Bu medrese 1205-1206 yıllarında Selçuklu Hakanı II. Kılıçarslan'ın kızı Gevher Nesibe Sultan adına kardeşi Sultan I. Gıyasettin Keyhüsrev tarafından yaptırılmıştır. Gevher Nesibe Şifahanesi Türklerin yaptırdığı on birinci büyük hastanedir. Anadolu'da ise beşincisi olduğu bilinmektedir. Aynı zamanda içinde tıp tahsili yapılanların ilkidir. Gevher Nesibe Tıp Merkezi, yapısı ve tıp eğitimi açısından dünyadaki ilk tıp merkezi olarak geçmektedir. Bu merkezde hekim, cerrah, göz doktoru, yardımcı asistanlar, akıl hastanesi ve

ruh hastalıkları koğuşları ve ayrıca eczane kısmı bulunmaktadır. Günümüzde ise bu merkez Erciyes Üniversitesi Tıp Tarihi Enstitüsü'ne tahsis edilmiş ve 14 Mart 1982'de de Tıp Tarihi Müzesi olarak kullanılmaya başlanılmıştır.

Gevher Nesibe Sultan Tıp Merkezi'nin bir yapılış öyküsü vardır. Gevher Nesibe Sultan, saray başşipahisine gönül vermiştir. Evlenmelerine Nesibe Sultan'ın ağabeyi Hakan I. Gıyasettin Keyhüsrev karşı çıkmıştır. Hakan I. Gıyasettin başşipahiyi savaşa göndermiş, başşipahi de bu savaşta şehit olmuştur. Bu olay üzerine ve sonrasında Gevher Nesibe Sultan üzüntüsünden hastalanmış, vereme yakalanmıştır. Kız kardeşinin durumunu öğrenen Sultan I. Gıyasettin Keyhüsrev onu ölümcül durumda ziyaret eder. Özür dileyerek son dileğini sorar. Gevher Nesibe Hatun da, Hakan Gıyasettin Keyhüsrev'den "Ben devasız bir derde düştüm, kurtulmama imkan yok, hiçbir hekim derdime çare bulamadı, ben artık ahret yokuşuyum, eğer dilersen benim mal varlığımla benim adıma bir şifahane (hastane) yaptır! Bu şifahanede bir yandan dertlilere şifa verilirken, bir yandan da çaresi olmayan dertlere çare aransın. Bu şifahane ünlü ve hekim ve cerrah yetiştiresin. Burada kimseden bir kuruş para alınmasın. Burası benim adıma bir vakıf olsun" (2) diye vasiyette bulunur.

I. Gıyasettin Keyhüsrev, kız kardeşinin hastalığına kendisinin neden olmasından büyük üzüntü duyar. Onun son isteğini yerine getirir ve 1204 yılında şifahanenin yapımını başlatır. Şifahane iki yılda tamamlanarak, 1206 yılında hizmete açılır. Daha sonra şifahanenin doğusuna, Gevher Nesibe Sultan'ın ikinci



Erişim adresi: <http://www.kaysyriden.biz/icerik.asp?ICID=70>

kardeşi Sultan İzzettin Keykavus, 1210-1214 yılları arasında tıp merkezini (medresesini) yaptırır. Bu iki yapının 1890 yıllarına kadar, amacına uygun şekilde hizmet verdiği bazı kaynaklarca belirtilmektedir.

Tıp medresesi iki bölümden oluşur. Batı bölümde şifahane, doğuda tıp merkezi yer alır. Çifte medresenin kış aylarında künklerle merkezi sistemden getirilen sıcak su buharı ile ısıtıldığı anlaşılmaktadır. Medrese bölümünün kuzeydoğu bölümünde de Gevher Nesibe Sultan'ın türbesi bulunmaktadır.

Şifahanede Gevher Nesibe Sultan'ın vasiyeti üzerine tedavi gören hastalardan ücret alınmamıştır. Gevher Nesibe Şifahanesi ve medresesinde Selçuklu Hükümdarı Alaaddin Keykubat'ın sağlık nazırı olan Ekmelettin hocalık yapmıştır. Ünlü Türk hekimlerinden Ebu Bekir, Gazanferi, Ali Şinasi, Ebu Salim İbni Kübra, Yakubi, Sucasiddin Ali Bin Ebu Tahir, Seyit Samet Cevher, Nesibe medresesinde yetişmişlerdir.

Selçuklular, halkın sağlığı ve şifa bulmaları için, ülkenin birçok şehrinde sıcak su kaplıcaları (termaller) ve hamamlar inşa etmişlerdir. Iğın, Eskişehir, Kütahya, Erzurum'da hizmete açılan sıcak su banyoları ve kaplıcaları, halkın sağlığına sunulmuştur. Anadolu'da, hasta ve felçlilerin şifa için gittikleri 300'e yakın sıcak su hamamları bulunuyordu. Sultan I. Alaaddin Keykubat, sefere giderken Hamam-i Seferi denilen çadır hamamını da yanında götürüyordu. Bu çadırda altın, gümüş hamam takımları, kokuları, hamam malzemeleri bulunuyordu (3-6).

İletişim: Necdet Bayraktaroğlu

E-posta: necdetbayraktaroglu@hotmail.com

Kaynaklar

1. Turan O. Selçuklular tarihi ve Türk İslam medeniyeti. İstanbul: Boğaziçi Yayınları; 1966.
2. Subaşı Mİ. Aşk prensesleri de öldürür. İstanbul: Gencay Yayınları; 2011. s.222-23.
3. Ünver AS. Anadolu Selçuklularında sağlık hizmetleri. Ankara: Türk Tarih Kurumu Yayınları;1972.
4. Terzioğlu A. Bimeristan. Türkiye Diyanet Vakfı İslam Ansiklopedisi. İstanbul: Diyanet Vakfı Yayınları; 1992
5. Can S. Selçuklular döneminde kadın-(1040-1308). Ufuk Ötesi Yayınları; 2008.
6. Kılıç A. Anadolu Selçuklu- Osmanlı Devleti abideleri şifahaneler. Hayat Yayınları.



Dr. Gülay Yıldırım, Pınar Koçkanat**, Dr. Özlem Duran****

Geliş tarihi : 18.02.2014

Kabul tarihi: 11.04.2014

Öz

Ebelikte meslek değerlerinin, etik kodların bilinmesi; ebelik bakım ve uygulamalarının daha nitelikli olmasını, ebelik mesleğinin toplumdaki statüsünün yükselmesini, ebeler arasında etik karar verme süreçlerinde yaşanan güçlüklerin ve ahlaki sıkıntının azalmasını sağlayacaktır. Özellikle yaşanan ahlaksal boyut profesyonellerin işten ayrılma, iş memnuniyetsizliği ve tükenmişlik nedeni de olabildiğinden, meslek değerleri, kodlar ve etik değerlerin oluşturulması ebelik mesleğinin önceliklerinden birisidir.

Ülkemizde çoğu ebe, bağımsız rollerinden uzaklaşarak uzmanı olmadığı farklı alanlarda çalışmakta, daha çok hemşirelik işlevlerini uygular durumda bulunmaktadır. Bu nedenle, gerek ebelik mesleğini yürütenlerin, gerekse ebe adaylarının ulusal ebelik kodlarının önemini kavraması, meslek değerlerinin farkında olması hem mesleki gelişim ve değişim, hem de hastalara nitelikli bakım sunulması noktasında önem ve öncelik göstermektedir.

Sonuç olarak; meslek değerleri ve etik kodların benimsenmesinin ebelik uygulamalarına kılavuzluk edeceği düşünülmektedir. Bu bağlamda derlemedeki amaç; ulusal ebelik kodlarının, değerlerinin, ebelikte meslek etiğinin önemini kavranmasına yönelik bilgilenebilirliği sağlamak ve Türkiye'deki gelişmeleri vurgulamaktır.

Anahtar sözcükler: Ebelik kodları, Meslek değerleri, Ebelik bakımı

Abstract

Being aware of the professional values and code of ethics in midwifery will lead to the improvement of the quality of midwifery care and practices, a rise in the status of the midwifery profession in the community and a decrease in difficulties and moral distress experienced by midwives during ethical decision-making processes.

Since moral distress experienced by midwives could also be the causes of resignation from the profession, job dissatisfaction and burnout, constituting professional values, codes and ethical values is one of the priorities of the midwifery profession.

A number of midwives in Turkey leave their roles in the profession and take the role of a nurse or work in other areas which they are not specialized in. Therefore, it is important that both those who currently carry out the midwifery profession and those who will become the members of the midwifery profession in the future should understand the importance of national codes of midwifery and should be aware of their professional values if they are to improve the developments and changes in their profession and if they are to provide quality care for their patients.

As a result, the adoption of professional values and codes of ethics is expected to guide practices in midwifery.

The purpose of this article is to help understand the importance of national and international codes and values of midwifery, provide information necessary to appreciate professional ethics in midwifery and to point out the developments in Turkey.

Key words: Codes of midwifery, Professional values, Midwifery care

*Yrd. Doç.; Cumhuriyet Ü. Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD, Sivas

**Cumhuriyet Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Sivas

***Yrd. Doç.; Cumhuriyet ÜB Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Sivas

Giriş

İnsanlığın var oluşundan bu yana bilinen ebelik mesleği, sağlıktaki bilimsel gelişmelere paralel olarak gelişimini sürdürerek bilim, sanat, etik değerler içeren profesyonel bir meslek disiplini olmuştur (1).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından ebe; "gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yenidoğanın bakımını üstlenmek üzere eğitilen kişi" olarak tanımlamıştır (1). Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (International Confederation of Midwives, ICM) ebelik felsefesine göre ebeden; kadının sağlık gelişimine katkı vermesi, sağlığını koruması, gizliliğini sağlaması, gerekli konularda bilgilendirme yaparak kadınların kendi kararlarını vermesini sağlaması ve üremeyi desteklemesi, normal doğumların savunucusu olması beklenmektedir. Bunları yerine getirirken ise, karşılıklı saygı, güven ve sorumluluk paylaşımı içinde kültürel, etik değerlere saygı duyarak anne-bebek sağlığını yükseltmesi gerektiği belirtilmektedir (2). Ancak tedavi hizmetlerinin ağırlık kazanmaya başlaması ve istihdam sorununun gün geçtikçe artması nedeniyle günümüz Türkiye'sinde ebeler, bağımsız rollerinden uzaklaşarak daha çok hemşirelik işlevlerini uygular durumda bulunmaktadır (1,3). Bu nedenle durumun ebelik mesleğinin profesyonel değer ve felsefesini olumsuz yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Oysa ana-çocuk sağlığı ve temel sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde DSÖ ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (United Nations Children's Fund, UNICEF) ebelik mesleğinin önemine dikkat çekmektedir (1).

Ebelikte meslek değerlerinin, etik kodların bilinmesi ebelik bakım ve uygulamalarının daha nitelikli olmasına, böylelikle ebelik mesleğinin toplum içerisinde statüsünün yükselmesine neden olacaktır. Bununla birlikte, etik kod ve meslek değerlerinin bilinmesi ebelikte yaşanan ikilemlere bağlı ahlaki sıkıntının azalmasını, dolayısıyla işten ayrılmayı, iş memnuniyetsizliğini ve tükenmişliği de azaltacağından ebelik mesleğinin önceliklerinden birini meslek değerleri, kodlar ve etik değerler bilgisi oluşturmaktadır. Bu derlemenin amacı, günümüzde ebelik mesleğinde yaşanan güçlükler sürecinde

meslek etiği değerlerinin önemini ve bu alanda Türkiye'deki gelişmeleri vurgulamaktır.

Ebelikte Meslek Değerlerinin Önemi

Profesyonel bir sağlık disiplini olarak ebelik mesleğinin amacı; savunucu, uygulayıcı, eğitici ve araştırmacı roller kapsamında, bireyleri yalnızca hasta olarak görmeden, karşılıklı saygı ve güven çerçevesinde bireylerle bilgi paylaşmak, bu bilgiler doğrultusunda kendi sağlıkları konusunda karar vermeleri yolu ile bireylerin sağlığının korunması, iyileştirilmesi ve kanıta dayalı nitelikli bakımın sağlanmasıdır (4). Bu bağlamda ebeler, profesyonel değerler ışığında kadına ve yenidoğana hizmet sunmaktadırlar (3). Hizmet sunduğu alanlar yapısı itibariyle bağımsız rollerinin alanı da oldukça geniştir. Bu genişlik içinde etik sorunlarla karşılaşılması kaçınılmazdır. Karşılaşılan etik sorunların çözümünde verilen kararların etik açıdan savunulabilir olması gereklidir. Bunun gerçekleştirilebilmesi için meslek üyelerine mesleğin değerleri öğretilmeli, etik standartları belirlenmeli ve etik danışmanlık sağlanmalıdır (5,6).

Genel anlamda değer "politika, ekonomi, estetik, hukuk, politika, din, tarih ... gibi tematik bir çerçevede, birey, aile, grup, toplum, insanlık, ... gibi belirli bir kitle tarafından, daha çok olumlu, bazen de olumsuz nitelik atfedilmiş bulunan, kişi, nesne, yer, durum, süreç, kavram, ..." biçiminde tanımlanabilir (7). Başka bir deyişle değer, "bir şeyin değeri, o şeyin bir çeşit özelliği, onun aynı türden şeyler arasındaki yeridir" (8). Meslek değerleri ise bir meslek grubu tarafından önemli ve anlamlı olarak kabul edilen ve değer verilen söz konusu genel niteliklerdir.

Ebelerin profesyonel değerleri; aldıkları eğitimle, çalışan diğer ebelerin verdikleri bakımları gözlemlemeleri sonucu kendisinin bireylere verdiği bakımla ve kültürel - mesleki toplumsallaşma süreciyle, toplumun ve çalıştığı kurumun değerleriyle etkileşerek gelişebilir (9). Weston'ın (2012) yaptığı bir araştırmada; eğitim sırasında ebelik öğrencilerine değerlerin öğretilmesi, benimsetilmesi ve yeni rollerinin kabullenilmesinde anlatılan değerleri konu alan öykülerin etkili olduğu bulunmuştur (10). Meslek etiğinin ebelik meslek üyelerince bilinmesinin mesleğe şunları kazandıracığı düşünülmektedir (5,6,11):

- Kendisinin özdenetimiyle uluslararası standartlara uygunluk sağlar.
- Mesleksel kimliği geliştirir.
- Ebeleri ve hastaları korur.
- Ebelerin mesleksel gelişmesini ve toplum tarafından kabul görmesini sağlar (6).

Ebenin nitelikli hizmet verebilmesi için mesleksel ilginin yanı sıra, işe motive olması ve yaptığı işten doyum alması gerekmektedir. İş doyumunu ve motivasyonu, çalışılan kurumun başarısı için önemli bir öğedir. Bu öğeyi etkileyen etmenlerden biri de bireyin değerleridir. Bu bağlamda ebelerin bireysel motivasyonu kazanabilmesi için bireysel değerlerinin farkında olmaları gerekmektedir (12). Barnett, meslek etiğinin ebelerin bakım vermede daha duyarlı olmalarını sağlayarak iş memnuniyetlerini artırdığını belirtmektedir (6).

Bakım ve uygulama amaçlarını yerine getirmek için, değer ve inançların geniş ölçüde tanımlanması önem kazanmaktadır. Değer sistemlerinin farkında olan ebeler, çatışma yaratan değer sistemlerindeki durumları belirleyebilirler ve hastanın bireysel gereksinimlerini karşılarken etik olmayan yöntemlerden kaçınabilirler. Warren'in (2003) ebelik hizmetindeki değerlerin araştırılması amacıyla yapmış olduğu çalışmasında; ebelerin en önemli görevinin bakım verdiği kadınların yararı için çaba harcıyarak doğru kararların verilebilmesi olduğunu, bu nedenle kadınların etkin biçimde bilgilendirilmesi gerektiğini vurgulamıştır (13). Thompson'ın (2002) ebelik uygulamalarının etik kodlarla ilişkisini inceleyen çalışma sonucuna göre de, ebelikte etik değerlerin tartışılmasının kodların yeterliliğini etkilediği ve çağdaş ebelik uygulamaları için kodların kılavuzluk ettiği vurgulanmıştır (14).

Ebeliğin statüsünü yükseltmeyi ve etik sorumluluğu engelleyen faktörler arasında; farklı düzeylerde olan ebelik eğitimi, iyi tanımlanmış bir disiplin olmaması, ekip ilişkilerinde çatışmaların varlığı ve bir otoriteye itaat etmek zorunda kaldıklarını hissetmeleri ve bağımlı rollerinin bağımsız rollerinden fazla olması yer almaktadır (5, 6,11).

Ebelik değerleri kişisel değerlerden de etkilenerek biçimlenir. Rassin'in (2008) hemşirelikte profesyonel ve kişisel değerleri incelediği araştırmasına göre; hemşireliğin üç temel profesyonel değeri olan insan onuru, hastalar arasında eşitlik, acı çekmenin

önlenmesi hemşireler arasında ilk sırayı alırken, kendinden önce başkalarını düşünme ve gizlilik değerlerine son sıralarda yer verilmiştir. Kişisel değerler arasında dürüstlük ve sorumluluk ilk sıradadır. Aynı çalışmada, kültür, eğitim, profesyonel kıdem, pozisyon, uzmanlık alanı, bazı kişisel ve profesyonel değerler arasında önemli farklılıkların olduğu belirtilmiştir (15).

Faithfull ve Hunt'un (2005) değerlerin değişimini konu alan makalesinde; değerler hakkında, çalışan hemşirelerle eğitici hemşirelerin entegrasyon içinde olması ve hemşirelik bakım sonuçlarının doğru değerlendirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (16).

McNeese-Smith ve Crook (2003) hemşirelik değerleri ve hemşirenin işgücünü değerlendirmek amacıyla yaptıkları bir araştırmada, hemşirelerin iş doyumunu, örgütsel bağlılık ve verimlilik değerleri onların işbirliği, yaratıcılık, estetik değerlerinden daha yüksek bulunmuştur (17).

Shih ve arkadaşlarının (2008) Tayvan hemşirelerinin profesyonel değerlere bakış açısını incelediği başka bir araştırma sonucuna göre, profesyonel bakım için altı önemli değer saptanmıştır. Bunlar sırasıyla; bireylere hümanistik yaklaşım ile birlikte profesyonelce holistik bakım verme, yaşamlarında farkındalık sağlayarak gelişimlerine yardımcı olma, başkaları için özveride bulunma, adaletli olma ve halkın sağlık yönünden bilincini artırmadır (18).

Ebelikte Kodlar

Etik kod, belirli bir konudaki etik kurallar kümesini anlatır. Meslek etiği kodları; mesleğin ideallerinin toplum ve meslek elemanları arasında paylaşılmasını, meslekteki etik davranışlara rehberlik sağlanmasını, davranışları disipline etmeyi ve davranış standartlarının geliştirilmesini sağlamaktadır (7). Aynı zamanda değerlerin paylaşılması konusunda evrensel bir dil oluşturması açısından da önemlidir. Ebelik hizmetleri açısından etik kodlar, etik karar verme aşamasında oldukça önemli referans olmakla birlikte, hizmet sunumunda karşılaşılabilecek yeni sorun ve tartışmalar için spesifik bir çözüm olamayabilirler (19).

Ebelik değerleri ve kodlar, uluslararası örgütler tarafından oluşturulmuştur. Bu örgütler sırası ile Kuzey Amerika Ebeler Birliği (The Midwives

Alliance of North America, MANA), Amerikan Ebe-Hemşire Koleji (American College of Nurse-Midwives, ACNM), ICM, Ulusal Sertifikalı Profesyonel Ebeler Derneği'dir (National Association Of Certified Professional Midwives, NACPM).

Kuzey Amerika Ebeler Birliği (MANA)

MANA, ebelik mesleğini geliştirmek, kadın, bebek ve toplumun nitelikli sağlık bakımı almasını sağlamak ve ebeler arasında işbirliğini gerçekleştirip sürdürmek amacıyla 1982'de kurulmuştur. MANA, ebelik mesleği ile ilgili hazırladığı dökümanlarını etik kod olarak değil, "Ebelik sanatı ve pratiği için gerekli yeterlilikler" biçiminde belirtmiştir (3). MANA değerleri, anne ve kadının değerli olduğu, anne ve bebeğin bir bütün olarak ele alınması, normal doğumun desteklenmesi, profesyonel ilişkilerin ve ebelik sanatının geliştirilmesi doğrultusunda açıklanmıştır (3,20).

Amerikan Ebe-Hemşire Koleji (ACNM) Amerika'da 1929'da kurulmuştur. ACNM'nin, Etik Komitesi 2008'den sonra ebelik etik kodlarını iki kez düzenleyerek yayımlamıştır (21). ACNM'nin hizmet felsefesi içinde, ebelerin insanın onuruna ve haklarına saygı göstermesi ile kadın ve ailesinin sağlık bakımı için en iyi modeli alması gerektiği vurgulanır. Bununla birlikte, ACNM örgün eğitime, bireysel yaşam boyu öğrenmeye, etik kurallar doğrultusunda araştırma yapıp sonuçlarını ebelik uygulamalarına yansıtılmasına değer verir. Bu inanç ve değerler doğrultusunda dünya çapında toplum, devlet, ulusal ve uluslararası düzeyde kadın ve aile sağlığını geliştirip en üst düzeye çıkarmayı hedefler (21).

ACNM'ye göre belirlenen etik kodlarda ise, ebeler ve hemşireler toplum ve aile içinde kadının, yenidoğanın iyilik halini sürdürmek ve sağlığını geliştirmek için üç ahlaki direktifi yerine getirmek durumundadır. Bunlardan birincisi, hizmet alanları birey olarak ele almak, ikincisi aile ve kadınların yararı için toplum iyiliğini göz önüne almak, üçüncüsü ise ebeliğin misyonunu yerine getirirken dürüst ve güven verici olmaktır. Bu bağlamda ACNM kodları aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- Ebeler profesyonel ilişkilerinde tüm kişilerin temel insan haklarına ve onuruna, değerlerine, profesyonel bütünlüğüne saygılı olmalıdır.

- Ebeler profesyonel uygulamalarında kadınların kendi kararlarını verebilmesi için yeterli bilgilendirme sağlamalı; kadınların verdikleri kararın sorumluluğunu kabul etmeli; bakım planlarını uygularken onların katılımını sağlamalı; yaş, cinsiyet, din, sosyoekonomik durum ayrımcılığı gözetmemeli; önyargısız zorlama ve aldatma olmadan tüm gerekli bilgileri paylaşmalı, yasal zorunluluk dışında gizliliği korumalı; uygulamaları sırasında yeterli bilgi, beceriye sahip olmalı; kadın ve ailelerini zararlı, etik dışı, yasal olmayan durumlardan korumalıdır.

- Bir mesleğin üyesi olarak ebeler toplumun, ailenin, kadının sağlığını iyileştirmek, geliştirmek için sağlık ve haklarını korumada savunucu çaba göstermeli; nitelikli sağlık hizmetine erişim için kaynakların dağıtımında eşitlikçi ve dürüst olmalı; kadın, aile ve toplumun sağlığını geliştiren politika araştırma ve standart uygulamalar için ebelik öğrencilerinin eğitimini desteklemelidir (19,22).

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM) ICM, 1919'da Avrupa'daki ebeler tarafından kurulmuş olup, uzun süredir her üç yılda bir toplantılar düzenlemektedir (3,22).

ICM ebeler arasındaki ilişkiyi, uygulamaları, mesleki davranışları ve ebelik mesleğinin gelişim etik kodlarını 1993 yılında benimsemiştir. Etik kodların taslağı çalıştaylar serisi ile 1986'da oluşturulmuş ve 1991'den bu yana da analiz edilmektedir. ICM etik kodlarını; ebelik ilişkileri, ebelik uygulamaları, ebelikte profesyonel yanıt ve ebelik bilgi ve uygulamalarının geliştirilmesi olmak üzere dört başlıkta ele almıştır. Ebelik ilişkileri boyutunda; anne, yenidoğan ve ailenin sağlığının korunmasında özerk karar vermeyi sağlamak, sınırlı kaynakların adil dağıtımını, ahlaki değerleri, özsaygıyı ve dürüstlüğü koruyarak sağlık ekip üyeleri ile etkili iletişimde bulunmak, sağlıkta eşitlik önerilmektedir. Ebelik uygulamalarında; sağlık hizmetlerinin tanıtımı ve tüm uygulamalarda zarar vermeden güvenlik ve onurun korunması, ebelikte profesyonel yanıt çerçevesinde; mahremiyet hakkının korunması, verdiği bakımın sonuçlarından sorumlu olunması, insan hakları ve etik ihlallerinin giderilmesi yer almaktadır. Ebelik bilgi ve uygulamalarının geliştirilmesi bağlamında da; ebelik eğitiminin geleceğine yönelik formal eğitime katılma, çeşitli

projeler geliştirme ve sahip olduğu bilgiyi insan hakları ve kadın haklarının korunması temelinde uygulamak bulunmaktadır. ICM ebelerin adalet, güven, güvenlik, onur, otonomi değerlerini koruyan, güvenli doğum uygulamalarının yapıldığından emin olan, bütüncül bakımı sağlayan ve ebelik eğitimin gelişimi için çaba harcayan bir konumda olması gerektiğini savunmaktadır (3,22,23).

Ulusal Sertifikalı Profesyonel Ebeler Derneği (NACPM)

NACPM, çalışan profesyonel ebeleri desteklemek için 2000 yılında kurulmuştur. Öz değerleri, etik ilkeleri ve felsefik yaklaşımları belirlemek, uygulamaları tanımlamak amacı ile etik kod olarak görev yapan ve uygulamalara standart getiren bir belgeyi 2004 yılında oluşturmuştur (3). Aynı zamanda NACPM, kanıta dayalı yüksek nitelikte anne bakımı sağlamak ve normal fizyolojik doğumu özendirmek için eğitimi de desteklemektedir (24).

Tüm uluslararası etik kodlar incelendiğinde ortak ana temaların, aydınlatılmış onam, mesleki yeterlilik, kadının, ailenin, toplumun haklarını koruma ve savunma, kadının yaşamında önem verdiği kişilere, kadının özerkliğine, farklılıklarına, kendi benliğine saygı ve mesleki ilişkilerde diğer çalışanlar ile işbirliği, sürekli öz değerlendirme, kadının bedensel ve psikolojik gereksinimlerini karşılama olduğu belirtilebilir (3).

Ebeliğe yönelik profesyonel değerler incelendiğinde, değerleri aşağıda yer verilen başlıklarda toplamak olanaklıdır (3):

1. Ebe, hizmet sunarken kişi ya da kurumla herhangi bir çıkar ilişkisine girmemelidir .
2. Ebe, tedavi ve bakım sırasında kadının mahremiyetini koruyarak, gerekli önlemleri almalıdır.
3. Ebe, hasta kayıtlarında güvenilirliği ve doğruluğu korumalı, aldatmadan sakınmalı, hatalı uygulamaları bildirmelidir.
4. Ebe, ebelik uygulamaları sürecinde kadının ve bebeğin özensiz, deneyimsiz girişimlerden, ihmalden zarar görmesini önlemelidir.
5. Ebe, anne ve bebeğin emzirme ilişkisini önemseyerek desteklemelidir.
6. Ebe, bilimsel araştırmalara katılarak ebeliğin gelişimine, meslek örgütlerinin güçlendirilmesine, meslektaşlarının koşullarını iyileştirilmesine ve meslektaş eğitimine katkıda bulunarak mesleğin onurunu saygınlığını artıracak davranışlarda bulunmalıdır.

7. Ebe, doğal doğuma önem vermelidir.

8. Ebe, kadının eldeki tıbbi kaynaklardan güvenli bir biçimde yararlanmasını sağlamalı ve olası zararları önlemelidir.

9. Ebe, kendi hata ve doğrularının öz eleştirisini yapmalıdır.

10. Ebe, bakım niteliğini artırmak için kadın ve ekibin diğer üyeleri ile işbirliği içinde olmalı ve etkin iletişimi sürdürmelidir.

11. Ebe, kadınların etnik köken, dil, din, yaşlarına bakmaksızın bakımını sağlayarak, sağlık ve sosyoekonomik durumunu değerlendirmelidir (19,25).

12. Ebe, gizliliği sağlamalı ve zorlama ya da aldatma olmadan tüm gerekli bilgileri paylaşmalıdır (19,25).

13. Ebe, kadınların kendi belirlemiş olduğu kararlarına, haklarına saygı duymalı ve bilinçli olarak karar vermeleri için her türlü bilgiyi sağlamalıdır (26,27).

14. Ebe, toplum ve kadının eğitiminde rol oynamalıdır. Bilgilendirme işlemi ebelik uygulama felsefesine, standartlarına ve işlevlerine uygun olmalıdır (28).

15. Ebe, yasal bir yükümlülük olmadığı durumda, kadınların gizli bilgilerini paylaşmamalıdır (28).

16. Ebe, kadınların sağlık ve güvenliği için etik olmayan yasadışı uygulamalara karşı olmalıdır (28).

17. Ebe, bakımlarında kültürlerin korunmasına değer vermelidir (28).

18. Ebe, insanların farklılığını değerlendirmelidir (28).

19. Ebe, her bir kadın ve yenidoğan için en üst düzeyde nitelikli bakımı gözetmelidir (28).

20. Ebe, sağlığın geliştirilip, çevrenin güçlendirilmesini sağlamalıdır (28).

21. Ebe, bir kadının yapmış olduğu bilinçli seçimlerine ve bu seçimlerin sonuçlarına yönelik aldığı sorumluluğa saygı duymalıdır (29).

22. Ebe, profesyonel rolleri bakımından meslektaşlarını desteklemeli ve bunu sürdürmelidir (29).

23. Ebe, kadınların bakımı sırasında gereken müdahale yeterliliğini aşıyorsa, diğer sağlık profesyonellerine danışarak onlarla birlikte çalışmalıdır (29).

24. Ebe, uygulama alanlarında insani dayanışmanın önemini farkında olmalı ve çatışmalara özgü çözümlere yönelik etkin çaba harcamalıdır (29).

25. Ebe, kendine karşı sorumlulukları olan, görevlerinde özsaygı ve dürüstlüğü koruyan, ahlaki değerlere sahip birey olmalıdır (29).

Ülkemizde Ebelik Eğitimi ve Durum

Dünyadaki en eski mesleklerden biri olan ebelik, başlangıçta ülkemizde anadan kızına aktarılan görgü ve deneyime dayanmıştır. Okullaşmanın tüm mesleklerde yerini almasıyla ebelik eğitimi kurs şeklinde ilk 1839 yılında Tıbbiye-i Aliye-i Şahane içinde başlamıştır. Daha sonra 1880 yılında Dr. Besim Ömer Paşa, programı elden geçirerek çağdaş ebeliğin kurucusu olmuştur. İlkokula dayalı 1909'lu yıllarda sağlık okulları sırasıyla iki, üç en son ortaokul üzerine dört yıl olmak üzere okullaşma dönemi başlamıştır ve meslek lisesi adını almıştır. 1985 yılında ön lisans aşamalarından geçerek 1997-1998 eğitim-öğretim yılından başlayarak, lisans, 2006 yılından sonrasında da birçok üniversite bünyesinde "Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü" olarak eğitim ve öğretimlerini sürdürmektedir. Ebelik eğitimi 2000 yılında yüksek lisans, 2013 yılında ise doktora düzeyine ulaşmıştır (30-34).

Ülkemizde ebelik eğitim programları DSÖ'nün ebe tanımı ve ebelik eğitimi ile ilgili uluslararası standartlar göz önüne alınarak, Avrupa Birliği'nin (AB) 80/155/EEC sayılı Konsey Direktifleri doğrultusunda biçimlendirilmiştir. Bu direktifler doğrultusunda ebelik programını bitirecek olan adayların, alana özgü yeterli bilgi ve deneyimin yanında, özellikle meslek etiği ve meslek mevzuatı hakkında yeterli bilgiye sahip olmaları beklenmektedir (33,35).

Çeşitli uluslararası ebelik örgütleri bulunmakla birlikte, ülkeler kendi koşulları içinde ulusal ebelik değerlerine ilişkin çalışmalar da sürdürmektedir. Ülkemizde ebelik mesleğinin ulusal değerleri ve etik kodları yeni oluşturulmaya başlamış olmasına karşın ebelik okullarından mezun olurken yapılan meslek andında mesleki yeterlilik, saygı, yaşamı korumak, ağrı, acıyı azaltma, şefkat, tarafsızlık (adalet), sır saklama, dürüstlük, mahremiyete saygı gibi değerler vurgulanmaktadır (3). Bununla birlikte Türk Ebeler Derneği'nin desteği ile ulusal ebelik değer ve etik kodlarının belirlenmesi adlı çalışmanın (3) tamamlanmış olması meslek adına sevindiricidir. Bu çalışma sonucunda, anne ve çocuk sağlığını önemseme, mesleksel yeterliliğe-sorumluluğa sahip olma, mahremiyeti koruma ve saygı duyma, güvenilir olma, ilk beş mesleki değer olarak belirlenmiştir. Ulusal ebelik kodları çalışma sonuçlarına göre oluşturulan ilk beş kod ise şöyledir (3):

1. Çıkar gözetmez ve çıkar ilişkisine girmez.
2. Mahremiyeti korur.
3. Güvenirliği ve doğruluğu korur, aldatmadan sakınır ve hatalı uygulamaları bildirir.
4. Gebe, fetüs, anne ve yenidoğanı değerli olarak görür.
5. Özensizlik, ihmal ve zararı engeller.

Sonuç olarak; ebelikte mesleki değerlerin, etik kodların bilinmesi, ebelik bakım ve uygulamalarının daha nitelikli olmasına, ebelik uygulamalarının standart düzeye gelmesine, meslek üyelerine kılavuz olmasına ve profesyonellerin kendi içinde özdenetimlerinin sağlanmasına yol açacaktır. Bununla birlikte bu değerler ayrıca, ebelle ilgili yasal düzenlemelerin oluşturulmasında da kılavuz oluşturabilirler.

İletişim: Özlem Duran

E-posta: ozlemeliha@gmail.com

Kaynaklar

1. Arslan H, Karahan N, Çam Ç. Ebeliğin doğası ve doğum şekli üzerine etkisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2008; 1(2): 54.
2. International Confederation of Midwives. The philosophy and model of midwifery care. Erişim tarihi 17 Eylül 2012, http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2005_001%20ENG%20Philosophy%20and%20Model%20of%20Midwifery%20Care.pdf
3. Berkiten EA, Özcan ŞM (Sunan), Acar Z, Ersoy N, Karahan N. Ulusal ebelik etik kodları projesi. I. Uluslararası & II. Ulusal Ebelik Kongresi 2011; Safranbolu Özet Kitabı. s. 15-20.
4. Jones SR, Symon A. Ethics in midwifery. Elsevier Limited; 2004. s. 3-187.
5. Algier L, Erdemir F, Hakverdioğlu G. Hemşirelerde mesleki değerler. Arda B, Akdur R, Aydın E. Eds. Türkiye Biyoetik Derneği. II. Ulusal Tıbbi Etik Kongresi 2001; Ankara Özet Kitabı. s. 289-97.
6. Ersoy N. Ebelikte meslek etiğinin, etik değerlerinin önemi ve gereği. I. Uluslararası & II. Ulusal Ebelik Kongresi 2011; Safranbolu Özet Kitabı. s. 12-4.
7. Yıldırım G, Kadioğlu S. Etik ve tıp etiği temel kavramları. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 29 (2): 7-12.
8. Oğuz YN, Tepe H, Örnek NB, Kırımsoy DK. Biyoetik terimleri sözlüğü. Ankara: Türkiye Felsefe Grubu; 2005. s. 54-5.
9. Güler H. Ebelikte mesleki değerler. II. Ulusal Ebelik Öğrencileri Kongresi 2011; Aydın Özet Kitabı. s.21.
10. Weston R. Telling stories, hearing stories': The value to midwifery students. British Journal of Midwifery 2012; 20(1): 41-9.

11. American College of Nurse-Midwives. Our philosophy of care. Erişim tarihi 7 Şubat 2013, <http://www.midwife.org/index.asp?bid=18>
12. Keskin G, Yıldırım Ö. Hemşirelerin kişisel değerlerinin ve iş doyumlarının incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006; 22(1): 119-33.
13. Warren C. Exploring the value of midwifery continuity of care. British Journal of Midwifery 2003; 11(10): 34-7.
14. Thompson FE. Moving from codes of ethics to ethical relationships for midwifery practice. Nursing Ethics 2002; 9 (5): 522-36.
15. Rassin M. Nurses' professional and personal values. Nursing Ethics 2008; 15(5): 614-30.
16. Faithfull S, Hunt G. Exploring nursing values in the development of a nurse-led service. Nursing Ethics 2005; 12(5): 440-52.
17. McNeese-Smith DK, Crook M. Nursing values and a changing nurse workforce: Values, ages, and job stages. Journal of Nursing Administration 2003; 33(5): 260-70.
18. Shih FJ, Lin YS, Smith MC, Liou YM, Chiang HH, Lee SH, Gau ML. Perspectives on professional values among nurses in Taiwan. Journal of Clinical Nursing 2008; 18(10): 1480-9.
19. American College Of Nurse-Midwives. Committee on code of ethics. Erişim tarihi 12 Kasım 2012, http://www.midwife.org/siteFiles/descriptive/code_of_ethics_2008.pdf
20. Midwives Alliance of North America. Midwifery model. Erişim tarihi 12 Kasım 2012, <http://mana.org/about-midwives/midwifery-model>
21. American College of Nurse- Midwives. Code of ethics with explanatory statements. Erişim tarihi 17 Mart 2012, http://www.midwife.org/siteFiles/descriptive/Code_of_Ethics_with_Explan_Statements08.pdf
22. International Confederation of Midwives. International code of ethics for midwives. Erişim tarihi 18 Eylül 2012, http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20ENG%20Code%20of%20Ethics%20for%20Midwives.pdf
23. Kutbay G, Alan S, Atış F, Halidi G. Uluslararası ebellek etik kodları. Ülman Y, Başağaç Gül T, Kadioğlu FG, Yıldırım G, Edisan Z. Eds. Tıp Etiğinden Biyoetiğe. Ankara: Türkiye Biyoetik Yayınları; 2009. s. 227.
24. National Association Of Certified Professional Midwives. US midwifery organizations make the case for normal physiologic birth. Erişim tarihi 1 Ocak 2013, <http://www.nacpm.org/normal-birth-joint-statement.html>
25. Pelvin B. Professional code of ethics and conduct for midwives. Ethiopian Midwives Association. Erişim tarihi 1 Şubat 2013, <http://www.ethiopianmidwives.org/resources/EMA%20cod%20of%20ethics%20for%20web.pdf>
26. Australian College of Midwives. Interim position statement on homebirth. Erişim tarihi 12 Aralık 2012, http://www.midwives.org.au/lib/pdf/documents/Interim_Homebirth_Position_Statement.pdf
27. Canadian Midwifery Regulators Consortium. Canadian competencies for midwives. Erişim tarihi 10 Aralık 2012, http://cmrc-ccosf.ca/files/pdf/National_Compencies_ENG_rev08.pdf
28. Australian Nursing and Midwifery Council. Code of ethics for midwives in Australia. Erişim tarihi 17 Mart 2012, <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/documents/default.aspx?record=WD10%2F1354&dbid=AP&chksum=5Rlk27NSa59n%2F%2BtvoYxT2w%3D%3D>
29. International Confederation of Midwives. International code of ethics for midwives. Erişim tarihi 18 Eylül 2012, http://www.llevadores.cat/html/publicacions/docs/Code%20of%20Ethics%20Long%20version-ENG%202003%20_2_.pdf
30. Başer M. Cumhuriyet tarihinden günümüze kadar doğum ve ebellek tarihi. Köker AH. Ed. Doğum ve ebellek tarihi. Kayseri: Erciyes Üniversitesi Gevher Nesibe Tıp Tarihi Enstitüsü; Yayın No: 26, 1997. s. 27-34.
31. Beydilli ED. Ebelleğin dün ve bugün. I. Baskı. Ankara: Alter Yayıncılık; 2007. s.13-29.
32. Soğukpınar N, Saydam BK, Bozkurt OD, Öztürk H, Pelik A. Past and present midwifery education in Turkey. Midwifery 2007; 23 (4): 433-42.
33. Kaya D, Yurdakul M. Türkiye'de ve dünyada ebellek eğitimi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 23 (2): 233-41.
34. Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi. 2012 öğrenci seçme ve yerleştirme sistemi yükseköğretim programları ve kontenjanları kılavuzu. Erişim tarihi 03.08.2012, <http://dokuman.osym.gov.tr/pdf/dokuman/2012/OSYS/2012OSYSKONTKILAVUZ.pdf>
35. Avrupa Topluluğu Komisyonu. Mesleki yeterliliklerin tanınmasında Avrupa Parlamentosu ve KONSEY Direktifi için bir öneri. Brüksel: 2002. s. 50-121.



Dr. Cavit Işık Yavuz*

Geliş tarihi : 07.04.2014

Kabul tarihi : 27.06.2014

Öz

Şişmanlık ve fazla kiloluluk sıklığı birçok ülkede artış göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, 2015 yılında dünyada 2,3 milyar yetişkin fazla kilolu, 700 milyon kişi de şişman olacaktır. Üç milyona yakın insan her yıl fazla kiloluğun ya da şişmanlığın yol açtığı sorunlar nedeniyle ölmektedir. Beş yaş altı çocuklarda ise, 2010 yılı için 40 milyon çocuğun fazla kilolu olduğu bilinmektedir.

Şişmanlık çok nedenlidir ve enerji alımı ile harcanması arasındaki dengesizliğin sonucu ortaya çıkmaktadır. Şişmanlığa ve fazla kiloluğa neden olan birçok çevresel etken vardır ve etkenlere çeşitli düzeylerde maruz kalınabilir. Bunlar, bireysel düzeyde, ev çevresinde, iş çevresinde, okul çevresinde, yerel, ulusal ve uluslararası düzeyde olabilir. Şişmanlığın çevresel özelliklerinin belirlenmesi, kontrol ve müdahale programlarının oluşturulması açısından temel oluşturmaktadır.

Şişmanlık ve kilo fazlalığının özellikle endüstrileşmiş ülkelerde hızla artış göstermesi, biyolojik faktörlerden çok çevresel değişiklikler ile ilişkilendirilmektedir. Şişmanlık ve çevre ilişkisinde ev çevresi, gıda çevresi ve gıda yoksunluğu ile ilgili çalışmalar ve sosyoekonomik değişkenler üzerinde durulan ana başlıklardır. Okul ve iş çevresinde sağlıklı gıdaların varlığı ve ulaşılabilirliği araştırma konuları arasında yer almaktadır. Obesojenik bileşikler olarak adlandırılan kimyasal maddeler de son yıllarda şişmanlığa neden olan faktörler arasında giderek daha fazla oranda sayılmaktadır. Bu grupta birçok kimyasal madde bulunmaktadır. Bu yazıda şişmanlık ve fazla kilolulukla çevre ilişkisinin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Anahtar sözcükler: Şişmanlık, Fazla kiloluluk, Çevre

Abstract

The prevalence of overweight and obesity is increasing in many countries. According to the World Health Organization, 2.3 billion adults will be overweight and 700 million of them will be obese by 2015. Nearly 3 million people have died each year due to health problems caused by obesity and overweight. In 2010, 40 million children under the age of five have been evaluated as overweight.

Obesity is a consequence of the imbalance between energy intake and output and has a multifactorial etiology. There are many environmental factors that promote obesity and being overweight. People may be exposed to these environmental factors at home, school environment, work environment, local, national and international levels. Defining environmental components of obesity is essential for obesity control and intervention programs.

The rapid increase of obesity and overweight especially in industrial countries could be related to environmental changes more than biologic factors. Home environment, food environment and food deserts, as well as sociodemographic variables are the main topics in obesity and environment relations. Availability and accessibility of healthy foods in school and work environment is one of the areas of obesity researches. In recent years, it is acknowledged that chemical materials named as obesogenic compounds are one of the factors that causes obesity. There are many chemical compounds in this group. This paper has aimed to review the relation of obesity and environment.

Key words: Obesity, Overweight, Environment

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

1. Giriş

Fazla kiloluluk ve şişmanlık günümüzde önemli sağlık sorunlarının temelinde yatan ara neden olarak bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Yapılan bazı değerlendirmelere göre, alınan her 15 fazla kilonun ölüm riskini %30 artırdığı belirtilmekte, ciddi düzeyde şişman olanların 8-10 yıl daha erken öldükleri vurgulanmaktadır (1). Var olan eğilimler göz önüne alındığında yapılan değerlendirmelere göre, 2014 yılı için Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) sağlık harcamalarının %20'sinin şişmanlıkla ilişkili hastalıklara harcanacağı tahmin edilmektedir (2). OECD verilerine göre, çoğu ülkede toplam sağlık harcamalarının %1-3'ünün, ABD'de ise %5-10'unun şişmanlık nedeniyle hastalıklar nedeniyle gerçekleştiği düşünüldüğünde, bu öngörü oldukça yüksek bir düzeye işaret etmektedir (1).

Yirminci yüzyılın sonlarına kadar yetersiz beslenme, insanın temel beslenme sorunu olarak ön plana çıkmışken, aynı dönemde gelişen şişmanlık, beslenme sorunları arasında hızla yer almaya başlamış, bu hızlı artış bazı ülkelerde hem yetersiz beslenmenin, hem de şişmanlığın bir arada bulunduğu "dual (çifte) yük" olarak adlandırılan bir duruma yol açmıştır (3). Dünya bir yandan açlık ve yoksullukla, diğer yandan da şişmanlık "salgını" ile baş etmeye çalışmaktadır (4,5).

Bugünün sağlık sorunları tartışmalarının odak noktasında bulunan "kilo sorunu", oluşumu ve seyri sırasında birçok çevresel faktörden etkilenmektedir. Şişmanlık ve kilo fazlalığının son otuz yılda özellikle endüstrileşmiş ülkelerde hızla artış göstermesi, biyolojik faktörlerden çok çevresel değişiklikler ile ilişkilendirilmektedir. Bu çevresel değişiklikler, geniş anlamda tarım alanında, gıda işleme ve pazarlamasında, ulaşım alışkanlıklarında, işin fiziksel talebinde ve sedanter aktivitelerin düzeyinde oluşan değişiklikler olarak sıralanmakla birlikte, mikro çevre olarak adlandırılan ev çevresi, okul çevresi, iş çevresi gibi çevresel faktörlerin de üzerinde durulmaktadır. İnsan ve çevre etkileşimiyle ortaya çıkan sağlık sorunlarının kökeninde bulunan, daha doğru bir deyimle çeşitli sağlık sorunlarının temelinde yer tutan çevresel sorunların anlaşılmasında ilk adım soruna yönelik olarak çevreyle etkileşim biçimlerinin

ortaya konmasıdır (6,7). Bu yazıda fazla kiloluluk ve şişmanlık ile ilişkili çevresel faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

2. Dünyada ve Türkiye'de Fazla Kiloluluk Ve Şişmanlık Sorunu

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, fazla kiloluluk ve şişmanlık giderek yaygınlaşmaktadır. Son otuz yılda dünyada şişmanların sayısı ikiye katlanmıştır. İki bin sekiz yılında 20 yaş üstü 1,4 milyar kişinin fazla kilolu, 500 milyon kişinin ise şişman olduğu tahmin edilmiştir. Geleceğe yönelik yapılan tahminlerine göre, 2015 yılında dünyada 2,3 milyar yetişkin fazla kilolu, 700 milyon kişi de şişman olacaktır. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) verilerine göre, 1980'li yıllara kadar on kişiden biri şişman iken, bu tarihten sonra ikiye, hatta üçe katlanan oranlarla karşılaşmış ve çoğu OECD ülkesinde iki kişiden birinin şişman olduğu bir durum ortaya çıkmıştır ve bu eğilim böyle sürerse, nüfusun üçte ikisinin fazla kilolu ya da şişman olması beklenmektedir. Küresel düzeydeki ölümlerin beşinci risk faktörü olarak fazla kiloluluk ve şişmanlığın sayıldığı, üç milyona yakın insanın her yıl fazla kiloluğun ya da şişmanlığın yol açtığı sorunlar nedeniyle öldüğü göz önüne alındığında, sorunun halk sağlığı açısından önceliği ortaya çıkmaktadır. Bazı hastalık yüklerinin azımsanamayacak oranları fazla kiloluğa ve şişmanlığa atfedilmektedir (Diyabet için %44, iskemik kalp hastalıkları için %23, bazı kanser türleri için %7-41) (1,8,9).

Fazla kiloluluk ve şişmanlık, sıklığı ülkelere göre değişim göstermekle birlikte, hemen her ülkenin gündemine girmiştir. ABD ile ilgili güncel veriler 2-19 yaş aralığında olanların %16,9'unun şişman (vücut kitle indeks persentilleri kendi yaş gruplarına göre 95. persentil ve üstünde olanlar) ve %31,8'inin fazla kilolu (85. persentil ve üzerinde) kategorisine girdiğini göstermektedir (10). ABD'de yaşa ve boya göre standardize edilerek yapılan değerlendirmelere göre, ortalama vücut ağırlığında %10'luk bir artış ve klinik şişmanlıkta ikiye katlanma olduğu belirtilmekte, "şişmanlık salgını"nın tüm toplumu etkilediği vurgulanmaktadır (5). İngiltere'de ulusal düzeyde doksanlı yıllardan itibaren yapılan sağlık araştırmaları incelendiğinde, fazla kiloluluk ve şişmanlığın

toplamda yıllar içinde hem yetişkinlerde, hem de çocuklarda artış eğiliminde olduğu ve 2011'de oranların (fazla kiloluluk ve şişmanlık toplam prevalans) yetişkin erkeklerde %65, kadınlarda %58, çocuklarda da sırasıyla %31 ve %28'e ulaştığı izlenmektedir (11). Güney Amerika'ya ilişkin veriler, 20 ülkenin 17'sinde şişmanlık sıklığının %20'nin üzerinde olduğunu göstermektedir (12).

Türkiye'ye ilişkin fazla kiloluluk ve şişmanlık verileri incelendiğinde, OECD ülke istatistiklerinde 15 yaş üstü fazla kilolu ve şişmanların 2010 yılı için nüfusun %49,9'unu oluşturduğu görülmektedir (13). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-2008'de (TNSA 2008) ise araştırma kapsamındaki kadınların %58'i fazla kilolu ve şişman, %24'ü ise şişman olarak değerlendirilmiştir (14). Sağlık Bakanlığı "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010" ön çalışma raporuna göre, Türkiye'de şişmanlık sıklığı erkeklerde %20,5, kadınlarda ise %41,0 ve toplamda %30,3 olarak belirtilmektedir. Aynı çalışmada toplamda fazla kiloluluk %34,6, fazla kilolu ve şişmanlık %64,9, çok şişmanlık %2,9 oranında bulunmuştur (15).

3. Besin-Enerji ve "Denge"

Şişmanlığa yol açan faktörler çeşitlidir ve şişmanlık, genetik ve çevresel etkenlerin etkileşimi ile ortaya çıkan çok faktörlü bir "hastalık" olarak görülmektedir (12,15). Enerji alımı ve enerji harcanması ilişkisi gerek neden, gerekse de müdahale noktasında en çok üzerinde durulan başlıklardandır. Ancak bu konuda farklı değerlendirmeler de dikkati çekmektedir. ABD'de toplumu temsil eden izlemlerde, kişi başı toplam enerji alımının zaman içinde çok da değişmediği ortaya konmuştur (5). Belirli bir süre içindeki beslenme verileri, ABD'de ortalama ağırlık yaklaşık 5 kg artmışken, enerji alımının değişmediğini göstermektedir. Örneğin, 1965, 1977, 1991 ve 1996 yılında yapılan ABD ulusal çalışmalarından elde edilen verilere göre, kişi başı gıda enerji alımı 1965-1980 döneminde anlamlı bir düşüş göstermiş, 1980-90 döneminde değişmemiş ve 1990-95 döneminde 1965 yılındaki düzeyine yükselmiştir. Bu durum, alımda bir değişiklik yoksa, fiziksel aktivitede bir değişim üzerinden şişmanlık salgını açıklama eğilimi doğursa da, bu konuda da güçlükler bulunmaktadır; çünkü

enerji tüketimi ile ilgili veriler bu eğilimi desteklememektedir. Diğer yandan, yapılan bazı çalışmalar 1980-1995 döneminde bireylerin boş zamanlarında yaptıkları fiziksel aktivite sürelerinin çok da değişmediğini göstermektedir. Üstelik bir başka çalışma, 1990-1998 döneminde önerilen düzeyde fizik aktivite sıklığında azalmanın aksine, hafif bir artış bile ortaya koymuştur (%24,3'ten %25,4'e). Konuya dikkat çeken yazarlar, gerek alım / harcama değerlendirme yöntemlerinden, gerekse de fizik aktivite değerlendirme yöntemlerinden kaynaklanabilecek sorunlara dikkat çekmektedirler (4).

Diğer yandan, besin ve tüketim döngüsünü değerlendirirken, bireylerin yaşamlarını geçirdikleri, yaşam, iş, oyun ve sosyal alanlarını kapsayan ve "yapılı çevre" (built environment) olarak adlandırılan çevresel faktörlerin de diyet - enerji dengesinde yeri olduğuna dikkat çekilmektedir (9). Yapılı çevrenin çeşitli özellikleri bu dengede önem taşımaktadır.

Şişmanlık ve fazla kiloluğun nedenleri arasında DSÖ'nün de vurguladığı "enerji dengesizliği" (8) yaklaşımının yanında enerji metabolizması ile ilgili moleküler yaklaşımlar ya da sosyoekolojik modellerle "obesojenik çevre"nin (şişmanlatan çevre) doğasını ortaya koymaya çalışan yaklaşımlar da bulunmaktadır. Şişmanlatan çevre yaklaşımında, çevresel koşullara maruz kalmanın şişmanlık sıklığını artıran bir önkoşul olabileceği, ancak bireylerin duyarlılıklarının farklı yanıtlar doğurabileceği belirtilmektedir (3).

4. Şişmanlatıcı Çevre

Şişmanlığın önlenmesine yönelik müdahaleler çoğunlukla bireysel davranış değişikliklerini temel almaktadır. Ancak bu stratejilerin genellikle kısa dönemli iyileşmeler sağladığı, bunun nedeninin de kişiyi sedanter yaşama ve fazla enerji alımına yönlendiren çevresel faktörler olabileceği ve bu çevresel faktörlerin göz ardı edilmesinin istenen gelişmeyi sağlamadığı açıktır. Bu konuyla ilgili olarak şişmanlık konusunun, bireyin kişisel özellikleriyle birlikte, sosyoçevresel faktörleri de ele alan "karmaşık bir sistem" olduğu vurgusu yapılmakta ve "şişmanlatıcı çevre" (*obesogenic environment*) terimi kullanılmaktadır (9,16). Bu terim, "kişi ve toplumlarda yaşam koşulları, ortamı ya da

olanaklarının toplamda şişmanlığı geliştirici etkilere sahip olması” biçiminde tanımlanmaktadır (16). Daha açık bir anlatımla şişmanlatıcı çevre, “kilo vermeye elverişli olmayan ve kilo alınmasına yol açan ev, okul ya da iş çevresi”dir (17).

Şişmanlık ve fazla kilo sorunu, bireysellikten çok kişisel ve çevresel, hatta ekolojik faktörleri içine alan bütünsel yaklaşım müdahale programlarında kendine daha fazla yer bulmaya başlamıştır. Bu bütünsel yaklaşım çeşitli içeriklere sahiptir. Birleşik Krallık'ta “çok yönlü ekolojik yaklaşım” olarak adlandırılan yaklaşımda konu, dört unsur ile ele alınmaktadır: Fiziksel dünya, fizyolojik dünya, sosyal dünya ve bilişsel (kognitif) dünya (9).

5. Sosyoekonomik Çevre

Şişmanlık bireysel düzeyde ele alındığında düşük gelir, düşük eğitim ve yoksullukla ilişkilidir ve düşük sosyoekonomik düzey ile şişmanlık arasında dikkat çekici bir ilişki vardır. ABD’de dört ulusal düzeyde temsil gücü olan çalışma verileri (1971-2004), fazla kiloluluğun yoksulluk sınırı altında yaşayan ailelerde daha belirgin olduğunu ortaya koymaktadır (2).

Şişmanlık başlangıçta endüstrileşmiş merkez ülkelerin karakteristik bir özelliği iken, giderek hem bu ülkelerin “yerli halkları”nda ve düşük sosyoekonomik durumdaki toplumsal yapılarında artma eğilimine girmiş, hem de bu ülkeler dışında dünyada Afrika, Güney ve Doğu Asya, Güney ve Orta Amerika, Karayipler ve Pasifik adalarında kentsel bölgelerde yaşayanlarda belirginleşerek yaygınlaşmaya başlamıştır. Özellikle hızlı modernleşen ülkelerde fazla kiloluluk ve şişmanlık artışı kayda değer bulunmaktadır. Afrika'nın çeşitli bölgelerinde fazla kiloluluk ve şişmanlık artışı dikkat çekicidir ve özellikle kentsel alanlarda yaşayan kadınlarda bu eğilim ön plandadır. “Ekonomik geçiş” yaşayan ülkelerde şişmanlık yüksek sosyoekonomik statüdekindelerde yaygın olarak görülürken, artış hızı açısından bakıldığında, şişmanlık artış hızının en yüksek olduğu grupların düşük sosyoekonomik yapıya sahip oldukları görülmektedir. Bu durumun, küresel düzeyde karmaşık ilişkilerle “ekonomik geçiş” ile obesojenik (şişmanlatan) etkenlere maruz kalma arasında ilişkileri düşündürdüğü belirtilmektedir (3,9).

6. Ev Çevresi

Çevre-şişmanlık ilişkisini irdeleyen çalışmalarda, ev ve ev çevresi ile ilgili yapılan araştırmaların yoğunluğu dikkat çekmektedir. İş ve okul çevresi ile alışveriş ortamı ev çevresini izleyen alanlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu konuda yapılan çalışmaları geniş olarak kapsayarak inceleyen bir çalışmada, çevresel faktörler dört kategoriye ayrılmaktadır: Sosyodemografik çevre, fiziksel çevre, çevrede yer alan çeşitli olanaklar ve sosyal etkileşim. İncelenen çalışmaların %57'sinin sosyoekonomik ya da sosyodemografik çevre ile ilgili olması dikkat çekicidir. Fiziksel çevre (yeşil alan, binaların yapısı ve durumu, trafik gürültüsü vb), olanaklar (spor merkezleri vb) ve sosyal etkileşim sırasıyla sosyoekonomik durumu incelemektedir. Aynı çalışma, incelenen çalışmaların %42'sinin çevresel faktörlerle bireysel faktörlerin etkileşimine de baktığını vurgulamaktadır. Bireysel faktörler de dört başlıkta ele alınmıştır (sosyodemografik değişkenler, sağlık değişkenleri, sağlık davranışları ve psikososyal görünüm). Fizik aktivitenin çevresel bileşenlerini irdeleyen bir başka çalışmada ise, çevresel etkiler makro ve mikro çevre olarak ayrılarak incelenmiştir. Mikro çevre başlığında ev, okul, işyeri, süpermarket, bar, restoran, rekreasyon alanları, mahalleler vb incelenmiş, makro çevrede ise daha geniş bir çerçevede sağlıklı davranışı etkileyen altyapı ve hizmetler ele alınmıştır (şehir planlama, ulaşım altyapısı, sağlık sistemi, ürünlerin pazarlama ve dağıtım sistemi, medya gibi) (7).

Ev çevresi ve evdeki yaşam koşulları ile sosyal çevre, çeşitli çalışmalarda şişmanlıkla ilişkili bulunmaktadır. Özellikle 12 yaş altı çocuklar için ev çevresi şişmanlık açısından önem taşımaktadır. Yapılan çalışmalar şişmanlık-ebeveyn ilişkisini net olarak ortaya koymuştur. Fazla kilolu olan çocukların ebeveynlerinin de fazla kilolu olma olasılıklarının yüksek olduğu belirtilmektedir. Ebeveynlerin rol model olmaları, çocukların gıda, fiziksel aktivite ve davranışlarını etkilemektedir (2). Aile ortamı ve ev çevresi, yaşamın sonraki dönemlerini de içermek üzere, çocukluk dönemini temel alarak odaklanılması gereken müdahale alanı olarak öne çıkmaktadır (18). Bazı çalışmalarda ihmal edilen çocuklarda şişmanlık riskinin dokuz kat arttığı gösterilmiştir (19).

Çocuklar günlük besinlerinin üçte ikisini evde almaktadırlar ve aile ve ebeveynler, çocukların yeme davranışları ve fizik aktivite alışkanlıklarıyla ilgili olarak önemli bir rol oynamaktadırlar (18). Sosyoekolojik yaklaşım olarak nitelenen yaklaşımlar, çocukluk dönemi şişmanlığına ailelerin yaklaşımını ele almakta ve ebeveynlerle ev çevresiyle ilgili, sosyal ve bilişsel değişkenlerin etkileşimini incelemektedir. Anne - babaların beslenmeleri, çocukların yeme davranışları ve evde bulunan yiyecekler üzerindeki etkileri, sağlıkla ilgili becerileri, model oluşturma ve çevrelerini değiştirme gibi unsurlar ele alınmaktadır. Bu kapsamda da ebeveynlerin sağlıklı yaşam davranışları bilgisi, ebeveynlik becerileri, evin fiziksel çevresi (evde sağlıksız gıdaların varlığı, fizik aktivite ekipmanlarının varlığı, TV, bilgisayar ya da oyun konsolları gibi cihazların varlığı vb) gibi başlıklar öne çıkmaktadır (2,20).

Ev çevresi ile şişmanlık arasındaki ilişkiyi değerlendiren birçok çalışma ve ölçüm yöntemi kullanılmıştır. Ev çevresi değerlendirmelerinde ebeveynler ve sosyal çevre ile evin fiziksel çevresi ön plandadır. Bu çalışmalarda aşağıdaki başlıkların değerlendirildiği belirlenmektedir (2):

- Beslenme tarzı
- Fizik aktivite ve fiziksel çevre (Fizik aktivite olanakları ve bu olanaklara erişilebilirlik)
- Gıda fiziksel çevresi (Bulunabilirliği / erişilebilirliği)
- Gıda sosyal çevresi (Ebeveynlerin beslenme ile ilgili rol modelliği, sağlıklı yeme davranışları vb)
- Fiziksel aktivite sosyal çevresi (Ebeveynlerin fizik aktivite ile ilgili rol modelliği, fiziksel aktivite ile ilgili anlayışları)

Fizik aktivitenin uygunluğu ve evin fizik aktivite yapmaya elverişli olup olmadığı çeşitli başlıklarda değerlendirilmektedir. Bu başlıklar evde aktivite yapmaya yarayan aletlerin bulunup bulunmamasının belirlenmesi, evde bahçenin olup olmaması ve büyüklüğü vb.'dir. Fiziksel aktivite araç - gereçleri arasında, spor, fitness, ulaşım, su sporları, bahçe ve medya ekipmanları gibi araçlar sorulmaktadır.

7. İntrauterin Çevre

Metabolik yapı ve vücut kompozisyonu anne karnında biçimlenmeye başlamaktadır ve bu

durumilerleyen yaşam dönemlerini birçok açıdan etkileyen bir faktördür. Anne fenotipinin uterin dönemde, gelecekteki yaşamda biçimlenecek vücut kompozisyonu ve metabolik fenotipi belirlediğine ilişkin kanıtlar çoğalmaktadır. Bu açıdan gelişimsel durumun ve üreme matürasyonunun izlemine yoğunlaşmanın yağ doku ve şişmanlık yoğunluklu bir tartışmadan daha önemli olduğu belirtilmektedir. Annenin fenotipi ve bazı çevresel etkenler bebek gelişiminde etki göstermektedir. Bu kapsamda, annenin konsepsiyon dönemindeki beslenme durumu, termal çevre, uterin volüm, gebelik diyeti, plasental fonksiyon, strese maruz kalma, patojenler ve fizik aktivite paterni gibi başlıklar sayılmaktadır. Diğer yandan bu başlıklardan bazılarında da yeri olan çevresel stresler ve "ekolojik sinyaller" in çeşitli biçimlerde adaptasyon mekanizmalarına yol açtığı ileri sürülmektedir. Bu nokta "yaşam öyküsü özellikleri" olarak adlandırılan özellikler ile şişmanlık arasında ilişkiler olduğuna da işaret etmektedir. Bu ilişkiler karmaşık ve değişkendir ve toplumdan topluma, ülkeden ülkeye değişiklik göstermektedir. Yapılan çeşitli çalışmalarda bu ilişki bazı özelliklerle açıklanmaya çalışılmıştır. Bu çalışmaların bazılarında arada ilişki bulunurken, bazılarında ortaya konamamıştır (Tablo 1). Bu noktada "İnsülin metabolizmasında erken yaşam adaptasyonu sırasında yaşanan değişim, 'gelişim esnekliği' olarak adlandırılan duruma neden olarak şişmanlatıcı çevreye artan bir duyarlılığa yol açmaktadır" saptaması dikkat çekicidir (3).

Düşük doğum ağırlıklı doğan bebeklerin sonraki yaşam dönemlerinde şişman olma riski bulunmaktadır. Yapılan değerlendirmelerde düşük doğum ağırlığı olanların vücut kitleleri zayıf olmasına karşılık, yağ kitlelerinin daha fazla olduğu ve düşük doğum ağırlığının sıklıkla metabolik sendromla ilişkili bulunduğu belirtilmektedir. Bebeklik döneminin bir diğer önemli konusu da anne sütüdür. Anne sütü ile şişmanlık ilişkisini irdeleyen meta analiz ve sistematik derlemeler, çoğunlukla anne sütünün şişmanlıktan koruyucu bir etki sağladığına işaret etmektedir (21).

Bu çerçeveye ek olarak, anne karnında maruz kalınan fetal stres yaparlar (beslenme bozukluğu ve sigara gibi) intrauterin gelişme

geriliği yaparak hormonal sistemi bozmakta ve bu durum sonrasında şişmanlık ve diyabet riski doğurmaktadır. Gebelik sırasında salgı bozara maruz kalma çocukluk dönemi şişmanlığına yol açabilmektedir. Yaşamın ilk yılında hızlı kilo alımı ve bebeklik döneminde az uyuma da çocukluk döneminde şişmanlık gelişimi riskini artırabilmektedir (22).

8. Gıda Çevresi

Şişmanlık tartışmasının geçen zaman içinde dikkat çeken bir boyutu da ulaşılabilen gıda türlerinin çeşitlenmesi ve var olanlardaki değişimdir. Bu çeşitlenme ve değişimin bazılarının vücut ağırlığı artışı lehine, bazılarının da aleyhine olduğu belirtilmektedir. Bin dokuz yüz yetmiş ile bin dokuz yüz doksan dört yılları arasındaki gıda ulaşılabilirliğine ilişkin yapılan değerlendirmede, vücut ağırlığı artışıyla ilişkili olabilecek gıda değişimlerinden, salata ve pişirme yağlarında %47'lik, peynirlerde %111'lik, mısır tatlandırıcılarında (Mısır şurubu) %283'lük ve alkolsüz içeceklerde %75'lik artış görülmektedir (5).

Gıda çevresi (food environment), şişmanlık yazınında giderek üzerinde daha fazla durulan bir konu olarak dikkat çekmektedir. Bu alanda yapılan değerlendirmeler iki başlıkta yoğunlaşmaktadır. Bunlardan ilki gıda çevresinin coğrafik tanımlaması, ikincisi de yakın çevrede yer alan gıda satış yerlerinin çeşitliliğidir. Bu iki başlıkta yapılan değerlendirmeler farklılıklar göstermektedir. Coğrafi değerlendirmelerde bazı çalışmalarda yönetsel birimler (ilçe, bölge nüfus birimi vb) alınmakta, bazılarında ise mesafe bazlı (kuş uçuşu mesafeler ya da cadde - sokak ağları vb) belirli bir çapta alanlar çalışma yeri olarak belirlenmektedir. Yiyecek satış yerlerinin çeşitliliği ile ilgili çalışmalarda ise, bazılarının gıda satış yerlerinin türlerine göre varlığını incelediği, bazılarının ise hem gıda satış yerlerinin türlerini, hem de kişi başına düşen satış yeri sayısını birlikte değerlendirdikleri görülmektedir. Bu konuda geliştirilen bazı indeksler de bulunmaktadır. Bu indekslerde "fast-food" restoranlar vb yiyecek mekânları, bölgedeki süpermarket vb alanlarla sayısal olarak kıyaslanmaktadır (23).

"Gıda çevresi" konu başlığında sağlıklı ve uygun fiyatlı gıdalara ulaşamayan yerler için "food deserts" (gıda erişim yoksunluğu) terimi kullanılmaktadır. Bu terimle kastedilen,

incelenen bölgede, - ki bunlar çoğunlukla dezavantajlı mahalleler ve yerleşim yerleridir - büyük süpermarketlerin yokluğu, bunların yerine fazla sayıda fastfood restoranlarının ya da küçük gıda satış yerlerinin bulunmasını da kapsayan geniş bir kavramdır (10). Amerikan Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) kaynaklarında gıda çevresi tanımında vurgulanan unsurlar, "diyeti etkileyen gıdanın fiziksel olarak varlığı, gıda satış alanlarına yakınlık, gıda satış alanları ya da gıda hizmet alanları gibi alanların fiziksel olarak varlığı" olarak dikkati çekmektedir (24).

Gıda çevresi ile şişmanlık ilişkisi, ABD için gıda satış yerleri ya da mahalle bakkalı benzeri gıda da bulunabilen satış yerlerini daha fazla kullanmanın, aşırı yeme ve düşük diyet kalitesi ile sonuçlanması, buna karşılık büyük süpermarketlerden esas olarak sebze ve meyve gibi sağlıklı gıdaların sağlanmasının daha koruyucu bir etki doğurması ile ilişkili bir hipotez üzerinden kurulmaktadır. Bu hipotez ABD'de hükümet müdahale programlarının da temelini oluşturmaktadır (10).

Yapılan araştırmalar sağlıklı gıdaya hem yakınlık, hem de ekonomik anlamda ulaşım ile ilgili yaşanan eşitsizliklerin şişmanlık gelişimi ile ilişkili olduğunu gözler önüne sermiştir. Bu eşitsizlikte "diyetin maliyeti" kilit noktalardan birini oluşturmaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde şişmanlık "ekonomik bir konu" olma özelliğindedir. Gıda tercihlerini belirleyen temel etkenlerin, lezzet, maliyet, kolay ulaşılabilirlik ve daha az oranda sağlamlık ve çeşitlilik olduğu belirtilmektedir. Gelişen tarım ve gıda teknolojisi enerji yoğun gıdaların çeşitlilik ve türlerini çoğaltmış ve çok düşük fiyata elde edilirliliğine yol açmıştır. ABD'de yapılan değerlendirmelere göre, taze ürünlerin maliyeti yağ ve şekerlere göre 10 kat daha fazladır (25).

Olayın ekonomik yönü ve eşitsizlik yönü, gıda fiyatları ve gıda harcamalarını da önemli kılmaktadır. Hemen her ülkede diyet profili değişmekte ve enerji yoğun gıda tüketimi artmaktadır. Çin'de artış 10 yılda %10'lar düzeyinde iken Meksika'da %30'lara kadar çıkmaktadır (26).

Evde gıdaların uygunluğu ve ulaşılabilirliğinin değerlendirilmesinde, sağlıklı / sağlıksız gıdaların hazırlanan bir liste ile evde

| Yaşam dönemi | Şişmanlıkla ilişkili olabilecek özellikler |
|-----------------|---|
| Fetal | Düşük doğum ağırlığı Hızlı bebek gelişiminin indüklenmesi |
| Bebeklik | Primiparite Hızlı gelişim Mama ile beslenme Bodurluk |
| Ergenlik dönemi | Erken adet |
| Yetişkinlik | Kısa boy |
| Üreme | Fazla sayıda gebelik Baba özellikleri |

| Bileşiğin grubu | Bileşik adı |
|----------------------------|---|
| Diyetle alınanlar | Fruktoz Genistein Monosodyum glutamat |
| Sigara | Benzopyrene PM2.5 |
| İlaçlar | DES Östradiol |
| Endüstriyel kimyasallar | Bisphenol A Onganotinler (Tributyltin vb) Fitalatlar Perfluorooctanoic Acid (PFOA) Polybrominated Diphenyl Ethers (PBDEs) |
| Organofosfatlı pestisitler | Polychlorinated Biphenyl Ethers (PCBs) Chlorpyrifos Diazinon Parathion |
| Diğer çevresel kirlenimler | Benzopyrene PM2.5 Kurşun |

gözlenerak kontrol edilmesi kullanılabilir. Hazırlanan liste araştırmacıdan araştırmacıya değişmektedir. Örnek olarak Robert'in aktardığına göre, Hearn ve arkadaşları 1998'de yayımlanan çalışmalarında çocukların en sık tükettiği 10 sebze ve 10 meyveden oluşan bir liste hazırlamışlar ve ulaşılabilirliği de sebze ve meyvelerin dışarıda ve açıkta bulunup bulunmaması, kesilip yenmeye hazır olup olmaması, sebze ve meyvelere çocukların yetişebilir olup olmaması ile değerlendirmişlerdir. Değerlendirme çerçevesi çalışmalara göre değişiklikler gösterebilmektedir, bazı çalışmalarda gıdaların

konserve, kurutulmuş, dondurulmuş ya da taze olup olmadığı da kapsama alınmaktadır (2).

9. Gıda Erişim Yoksunluğu (Food Deserts)

Türkçe'ye "gıda erişim yoksunluğu" olarak çevirebileceğimiz "food desert" kavramı, gıda çevresi ile ilgili çerçevede yer almaktadır. Bu konuda ABD'de kongreye sunulan bir raporda, konu ile yapılan değerlendirmede sağlıklı ve besleyici gıda satış yerlerine uzak yaşamının ve fiyatların sorun kaynağı olabildiği vurgulanmakta, bunun nedeni olarak da özellikle sebze ve meyvelerin bulunduğu süpermarket ve benzeri gıda satış alanlarında fiyatların daha düşük olması, uzaklık ve fiyatların kişilerin gıda tercihlerini etkilemesi belirtilmektedir (27). ABD'de bu konuda yapılmış çalışmalar yoğunlaşmıştır, konu ile ilgili ABD Tarım Bakanlığı tarafından geliştirilen bir haritalandırma da söz konusudur (29). Bu haritada yerleşim yerlerinde gıda yoksunluğu içindeki nüfusun oranları izlenebilmektedir.

10. Okul Çevresi

Belirli yaş grupları için okul çevresi de şişmanlık sorununda önemli yer tutan bir başlıktır. Yapılan incelemelere göre, öğrenciler gıdaların %25-33'ünü okulda almakta, fizik aktivitenin %20-30'unu okulda gerçekleştirmektedir. Günlük toplam enerjinin %19-50'si okulda alınmaktadır. Bu açılarından okulun hem gıda çevresi, hem de olanakları ve kullanılabilirliği açısından fizik aktivite çevresinin değerlendirilmesi önem kazanmaktadır. Bu alanda yapılan çalışmalarda, okul gıda ve fizik aktivite çevresi değerlendirmeleri, okulda BKİ ölçümleri ile izleme ve okul iyileştirme programları uygulamaları öne çıkmaktadır (30,31).

11. İş Çevresi

Yapılan iş ve iş çevresi beslenme ile yakından ilişkilidir. İşle ilgili faktörler, beslenme ve aktivite davranışlarını ve düzeyini etkilemektedir. Çalışmalarda şişmanlık ve fazla kiloluluk ile ilgili olarak işin gerektirdiği fiziksel güç, iş stresi ve diğer psikososyal stresler, zaman baskısı, işyerindeki gıda çevresi vb konular üzerinde durulduğu izlenmektedir. Buna karşılık, iş - BKİ ilişkisi ile ilgili çalışmalar az sayıdadır ve bu çalışmaların iş stresi - BKİ

Tablo 3. Toplumsal düzeyde fazla kiloluluk ve şişmanlık sıklığına etkili bazı faktörler (35)

| Düzyey | Faktör |
|------------------------|---|
| Bireysel | Enerji harcanması Gıda alımı |
| Ev / okul / iş | Besin içeriği Boş zaman aktiviteler / tesisler İş İnfeksiyonlar Okul ve işyerinde gıda ve aktivite Aile ve ev |
| Yerel | Toplu taşımacılık Kamu güvenliği Sağlık hizmetleri Sanitasyon Gıda üretimi Tarım Yeşil alan Yerel pazarlar |
| Ulusal / bölgesel | Ulaşım Kentleşme Sağlık Sosyal güvenlik Medya ve kültür Eğitim Gıda ve beslenme |
| Uluslararası faktörler | Küreselleşme Kalkınma Medya ve reklam |

ilişkisi, erkeklerde haftalık çalışma saati-fazla kiloluluk ilişkisi, vardiyalı çalışma ile ağırlık artışı, işsizlik-BKİ (özellikle kadın işsizlerde) ilişkisi ile ilgili olduğu görülmektedir (32,33).

12. Obesojenler (Şişman Yapar Bileşikler)

Son yıllarda bazı kimyasal maddelerin şişmanlatıcı etkisi ortaya konmuş ve bu konuda yapılan çalışmalar çoğalmıştır. "Obesogen" olarak adlandırılan bu bileşiklerin, şişmanlık salgınına ilişkin milat 2002'de yayımlanan bir makale olmuş ve terim 2006'da kullanılmaya başlamıştır. Obesojenler ya da şişman yapar bileşikler, metabolik süreçleri etkileyerek kilo alımına yatkınlık yaratan kimyasal maddelerdir ve diyet kaynaklı, farmasötik kaynaklı ve endüstriyel kaynaklı olabilmektedirler. Örnek olarak özellikle hayvan deneylerinde ortaya konan şişmanlatıcı etkileri ön planda olan "tributyltin" maddesi verilebilir. Bu madde, ahşap koruyucu, canlıkıran, tekstil ve su sistemlerinde boyalarda antifungal etki oluşturucu madde olarak, deniz aralarında kirlenme önleyici boyalarda, PVC'de vb kullanım alanları olan bir kimyasaldır. Obesojenler, yağ hücre sayısını, yağ hücrelerinin büyüklüğünü, hormonları

etkilemekte ve epigenetik değişikliklere neden olarak kuşaklar arası aktarımla sonuçlanan değişimler oluşturmaktadırlar (34). Bazı şişman yapar bileşikler Tablo 2'de izlenmektedir. Yukarıda çizilen çerçeveye ek olarak, sosyopolitik faktörler de şişmanlık-çevre ilişkisinde üzerinde durulan faktörlerdendir. Bu faktörler arasında yerelden uluslararası düzeye kadar çeşitli başlıklar sıralanmaktadır (35) (Tablo 3).

Sonuç olarak şişmanlık, birçok çevresel faktör ve özellikten etkilenmektedir. Şişmanlık ile fazla kiloluluk ve çevresel faktörler arasındaki ilişki makro ve mikro düzeyde incelenmektedir. Genel olarak şişmanlık ve fazla kiloluluk sıklığını etkileyen çevresel faktörler bireysel düzeyde, ev / okul / iş düzeyinde, yerel düzeyde, ulusal / bölgesel düzeyde ve uluslararası düzeyde ele alınmaktadır. Bu faktörler incelendiğinde, bireysel düzeyden politik düzeye kadar geniş bir nedenler aralığı izlenmektedir.

Günümüzün halk sağlığı sorunu olan şişmanlık ve fazla kilolulukla mücadelede, çevresel faktörleri göz ardı etmeyen kalıcı müdahale programlarına gereksinim vardır. Bu programların başarısı için sağlıklı kamu politikaları gereklidir.

İletişim: Dr. Cavit Işık Yavuz

E-posta: cavityavuz@gmail.com

Kaynaklar

1. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). 2010. obesity and the economics of prevention: Fit Not Fat. Erişim 24.04. 2013, <http://www.oecd.org/els/health-systems/46044572.pdf>
2. Robert CA. The home environment and childhood obesity. Yayınlanmamış doktora tezi, Virginia Polytechnic Institute, USA, 2010. Erişim 09.01.2013, http://scholar.lib.vt.edu/theses/available/etd_08172010_090331/unrestricted/Robert_Courtney_D_2010_2.pdf
3. Wells JCK . Obesity as malnutrition: The role of capitalism in the obesity global epidemic. Am J Hum Biol 2012; 24: 261-76.
4. World Health Organisation (WHO). 2013. Millennium development goals. Erişim 29.04.2013, http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/hunger/en/index.html
5. Jeffery RW, Utter J. The changing environment and population Obesity in the United States. Obes Res 2003; 11: 125-225.
6. Güler Ç. Çevre Sağlığı. İçinde Güler Ç ed. Çevre Sağlığı (Çevre ve Ekoloji Bağlantılarıyla). Ankara: Yazıt yayıncılık; 2012.s. 39-50.

7. Leal C, Chaix B. The influence of geographic life environments on cardiometabolic risk factors: a systematic review, methodological assessment and a research agenda. *Obes Rev* 2011; 12: 217–30.
8. Dünya Sağlık Örgütü web sayfası(DSÖ).Erişim 04.01.2013, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>
9. Scott A, Ejikeme CS, Clotley EN, Thomas JG. Obesity in sub-Saharan Africa: development of an ecological theoretical framework. *Health Promot Int* 2013; 28(1): 4-16.
10. Shier V, Sturm AR. Is there a robust relationship between neighbourhood food environment and childhood obesity in the USA? *Public Health*. 2012; 126: 723-30.
11. Oyebo O, Mindell J. Use of data from the Health Survey for England in obesity policy making and monitoring. *Obes Rev* 2013; 14: 463–76.
12. Aballay LR, Eynard AR, Diaz MP, Navarro A, Munoz SE. Overweight and obesity: their relationship to metabolic syndrome, cardiovascular disease, and cancer in South America. *Nutr Rev* 2013; 71(3):168–79.
13. OECD 2013 country statistical profile: Turkey 2013. 3 Eylül 2013, http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-turkey_20752288-table-tur
14. TNSA 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2009. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Erişim 15.06.2013, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2008/data/TNSA-2008_ana_Rapor-tr.pdf
15. Türkiye'de obezitenin görülme sıklığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Obesite, Diyabet ve Metabolik Hastalıklar Daire Başkanlığı web sayfası. Erişim 07.4.2014, <http://www.beslenme.gov.tr/index.php?lang=tr&page=40>
16. Osei-Assibey G, Dick S, Macdiarmid J, Semple S, Reilly JJ, Ellaway A, Cowie H, McNeill G. The influence of the food environment on overweight and obesity in young children: a systematic review. *BMJ Open*. 2012;2:e001538. Doi:10.1136/bmjopen-2012-001538.
17. Powell P, Spears K, Rebori M. What is Obesogenic Environment? Fact Sheet-10-11 University of Nevada Cooperative Extension 2010. Erişim 16.03.2013, <http://www.unce.unr.edu/publications/files/hn/2010/fs1011.pdf>
18. Knowlton AP, Sharma M. Systematic review of family and home-based intervention targeting paediatric overweight and obesity. *Obes Rev* 2012; 13: 499–508.
19. Strauss RS, Knight J. Influence of the home environment on the development of obesity in children. *Pediatrics* 1999; 103(6): e85 (Electronic article). Erişim 16.03.2013, <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/6/e85>.
20. Kral VE, Rauh EM. Eating behaviors of children in the context of their family environment. *Physiol Behav* 2010; 100: 567–73.
21. Yang Z, Huffman SL. Nutrition in pregnancy and early childhood and associations with obesity in developing countries. *Matern Child Nutr* 2013; 9 (S1): 105–19.
22. Trasande L. ve ark. Environment and obesity in the national children's study. *Environ Health Persp* 2009; 117(2): 159-66.
23. Truong K, Fernandes M, Shier AV, Sturm R. Measuring the physical food environment and its relationship with obesity: Evidence from California. *Public Health* 2010; 124: 115 –8.
24. General food environment resources food environment. Centers for Disease Control and Prevention(CDC) web sayfası. Erişim 27.03.2013, <http://www.cdc.gov/healthyplaces/healthtopics/healthyfood/general.htm>
25. Drewnowski A. Obesity, diets, and social inequalities. *Nutr Rev*. 2009; 67(S1): 36-9.
26. Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO) web sayfası. Fighting hunger – and obesity. Erişim 25.03.2013, <http://www.fao.org/Ag/magazine/0602sp1.htm>
27. United States Department of Agriculture. Access to affordable and nutritious food: Measuring and understanding food deserts and their consequences, report to Congress. June 2009. Erişim 27.03.2013, http://www.ers.usda.gov/media/242675/ap036_1_.pdf
28. A look inside food deserts. Centers for Disease Control and Prevention(CDC) web sayfası. Erişim 27.03.2013, <http://www.cdc.gov/features/fooddeserts/> Erişim tarihi:
29. Economic Research Service United States Department of Agriculture. Food environment atlas. Erişim 08.04.2013, <http://ers.usda.gov/data-products/food-environment-atlas/go-to-the-atlas.aspx>.
30. Story M, Nannery MS, Schwartz MB. Schools and obesity prevention: Creating school environments and policies to promote healthy eating and physical activity. *Milbank Q*. 2009;87(1): 71–100.
31. Krishnaswami J, Martinson M, Wakimoto P, Anglemeyer A. Community-engaged interventions on diet, activity, and weight outcomes in U.S. schools A systematic review. *Am J Prev Med* 2012;43(1): 81–91.
32. Schulte PA ve ark. Work, obesity, and occupational safety and health. *Am J Public Health* 2007;97(3): 428-6.
33. Champagne N ve ark. Obesity /overweight and the role of working conditions: A qualitative, participatory investigation. The Center for the Promotion of Health in the New England Workplace at the University of Massachusetts Lowell and the University of Connecticut, the Massachusetts Coalition for Occupational Safety and Health (MassCOSH), and the Boston Worker's Alliance (BWA) 11.8.2012. Erişim adresi, <http://drupal.masscosh.org/files/Obesity%20and%20Work%20Report,%20Embargoed%20until%2011-13.pdf>. Erişim tarihi: 13.05.2013.
34. Environmental health perspective focus. Obesogens an environmental link to obesity. *Environ Health Persp* 2012; 120(2).
35. James P. Obesity. Ed: Detels R et al. In: Oxford textbook of public health. New York: Oxford; 2009. p. 1046-67.



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

Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

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

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

2. Öz (Abstract) ve Anahtar Sözcükler:

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

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

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

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

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

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

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

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

Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

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

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

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

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

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

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

Yazılarda Uygulanacak Biçimsel Özellikler Kılavuzu

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

verilmeli, sayfa numaraları her sayfanın sağ alt köşesine yazılmalıdır.

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

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

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

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

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

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

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

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

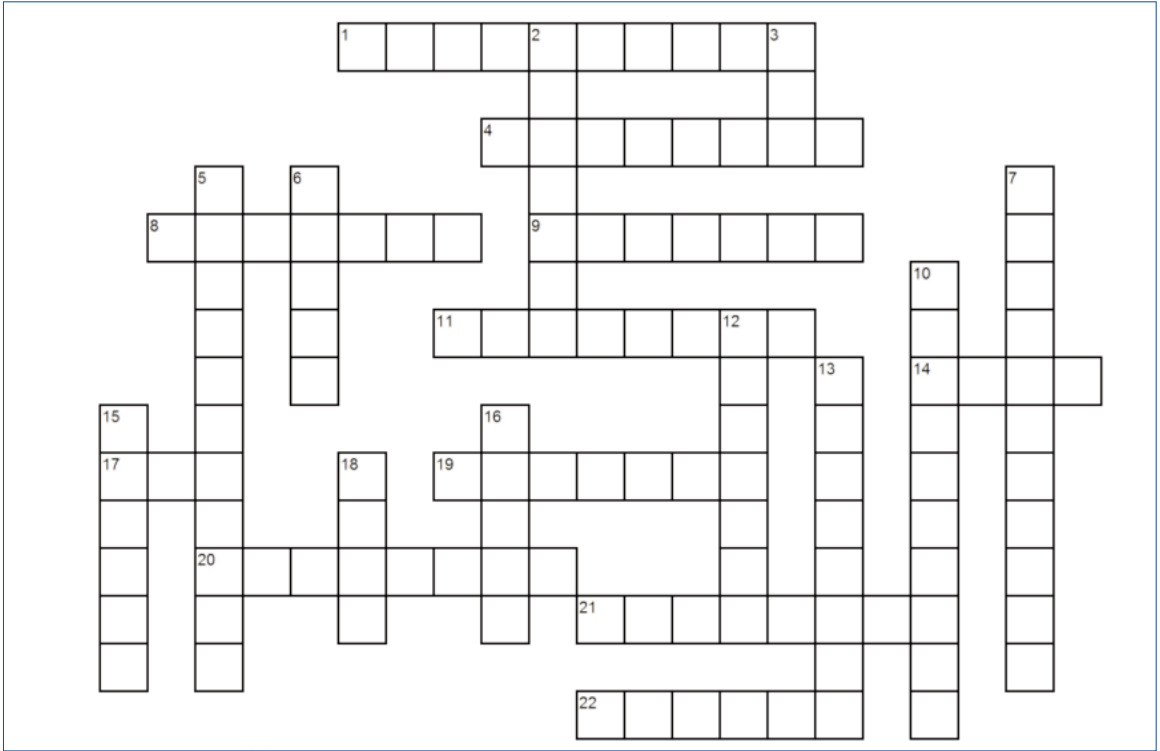
Metinlerin Gönderilmesi: Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. (www.ttb.org.tr/STED adresinden **Yayın Hakkı Devir Formu'**na erişebilirsiniz.) Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir.

Yazılar; sted@ttb.org.tr adresine e-posta ile gönderilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'nca yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez.

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



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



1. 1934'de nükleer tıbbın gelişimine en önemli adımı yapay radyoaktiviteyi keşfederek atan bilim insanı. 2. Belirli bir konudaki etik kurallar kümesi. 3. Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde gerekli bakım ve danışmanlığı sağlamak, normal doğumları kendi sorumluluğunda yaptırmak, yenidoğanın bakımını üstlenmek üzere eğitilen kişi. 4. Solunum sistemi hastalıklarının oluşum nedenlerinden biri. 5. 1940'larda tedavisinde I-131'in kullanıldığı hastalık. 6. Ebelik okullarından mezun olurken yapılan meslek andında vurgulanan bir değer. 7. Nükleer tıpta kullanılan temel cihaz. 8. Selçukluların ilk hastanesi ve tıp merkezinin yapıldığı yer. 9. Teori ve uygulamaya dayalı olarak hizmet veren Gevher Nesibe Darüşşifası ve Gıyasettin Keyhüsrev tıp merkezinin yeri. 10. Sağlık Bakanlığı tarafından 1974 yılında bir uzmanlık

dalı olarak tanımlanan ana dal. 11. Fazla kiloluluk ve şişmanlığa yol açan yaşam biçimi. 12. Anne- bebek arasındaki bağı güçlendiren eşsiz bir etkileşim. 13. İnsanların kendileri için önemli olan kişiler ile güçlü ve duygusal bağlar kurma eğilimi. 14. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı. 15. Vücut kitle indeks persentilleri kendi yaş gruplarına göre 95. persentil ve üstünde olanlar. 16. Bir şeyin bir çeşit özelliği, onun aynı türden şeyler arasındaki yeri. 17. DSÖ'ye göre, son otuz yılda şişmanların sayısındaki artış oranı. 18. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması kısaltması. 19. Küresel düzeyde risk faktörü olarak fazla kiloluluk ve şişmanlığın sırası. 20. Şişman yapar. 21. Kadınların anne-bebek bağlanmasına ilişkin bilgi aldıkları kaynaklardan biri. 22. Fetal stres yaparlardan biri.