



Hatay Hemoglobinopati Tanı, Kontrol ve Eğitim Merkezi'nin Çalışmalarının Kesitsel Değerlendirilmesi	164
İzmir İli Karşıyaka İlçesi'nde İlköğretim 3. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Etkileyen Etmenler	168
Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Davranışları	174
Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rolüne Yönelik Görüşleri	183
Çocuklar ve Ergenler Aydınlatılmış Onam Sürecinin Neresinde?	190
Çocuklarda Cinsel İstismara Bağlı Posttravmatik Stres Bozukluğu (Olgu Analizi)	197
İlaç Kullanan Gebeye Yaklaşım: Teratojenite Riski ve Danışmanlık Hizmeti	201



Yayın Yönetmenleri

Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

Yardımcı Yayın Yönetmenleri

Dr. Aylin Sena Beliner

Doç. Dr. Aysun B. Odabaşı

Bilimsel Danışma Kurulu

Acil Tıp

Dr. Bülent Erbil

Adli Tıp

Prof. Dr. Hamit Hancı

Prof. Dr. Ümit Biçer

Aile Hekimliği

Dr. Mehmet Özen

Çocuk Cerrahisi

Prof. Dr. Onur Özen

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Ufuk Beyazova (Sosyal Pediatri)

Dr. Ali Süha Çalikoğlu (Endokrin)

Prof. Dr. Şükrü Hatun (Endokrin)

Prof. Dr. Nural Kiper (Göğüs Hastalıkları)

Prof. Dr. Serdar Kula (Kardiyoloji)

Prof. Dr. Figen Şahin (Sosyal Pediatri)

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

Dr. Adnan Yüce

Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Prof. Dr. Bahar Gökler

Yrd. Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

Deri Hastalıkları

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

Tıp Tarihi ve Etik

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

Genel Cerrahi

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

Genel Pratisyenlik

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Yılmaz Yıldız

Halk Sağlığı

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Doç. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskiocak

Prof. Dr. Sibel Kalaça

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

İç Hastalıkları

Prof. Dr. Erdal Akalın (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Murat Akova (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Önder Ergönül (Enfeksiyon)

Prof. Dr. Çetin Turgan (Nefroloji)

Prof. Dr. Serhat Ünal (Enfeksiyon)

Kadın Hastalıkları ve Doğum

Doç. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

Nöroloji

Prof. Dr. Özden Şener

Ortopedi ve Travmatoloji

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

Psikiyatri

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

Tıbbi Farmakoloji

Prof. Dr. Alper İskit

Tıp Eğitimi

Doç. Dr. Melih Elçin

Tıp Hukuku

Av. Mustafa Güler

Araştırma/Research

Hatay Hemoglobinopati Tanı, Kontrol ve Eğitim Merkezi'nin Çalışmalarının Kesitsel Değerlendirilmesi 164
Dr. Leyla S. Arslan Koçak

İzmir İli Karşıyaka İlçesi'nde İlköğretim 3. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Etkileyen Etmenler 168
Gökben Yaslı, Ebru Turhan, Mustafa Tözün, Azime Ahi, Sinem Doğanay, Yasemin Ülken

Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Davranışları 174
Dr. Ergül Aslan, Hatice Bektaş, Şükran Başgöl, Sevda Demir, Pınar Irmak Yılmaz

Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rolüne Yönelik Görüşleri 183
Dr. Rukuye Aylaz, Dr. Gülsen Güneş, Dr. Özge Uzun, Dr. Süheyla Ünal

Derleme/Review Article

Çocuklar ve Ergenler Aydınlatılmış Onam Sürecinin Neresinde? 190
Dr. Hatice Demir Küreci, Dr. Nüket Örnek Büken

Çocuklarda Cinsel İstismara Bağlı Posttravmatik Stres Bozukluğu (Olgu Analizi) 197
Dr. Gülçin Bozkurt, Dr. Coşkun Yorulmaz

İlaç Kullanan Gebeye Yaklaşım: Teratojenite Riski ve Danışmanlık Hizmeti 201
Dr. Zeynep Öztürk

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: 13 Ekim 2014

STED, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini içinde yer almaktadır.



Kapak Fotoğraf:
"Uludağ'ın Eteğinde Yaşam"

Sağlık Memuru Hasan Yaşar
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2013
Jüri Özel Ödülü

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,

Leyla S. Arslan Koçak "Hatay Hemoglobinopati Tanı, Kontrol ve Eğitim Merkezi'nin Çalışmalarının Kesitsel Değerlendirilmesi" isimli çalışmasında beta talasemi taşıyıcılığı sıklığını Türkiye ortalaması ve bölge değerleri ile uyumlu ancak orak hücre anemisi taşıyıcılığı sıklığını beklenenden düşük bulmuştur.

Gökben Yaslı ve arkadaşları "İzmir İli Karşıyaka İlçesi'nde İlköğretim 3. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Etkileyen Faktörler" isimli çalışmalarında çocuklarda obezite sıklığını yüksek bulmuşlardır. Yazarlar sağlıklı nesillerin yetiştirilmesi için yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılmasını, spor faaliyetleri ve sosyal aktivitelere katılımlarının artırılmasının sağlanmasını vurgulamaktadırlar.

Ergül Aslan ve arkadaşları "Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Davranışları" isimli çalışmalarında öğrencilerin çoğunluğunun cinsel sağlık hakkında bilgi sahibi olduğunu; ancak bu konuda bir hizmet almadığını saptamışlar. Gençlerin bu dönemi ve gelecek yaşamlarını sağlıklı geçirmeleri için cinsel sağlığa yönelik eğitimlerin ve hizmetlerin yaygınlaştırılması önerilmektedir.



Fotoğraf: "Eylül Esintisi" Dr. Serdar Başboğa, Ankara
STED Fotoğraf Yarışması 2013 Sergi Ödülü

Rukuye Aylaz ve arkadaşlarının "Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rolüne Yönelik Görüşleri" isimli çalışmalarında öğrencilerin üniversite eğitimleri sırasında sınıflarının cinsiyet rolü üzerine etkili olmadığı, annelerinin eğitim durumunun öğrencilerin cinsiyet rol ayrımcılığını azalttığı saptanmış. Yazarlar, toplumsal cinsiyet eşitliğine yönelik kulüplerin, öğrenci topluluklarının kurulmasını ve bu tür etkinliklere erkek öğrencilerin katılımının desteklenmesini önermektedirler.

Hatice Demir Küreci ve Nüket Örnek Büken "Çocuklar ve Ergenler Aydınlatılmış Onam Sürecinin Neresinde?" isimli çalışmalarında, aydınlatılmış onam sürecinde yetişkinlerin kendilerini ilgilendiren tıbbi kararları verme konusunda oldukça fazla destek görmelerine rağmen, çocuklar ve ergenler söz konusu olduğunda durumun daha karmaşık bir hal aldığı vurgulamaktalar. Sağlık personelinin, ergenlerin ve çocukların aydınlatılmış onam sürecinde yer almaları konusunda etik yükümlülüğü ile ebeveyn hakları konusunda yasalara uyma yükümlülüğü arasındaki dengeyi korumaları gerekmektedir.

Gülçin Bozkurt ve Coşkun Yorulmaz "Çocuklarda Cinsel İstismara Bağlı Posttravmatik Stres Bozukluğu" isimli olgu analizlerinde cinsel istismara uğrayan çocuğun; tedavi ve hak arama sürecinde yaşadığı sorunlara ve hemşirenin rolüne dikkat çekmişler.

Zeynep Öztürk "İlaç Kullanan Gebeye Yaklaşım: Teratojenite Riski ve Danışmanlık Hizmeti" isimli çalışmasında gebelikte ilaç kullanımının teratojenik etkilere yol açabileceğini, fetus üzerinde yapısal ve fonksiyonel anormalliklere neden olabileceğini vurgulamış. Yazar gebelikte kimyasal maruziyeti ve ilaç kullanımına dair daha fazla bilgi almak için farmakoloji konsültasyonu ve uzman desteğine başvurulmasının önemine değinmekte.

Bilimsel ve dostça ...

Hatay Hemoglobinopati Tanı, Kontrol ve Eğitim Merkezi'nin Çalışmalarının Kesitsel Değerlendirilmesi

A Cross-Sectional Evaluation of the Studies of Hatay Hemoglobinopathy Diagnosis, Control and Counseling Center

Araştırma



Research

*Dr. Leyla S. Arslan Koçak**

Geliş tarihi : 26.06.2014

Kabul tarihi: 09.08.2014

Öz

Amaç: Hatay Halk Sağlığı Müdürlüğü Hemoglobinopati Tanı, Kontrol ve Eğitim Merkezi (HETKEM)'in çalışmalarını değerlendirmek ve hemoglobinopati durumunu saptamaktır.

Gereç ve Yöntem: 01-30 Kasım 2013 tarihleri arasındaki bir aylık sürede Hatay Hemoglobinopati Tanı, Kontrol ve Eğitim Merkezi laboratuvarına başvuran 1477 kişinin kanları otomatik HPLC sistemi ile çalışan Bio-Rad Variant cihazı ile analiz edilerek incelenmiş, merkezin diğer çalışma kayıtları da gözden geçirilmiştir.

Bulgular: 70 kişide Beta talasemi taşıyıcılığı (%4.7), 65 kişide de Orak Hücre Anemisi taşıyıcılığı (%4.4) saptanmıştır. Birer kişide HbD Los Angeles, HbC, Delta- Beta Talasemi tipi hemoglobinopati tespit edilmiştir. Hemoglobinopatili doğum açısından 22 riskli gebelik tespit edilmiş, prenatal tanıya gönderilenlerden ikisinin gebeliği sonlandırılmıştır. İki adet Orak Hücre Anemisi hastası çocuk doğmuştur.

Sonuç: HETKEM'in çalışmaları Hatay'da hemoglobinopatilerin kontrolü bakımından oldukça önemlidir. Bu çalışmada, beta talasemi taşıyıcılığı sıklığı Türkiye ortalaması ve bölge değerleri ile uyumlu ancak orak hücre anemisi taşıyıcılığı sıklığı beklenenden düşük bulunmuştur.

Anahtar sözcükler: Hatay, Hemoglobinopati, Beta talasemi, Orak hücre anemisi

Abstract

Objective: To assess studies of Hemoglobinopathy Diagnosis, Control and Counseling center (HETKEM), Directory of Public Health Hatay and to determine the hemoglobinopathy status.

Materials and Methods: Hemoglobin analyses of 1477 persons admitted to HETKEM were performed by Bio-Rad variant working with automatic High Performance Liquid Chromatography (HPLC) system and were evaluated between November 1st- November 30th 2013. In addition reports of other studies of HETKEM for a period of one month were surveyed.

Results: 70 people (%4.7) were found to have Beta thalassemia trait and 65 people had (%4.4) sickle cell anemia trait. Moreover one of each of Hb variant traits, HbD Los Angeles, HbC, Delta beta thalassemia were detected. 22 pregnancies with high risk of hemoglobinopathy were detected and referred to prenatal diagnosis and two of the pregnancies were terminated. Two infants were born to have sickle cell anemia.

Conclusions: Studies of HETKEM are of the utmost importance for control of hemoglobinopathies in Hatay. In this study prevalence of beta thalassemia trait was in accordance with the region and Turkey averages but prevalence of sickle cell anemia trait was lower than expected.

Key words: Hatay, Hemoglobinopathy, Beta thalassemia, Sickle cell anemia

*Halk Sağlığı Uzm., Hatay Halk Sağlığı Müdürlüğü, Hatay

Giriş

En son verilere göre, Dünya'da 229 ülkenin %60'ında hemoglobin bozuklukları endemiktir. Dünya nüfusunun %5.2'si, gebe kadınların %7'si hemoglobin bozukluklarından etkilenmektedir. Her yıl 332 000 bebeğin %83'ü orak hücre bozuklukları ve %17'si talasemili olarak doğmaktadır (1).

Sağlık Bakanlığı ve Ulusal Hemoglobinopati Konseyi'nin 1995-2000 yılları arasında, 16 merkezdeki tarama çalışmalarını değerlendirme sonuçlarına göre ortalama talasemi taşıyıcılığı sıklığı %4.3, Antakya'da talasemi taşıyıcılığı %4.6, Orak Hücre Anemisi (OHA) taşıyıcılığı %10.5 bulunmuştur (1,2). Sağlık Bakanlığı verilerine göre, 31 ilde 47 merkez kurularak evlilik öncesi tarama testleri ile 2010 yılında tüm çiftlerin %85'i taranmış olup hemoglobinopatili çocuk doğum sayısı 2002 yılında 272 iken, 2010'da 23'e düşmüştür (1).

Türkiye'de hemoglobinopati ile ilgili ilk çalışmalar 1950'li yıllarda, Prof. Dr. Muzaffer Aksoy tarafından başlatılmıştır. 24.10.2002 tarihinde Sağlık Bakanlığı ve Ulusal Hemoglobinopti Konseyi tarafından hazırlanan Kalıtsal Kan Hastalığı Yönetmeliği yayınlanmış, 8.5.2003 tarihinde Hatay dahil 33 ilde Hemoglobinopati Önleme Programı başlatılmıştır (2). 2004 yılında Antakya AÇSAP Merkezi bünyesinde kurulan Hemoglobinopati Tanı Merkezi, 30 Mart 2012 tarihinde Hatay Halk Sağlığı Müdürlüğü Hemoglobinopati Tanı, Kontrol ve Eğitim Merkezi (HETKEM) olarak yeniden yapılandırılmış, hemoglobinopatili bebek doğumunu önlemek amacıyla 2013-2017 Hatay İli Hemoglobinopati Kontrol Stratejisi ve Eylem Planı hazırlanmıştır (3). Bu plan çerçevesinde HETKEM'de hemoglobinopatilere yönelik eğitim, tarama, genetik danışmanlık, doğum öncesi ve sonrası tanı, hastaların tedavilerine ilişkin faaliyetler, tanı- tedavi merkezleri kayıt, bildirim, sevk ve izin işlemlerini kapsayan hizmetler yürütülmektedir.

11 Kasım 2013 tarihinde Hatay İli, 14 yaş grubunda hemoglobinopatileri tarama konusunda pilot il olmuştur. Taramalar devam etmektedir.

Bu çalışmanın amacı HETKEM'in çalışmalarını değerlendirmek ve hemoglobinopati durumunu belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Kesitsel tipteki bu çalışmada Hatay Halk Sağlığı Müdürlüğü HETKEM kayıtlarından yararlanılarak, 01-30 Kasım 2013 tarihleri arasındaki tüm çalışmalar değerlendirilmiş ve değişik nedenlerle (evlilik öncesi, tarama, Mustafa Kemal Üniversitesi (MKÜ)'den tanı ya da izlem amacıyla gönderilen) laboratuvara başvuran, çoğunluğunu evlilik öncesi başvuruların ve 20-29 yaş grubunun oluşturduğu 724'ü erkek, 753'ü kadın 1477 kişinin kanları High-performance liquid chromatography (HPLC) (Bio-Rad Variant) cihazı ile analiz edilerek incelenmiştir. HPLC ile HbA, A2 ve F miktar tayini ve diğer varyant hemoglobinlerin tanımı ve miktar tayini yapılabilir. β -talasemi taşıyıcılık tanısında pahalı, ancak hızlı ve kesin bir yöntemdir. Testin spesifitesi %100 dür. Bir seferde tek basamakta anormal hemoglobinleri ve HbA2'yi ölçmektedir. Otomatik HPLC sistemi ile çalışan Bio-Rad Variant, Primus Variant Sistem 99 cihazları bulunmaktadır. Tam kandan çalışma kolaylığı vardır (4,5).

Hatay ilinin 11.11.2013 tarihinde 14 yaş grubunda hemoglobinopatileri tarama konusunda pilot il olması HETKEM'in iş yükünü artırmış, hizmetin aksamaması için araştırma süresi kısa tutulmuştur. Değerlendirmede HbA2 > %3.5 ve/veya HbF > %2 olanlar beta talasemi taşıyıcısı, HbS \geq 17 ile <50 olanlar orak hücre anemisi taşıyıcısı kabul edilmiştir (6).

Bulgular

2013 Kasım ayı boyunca HETKEM laboratuvarına 1477 kişi (724 (%49) Erkek (E), 753 (%51) Kadın (K) başvurmuştur (Tablo1). Başvuranların 1311'i evlilik öncesi (%88.8), 156'sı Tarama (%10.5), 10'u da Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi (MKÜ)'nün tanı ya da izlem amacıyla yönlendirdiği başvurulardır (%0.7). Başvuruların çoğunluğu (%88.8) evlilik öncesi testlere ve 20-29 yaş grubuna (%49.4) aittir. En az başvuru 70 üstü yaş grubunda (%0.5) olmuştur.

Tablo 1. Başvuruların cinsiyet, başvuru nedeni ve yaş gruplarına göre dağılımı		
Cinsiyet	Sayı	%
Erkek	724	49.0
Kadın	753	51.0
Başvuru nedeni		
Evlilik öncesi	1311	88.8
Tarama	156	10.5
MKÜ'den	10	0.7
Yaş grubu		
0-9	18	1.2
10-19	275	18.6
20-29	730	49.4
30-39	306	20.7
40-49	88	5.9
50-59	38	2.6
60-69	16	1.1
70+	7	0.5
Toplam	1477	100.0

Toplam 70 kişide (36 E, 34 K) Beta talasemi taşıyıcılığı (%4.7), 65 kişide (31 E, 34 K) Orak Hücre Anemisi (OHA) taşıyıcılığı (%4.4), altı kişide Orak Hücre Anemisi hastalığı saptanmıştır (%0.4) (Tablo 2). Erkeklerde beta talasemi, kadınlarda orak hücre anemisi taşıyıcılığı ve hastalığı daha fazladır. Birer kişide HbC, Delta-Beta talasemi, HbD Los Angeles tipi hemoglobinopati taşıyıcılığı bulunmuştur. Diğer hemoglobinopatiler de kadınlarda daha fazla oranda görülmüştür. Toplam 522 kişide (%35) hemoglobinopati (%12 E, %23 K) bulunmaktadır. Hemoglobinopatilerin 154'ü (%10) çift taşıyıcıdır (77 evlilik öncesi).

Merkezin, araştırmanın yapıldığı döneme ilişkin diğer çalışmalarına gelince; Toplam 137 broşür dağıtılmış, bu arada 17 kişi eğitilmiştir. 55'i çift taşıyıcı eşler olmak üzere tüm taşıyıcılara (522 kişi) genetik danışmanlık

Tablo 2. Başvuruların hemoglobinopati durumuna göre dağılımı				
Hemoglobinopati	Sayı**	%	Cinsiyete göre hemoglobinopati sayısı	
			Erkek	Kadın
Beta talasemi taşıyıcısı	70	4.7	36	34
OHA taşıyıcısı	65	4.4	31	34
OHA hastası	6	0.4	1	5
Diğer*	381	25.5	110	271
Toplam	522	35.0	178	344

*Alfa talasemi, HbF yüksekliği, Talasemi intermedia, HbC, HbD Los Angeles taşıyıcılığı. ** n =1477

yapılmıştır. Bu dönemde toplam 23 ev ziyareti gerçekleştirilerek çift taşıyıcı eşler yeniden eğitilmiş, gebelik varlığı sorgulanmıştır. Yirmi iki riskli gebe tespit edilmiştir (20 orak-beta, 2 alfa-alfa taşıyıcı). Toplam altı gebe için MKÜ'den randevu alınarak prenatal tanıya gönderilmiştir. Prenatal tanı yaptırmak istemeyen bir gebeye ev ziyareti yapılarak eğitim verilmiştir. Sosyal güvencesi olmayan iki gebeye yeşil kart çıkartılması sağlanmıştır. Prenatal tanıya giden iki gebede hemoglobinopatili fetüs saptanmış ve gebelikleri sonlandırılmıştır. Çalışmanın yapıldığı dönemde orak hücreli anemi hastası iki bebek doğmuştur.

Tartışma

Dünyada en yaygın kalıtsal kan hastalıklarının başında orak hücre cnemisi ve talasemiler gelmektedir. Türkiye'nin Çukurova yöresi bu kalıtsal kan hastalıklarının en sık görülen bölgesi olarak belirtilmektedir (7).

Bu çalışmada başvuruların %90'a yakın kısmının evlilik öncesi amaçla yapılmış olması dikkat çekicidir. Evlilik öncesi taramalar, çift taşıyıcıların belirlenerek, taşıyıcı ya da hasta çocukların doğmasının engellenebilmesi açısından önemli bir koruyucu sağlık hizmetidir (8). Sağlık Bakanlığı ve Ulusal Hemoglobinopati Konseyi'nin son beş yılda 377.339 kişide yapılan tarama çalışmalarını değerlendirmesi sonucunda ortalama talasemi ve hemoglobinopati sıklığı 4.3, Antakya'da 4.6, orak hücre taşıyıcılığı 10.5 bulunmuştur (2). Bu çalışmada talasemi taşıyıcılık oranı %4.7 olup bölge ortalaması ile benzerdir. Ancak orak hücre taşıyıcılığı beklenenden oldukça düşüktür (%4.4). Orak hücre taşıyıcılığı konusunda yeni çalışmalar yapılmalıdır. Diğer hemoglobinopatilerin kadınlarda fazla görülmesi, alfa talasemi taşıyıcılığı - demir eksikliği anemisi ayrımı yapılmamış olmasından ve demir eksikliğinin kadınlarda sık görülmesinden kaynaklanmış olabilir.

Arpacı, uzmanlık tez çalışmasında Samandağ İlçesi Meydan Köyünde HbS sıklığını %22.1 olarak bildirmiştir (9,10). Bu çok yüksek bir oran olup akraba evliliği, etnik köken gibi bölgesel bir özellikten kaynaklanabilir.

Samandağ İlçesi'ndeki seçilen üç lisede yapılan bir çalışmada ise HbS taşıyıcılık sıklığı %10.8 olarak, Hb SS sıklığını %0.68 olarak belirlenmiştir (8). Bizim çalışmada bu oranlar %4.4 ve %0.4'tür.

Yüreğir ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada Çukurova'nın üç ilinde (Hatay, Adana, İçel) toplam 7.444 kişi taranmış ve beta talasemi sıklığı Hatay'da %5.7 olarak bulunmuştur (11).

Gali ve arkadaşları yaptıkları bir çalışmada beta talasemi sıklığını %3, orak hücre taşıyıcılığını ise %8 bulmuşlardır (12,13). Bu sonuç yörelin beta talasemi sıklığı açısından düşük sayılabilir.

Çalışmanın yapıldığı dönemde iki hemoglobinopati hastası çocuk doğmuş olması üzücüdür ve Hatay ili hemoglobinopati kontrol stratejisi ve eylem planının önemini ortaya koymaktadır.

Sonuç

Hatay HETKEM'de yapılan çalışmalar sonucunda taşıyıcılar saptanabilmekte, genetik danışmanlık, eğitim, prenatal tanı ve mutasyon analizi ile riskli gebeliklerin hemoglobinopati yönünden izlemleri için sevk işlemleri gerçekleştirilmektedir. Böylece hemoglobinopatili çocuk doğmasının önlenmesi hedeflenmektedir. Bu hedefe ulaşmak ise söz konusu merkezin gerekli teknik, fiziksel ve insan gücünün sağlanması ile mümkün olacaktır.

Teşekkür

Bu çalışmaya katkılarından dolayı Uzm. Dr. Erol Numanoğlu, Dr. Gülhan Vekil, Dr. Gamze Ziroğlu ve diğer HETKEM çalışanlarına teşekkür ederim.

İletişim: Dr. Leyla S. Arslan Koçak

E-posta: lsarslan@yahoo.com

Kaynaklar

1. Canatan D. Dünyada ve Türkiye'de Hemoglobinopati Kontrol Programı. Uluslararası 6. Talasemi Kongresi ve Yaz Okulu Kurs Kitabı içinde. Antalya, 2013: 13-19.

2. T.C. Sağlık Bakanlığı AÇSAP Genel Müdürlüğü. Hemoglobinopati Kontrol Programı. Canatan D, Aydınok Y (ed). Talasemi ve Hemoglobinopatiler Tanı ve Tedavi içinde. Antalya, 2007: 29
3. <http://hatay.hsm.saglik.gov.tr/uploads/Hatay-hemoglobinopati-kontrol-stratejisi-ve-eylem-plani.pdf>. Erişim tarihi 26.3.2014
4. Arcasoy A, Canatan D, Köse R, Üstündağ M. Hemoglobinopati ve Talasemi Önlem-Tanı-Tedavi içinde. Ulusal Hemoglobinopati Konseyi. Sağlık Bakanlığı, 2. Baskı, Antalya 2003: 39- 40
5. Tunç B, Timur İ.H. Tarama programları ve yöntemleri <http://www.talasemifederasyonu.org.tr/pdf/tani/cansinTedavi-5.pdf>. Erişim tarihi: 22.3.2014
6. Aydınok Y. Talasemi Merkezlerinde Tanıya Yönelik Kullanılan Yöntemler. www.talasemifederasyonu.org.tr/pdf/tanikursu/taniyayönelik.pdf. Erişim tarihi: 20.3.2014
7. Kılınc M, Koçak F, Yüreğir G. Aksoy K. İçel ilinde orak hücre anemisi ve Beta Talasemi taşıyıcılık sıklığı. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 1999;24: 62-5.
8. Yapıcı G, Tosun Aksöz F, Kızılok Atakan. Frequency of Carriers for beta Thalassaemia and Sickle Cell trait in Mersin. Mersin'de Beta Talasemi ve Orak Hücre Taşıyıcılığı Sıklığı. AJCI 2007, 1(4):255-59
9. Tahiroğlu M. Hatay Samandağ Yöresindeki Liselerde Hemoglobinopati Tiplendirmesi ve Bilgilendirilmesi Çalışması. <http://library.cu.edu.tr/tezler/7703.pdf>. Erişim tarihi: 26.3.2014
10. Arpacı A. Antakya yöresinde beta talasemik gen sıklığı ve mutasyonların genamplifikasyon yöntemi ile saptanması. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, 1991.
11. Yüreğir GT, Donma O, Dikmen N, İspir T, Çınar M. Population studies of hemoglobin S and other variants in Çukurova. The southern part of Turkey. Acta Haematol 1987; 50:757-765.
12. Gali E, Polat G, Doğdu Ö, Akgöl M, Parlar A, Yüreğir G. Hatay ilinde evlilik öncesi hemoglobinopati taraması sonuçlarının değerlendirilmesi. MEÜ Tıp Fak Dergisi 2001; 3:305-10
13. Sarper N, Şenkal V, Güray F, Şahin Ö, Bayram J. Premarital hemoglobinopathy screening in Kocaeli, Turkey: a crowded industrial center on the North coast of Marmara Sea. Marmara denizinin kuzey kıyısında kalabalık bir endüstri merkezi olan Kocaeli'de evlilik öncesi hemoglobinopati taraması. Turk J Hematol 2009; 26: 62-6

İzmir İli Karşıyaka İlçesi'nde İlköğretim 3. Sınıf Öğrencilerinde Obezite Sıklığı ve Etkileyen Etmenler

The Prevalence of Obesity in Third Year Primary School Students in Karşıyaka District of İzmir Province

Araştırma



Research

Gökben Yaslı*, Ebru Turhan*, Mustafa Tözün**, Azime Ahi***, Sinem Doğanay*, Yasemin Ülken***

Geliş tarihi : 03.07.2014

Kabul tarihi: 09.09.2014

Öz

Giriş-Amaç: Obezite gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli halk sağlığı sorunlarından. Çocukluk döneminde de prevalansı hızla artmaktadır. Çalışma, ilköğretim 3. sınıfta okuyan çocuklarda obezite sıklığını ve obeziteyi etkileyen etmenleri tespit etmek amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem: Kesitsel tiptedir. 11 ilköğretim okulundan rastgele yöntemle 3 okul, her bir okuldan bir tane 3.sınıf şube seçilmiştir (n=104). Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu WHO-2007 5-19 yaş grubu çocuklar için referans değerleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Referans grubun ortanca değerinden (-2SD) gösteren çocuklar düşük tartılı ve kısa boylu, (+2 SD) gösteren çocuklar obez ve uzun boylu olarak sınıflandırılmış, aradaki grup normal kilolu olarak kabul edilmiştir. Verilerin analizinde; Ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çocukların %50'si erkek (n=52), %50'si (n=52) kızdır. Vücut ağırlığı ortalaması 32.8 ± 6.2 kg, boy uzunluğu ortalaması 136 ± 7.2 cm'dir. Yaşa göre vücut ağırlığına (YGA) bakıldığında obezite sıklığı, toplamda %26.9, erkeklerde %36.5 (n=19), kızlarda %17.3 (n=9) saptanmıştır (p<0.05). Yaşa göre boy uzunluğuna (YGA) bakıldığında erkeklerin %38,5'i (n=20), kızların %23.1'i (n=12) uzun olarak saptanmıştır (p=0,369). Çocukların %97,4'ünün her gün kahvaltı yaptığı, %60.5'inin her gün birkaç defa süt içtiği, %50.0'in abur cubur yeme alışkanlığının olduğu, %64.5'inin okula yürüyerek gittiği belirtilmiştir. Velilerin 69,7'si kendisi ve çocuğunun fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir. Günlük ortalama 5.32 ± 9.8 saat televizyon seyrettikleri, 7.82 ± 1.1 saat bilgisayar oynadıkları, 9.91 ± 0.8 saat uyudukları saptanmıştır. Obez olan çocuklarda televizyon seyretme ve bilgisayar oynama süresi normal kilolu olan çocuklara göre daha kısa, uyku süresi ise daha uzun saptanmıştır (p>0.05).

Sonuç ve Öneriler: Çalışmada çocuklarda obezite sıklığı yüksek saptanmıştır. Sağlıklı nesillerin yetiştirilmesi için yeterli, dengeli ve sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazandırılması, spor faaliyetleri ve sosyal aktivitelere katılımlarının artırılmasının sağlanması çok önemlidir.

Anahtar sözcükler: Çocukluk, obezite, beslenme

Abstract

Aim: Obesity is among the most important health problems in developed and developing countries. Prevalence is also increasing rapidly in childhood. This study aims to determine the prevalence of obesity and the factors affecting it among children in the third class of elementary school.

Material and Methods: The study was planned as a cross-sectional study involving 3 elementary schools randomly chosen from a total of 11 elementary schools. One 3rd class was chosen from each school (n=104). Body weight and height were evaluated using WHO-2007 reference values for children aged 5-19 years. Children with -2SDs from the median of the reference group were evaluated as short stature and low weight; +2SDs from the median were classified as obese and tall. The group in between were considered as normal weight and height. In data analysis, chi-square test was used. Statistical analyses were performed by SPSS 16.0 statistics program.

Results: 50% of the children were boys (n=52), 50% (n=52) were girls. The mean body weight was 32.8 ± 6.2 kg, height 136 ± 7.2 cm. Considering body weight by age, the prevalence of obesity was 26.9% in total, 36.5% (n=19) in males and 17.3% (n=9) in females. The difference was significant (p<0.05). According to height by age, 38.5% (n=20) of the boys and 23.1% (n=12) of the girls were evaluated as tall (p=0.369). 97.4% of the children stated having breakfast every day, 60.5% acknowledged drinking milk several times a day whereas 50% had the habit of eating junk foods. 64.5% of the participants came to school walking. 69.7% of the parents declared that their children and themselves performed physical activities. The participants were determined to watch TV 5.32 ± 9.8 hours daily, to play computer games 7.82 ± 1.1 hours a day and to sleep 9.91 ± 0.8 hours every day on the average. In obese children, time spent watching TV and playing computer games was shorter when compared to normal weight children, but sleeping time was longer (p>0.05).

Discussion: In this study, obesity frequency in children was found relatively high. To develop healthy generations, acquiring balanced and healthy eating habits, performing sports activities and ensuring increased participation in social activities are important measures for controlling obesity.

Key words: Childhood, Obesity, Nutrition

*İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü, İzmir

** İzmir Katip Çelebi Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD İzmir

*** İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü, Karşıyaka Toplum Sağlığı, Merkezi Obezite Birimi, İzmir

Giriş ve Amaç

Obezite; genetik, çevresel, gelişimsel ve davranışsal etmenlerin birbiri ile etkileşimi sonucu bedende aşırı yağ depolanması ile ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal sorunlara yol açan enerji metabolizması bozukluğudur (1). Obezite çocuk ve adölesanların %25-30'unu etkileyen önemli bir beslenme sorunudur. Çocukluk çağı obezitesi özellikle gelişmiş ülkelerde görülmekle birlikte tüm dünyada artan bir prevalansa sahiptir. Obeziteye bağlı sorunların yanı sıra çocukluk çağında obez olanlarda erişkin dönemde morbidite ve mortalitenin artması, adölesan dönemde obez olanların %50'sinin erişkin dönemde de obez olması nedeni ile aileler ve doktorlar tarafından tedavi edilmesi gereken kronik bir hastalıktır (2).

Dünya da obezite prevalansına bakıldığında Hastalık Kontrol Merkezi (CDC) tarafından yapılan Ulusal Beslenme ve Sağlık Taramaları çalışmasında (NHANES) 6-11 yaş çocuklarda 2003-2004 döneminde yapılan çalışmalarda obezite prevalansı %19, 2005-2006 döneminde yapılan çalışmalarda %15, 2007-2008 dönemindeki çalışmalarda %20'dir (3). Okul çağı Çocukların Sağlık Çalışması'nda (Health Behavior School Aged Children Survey-HBSC) 2005-2006 yılındaki verilere göre 13-15 yaş grubunda obezite prevalansı erkek çocuklarda %16, kız çocuklarda %12'dir (4).

Ülkemizde de obezite hızlı bir yayılım göstermektedir. İlköğretim çağı çocuklarda (6-10 yaş) beslenme ve fiziksel aktivite alışkanlıkları ile şişmanlık (obezite) ve zayıflık (malnütrisyon) durumunun belirlenmesine yönelik Bakanlığımızca yapılan "Türkiye Okul Çağı Çocuklarda Büyümenin İzlenmesi Projesi (TOÇBİ)" Çocukların %6.5'inin şişman, %14.3'ünün fazla kilolu, %7.9'unun zayıf, %1.3'ünün ise çok zayıf olarak saptanmıştır (2).

Ülkemizde çocukluk çağı obezitesinin görülme sıklığı son 20 yılda %6-7 den %15-16'ya çıktığı bildirilmektedir (5).

Obezitenin etyolojisinde psikolojik etmenler, genetik, sedanter yaşam tarzı, beslenme alışkanlıkları, sosyoekonomik nedenler,

endokrin bozukluklar ve ilaçlar rol oynamaktadır (6).

Çocuklarda obeziteyi tanımlamak için yaş ve cinsine göre hazırlanan yaşa göre boy, yaşa göre ağırlık ve boya göre ağırlık için referans değerlere göre oluşturulmuş persentil eğrileri kullanılmaktadır. Özellikle çocuklarda büyümenin izlenmesinde ve beslenme durumunun saptanmasında, toplum taramalarında z skoru da kullanılmaktadır. Z skoru bir antropometrik ölçümün referans popülasyonun ortalamasından standart sapma cinsinden ne kadar uzak olduğunu göstermektedir. Bu yöntemde yaşa göre boy, yaşa göre ağırlık ve boya göre ağırlık z skorları hesaplanabilmektedir. Sınır noktası +2SS ile -2SS arasındadır (7).

Obezitenin ileri yaşlarda çok ciddi sağlık sorunlarına neden olması sebebiyle çocukluk ve ergenlik döneminde obeziteden korunma giderek önem kazanmaktadır. Bu çalışma, ilköğretim üçüncü sınıfta okuyan çocuklarda obezite sıklığını ve obeziteyi etkileyen etmenleri saptamak amacıyla yapılmıştır.

Gereç-Yöntem

Çalışma kesitsel tipte bir araştırmadır. İzmir ili Karşıyaka ilçesinde bulunan toplam 11 ilköğretim okulundan rastgele yöntemle 3 ilköğretim okulu seçilmiştir. Her bir okuldan birer tane ilköğretim 3. sınıf şubesi rastgele seçilerek toplam 3 sınıf çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmamıza 104 öğrenci katılmıştır. Öğrencilerinin antropometrik ölçümleri obezite danışma birimi çalışanları tarafından okullara gidilerek ölçülmüştür. Çalışma Ocak-Mart 2012 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çocuklarda obezite ile ilişkili durumların saptanması amacıyla hazırlanan anket formu öğrenci velileri tarafından doldurulmuştur. Anket formunda eğitim durumu, çalışma durumu, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite durumu, uyku düzeni, televizyon seyretme, bilgisayar oynama saatleri sorulmuştur. Anket formları doldurulmadan önce öğrencilerin boy ve kilo ölçümleri yapılmıştır. Boy ve tartı ölçümleri standart tartı ve metre kullanılarak sınıflarda yapılmıştır. Ölçüm sonuçları çocukların beden kitle indeksi hesaplamalarına göre değerlendirilmiştir. Yaş ve cinsine göre hesaplanan beden kitle indeksi

(BKİ), vücut tartısı (kg/ boy²) (m) formülüyle hesaplanmıştır. Vücut ağırlığı ve boy uzunluğu WHO-2007 5-19 yaş grubu çocuklar için referans değerleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Referans grubun ortanca değerinden (-2SD) gösteren çocuklar düşük tartılı ve kısa boylu, (+2 SD) gösteren çocuklar obez ve uzun boylu olarak sınıflandırılmış, aradaki grup normal kilolu olarak kabul edilmiştir. Ağırlıklar; hafif giysili ve ayakkabısız olarak, taşınabilir baskül ile ölçülmüştür. Boy ölçümü ise duvara yapıştırılmış şerit mezuraya sırt ve topukların dayalı olması sağlanarak yapılmıştır. Verilerin analizinde; kategorik değişkenler yüzde olarak, sürekli değişkenler ortalama±standart sapma olarak verilmiştir. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. İstatistiksel analizler SPSS 16. 0 istatistik programı ile gerçekleştirilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya katılan çocukların %50'si (n=52) kız, %50'si (n=52) erkektir. Ağırlık ortalamaları 32. 8±6. 2, boy ortalamaları 136±7.2'dir.

Öğrencilerin yaşa göre vücut ağırlığına (YGA) bakıldığında obezite sıklığı, toplamda %26. 9, erkeklerde %36. 5 (n=19), kızlarda %17. 3 (n=9) saptanmıştır ve aralarındaki fark anlamlıdır (p=0. 024). Yaşa göre boy uzunluğuna (YGB) bakıldığında erkeklerin %38, 5'i (n=20) uzun, kızların %23.1'i (n=12) uzun olarak saptanmış olup aralarındaki fark anlamlı değildir (p=0, 089). Çocukların %97,4'ünün her gün kahvaltı yaptığı, %60,5'inin her gün birkaç defa süt içtiği ifade edilmiştir. Çocukların %50. 0'ın abur cubur yeme alışkanlığı vardır ve %64.5'i okula yürüyerek gitmektedir. Velilerin 69,7'si kendisi ve çocuğunun fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir.

Obez olan çocuklarda istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmamakla birlikte televizyon seyretme ve bilgisayar oynama süresi normal kilolu olan çocuklara göre daha kısa, uyku süresi ise daha uzun saptanmıştır (p>0. 05).

Tartışma

Çalışmada öğrencilerin yaşa göre vücut ağırlığına (YGA) bakıldığında obezite sıklığı, toplamda %26.9, erkeklerde %36.5 (n=19), kızlarda %17.3 (n=9) olarak saptanmıştır ve aralarındaki fark anlamlıdır (p=0. 023). Yaşa göre boy uzunluğuna (YGB) bakıldığında erkeklerin %38, 5'i (n=20) uzun, kızların ise %23.1'i (n=12) uzun olarak saptanmış olup aralarındaki fark anlamlı değildir (p=0,089). Vücut ağırlığının değerlendirilmesinde kullanılan ölçütlerden birisi yaşa göre ağırlık, bir diğeri ise boya göre ağırlıktır. Türkiye'de 6-10 yaş grubu çocuklarda beslenme durumunun antropometrik ölçümlerle saptanması ve zayıflık, normal ağırlık, hafif şişmanlık, şişmanlık, bodurluk, kısa boy uzunluğu görülme sıklığının ortaya konulması amacıyla yapılan Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 yaş grubu) Büyümenin izlenmesi (TOÇBİ-6-10 yaş, 2008-2009 yılı, 1-4 sınıf 11387çocuk) projesinde yaşa göre ağırlık toplamda %4. 9, erkeklerde %5. 7, kızlarda %4.1 dir. Yaşa göre boy ise toplamda %1. 7, kızlarda %1. 6, erkeklerde %1. 8'dir (2). Uskun ve arkadaşlarının 8-15 yaş grubu çocuklarda yapılan çalışmasında yaşa göre ağırlık toplamda %2'dir (8). Mısırlıoğlu ve arkadaşlarının Kırıkkale ilinde biri düşük diğeri yüksek sosyoekonomik düzeydeki iki farklı okulda yaptıkları çalışmada tüm çocuklarda kısa boy ve obezite ve sırasıyla %1.8, %5.4 olarak saptanmıştır (9): Ankara'da ilinde farklı sosyoekonomik seviyede 3 ilköğretim okulunda 6-14 yaş arası çocuklarda yapılan çalışmada Z skoruna göre +2SD ve üzerinde olanlar sırasıyla %5.7, %%11.4, %16. 9 dur. Bu çalışmada yüksek sosyoekonomik seviyeye sahip ailelerin çocuklarının obezite için risk altında olduğu sonucu çıkmıştır (10). Benzer şekilde TOÇBİ projesinde de kentselde yaşa göre ağırlık %6.5, kırsalda %3.1 dir (2). Başka çalışmalarda da gelişmekte olan ülkelerde genellikle sosyoekonomik durumu iyi olan ailelerin çocuklarında obezite siktir (11). Bir çok Latin Amerika, Ortadoğu ve Güney Asya ülkesinde obezitenin kentsel kesimde 1. 5-3. 5

Tablo 1. Çalışmaya katılan çocukların bazı özellikleri

	Kız	Erkek	Toplam
	ort±ss	ort±ss	ort±ss
TV izleme süresi	5.7±8.3	4.9±8.3	5.32±9.8
Bilgisayar oynama süresi	8.9±12.4	6.8±10.9	7.82±1.1
Uyku süresi	9.9±0.9	9.8±0.7	9.91±0.8

TV izleme, bilgisayar izleme, uyku süresi, cinsiyete göre farklılık göstermemektedir. (p>0.05)

kat yüksek olduğu saptanmıştır (12). Ailenin sosyoekonomik yönden iyi olması hem beslenme alışkanlıkları hem de tüketilen besinlerin cinsi nedeniyle obezite oluşumunda etkilidir (13). Bizim çalışmamızda daha yüksek obezite oranlarının bulunmuş olması sosyoekonomik düzeyi yüksek bir bölgede çalışmanın yapılmış olması olabilir.

Öğün atlama okul çağı çocuklarda sık görülen bir sorundur. Çalışmada çocukların beslenme alışkanlıkları ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlara bakıldığında çocukların %97,4'ünün her gün kahvaltı yaptığı, %60,5'inin her gün birkaç defa süt içtiği, %50.0'nın abur cubur yeme alışkanlığının olduğu gösterilmiştir. Galler'de 355 okul çocuğunda yapılan bir çalışmada obez adolesanların haftada iki kez, normal kiloda olanların bir kez kahvaltı atladığı tespit edilmiştir (14). Kastamonu il merkezi ilköğretim öğrencilerinde yapılan çalışmada öğün atlıyor musunuz? sorusuna öğrencilerin %55.0'ı evet yanıtını vermiştir. En çok atlanan öğünün sabah kahvaltısı olduğu belirlenmiştir (15). Bizim çalışmamızda ankete katılan çocukların %97,4'ünün her gün kahvaltı yaptığı saptanmıştır. Diğer çalışmalara göre kahvaltı yapma alışkanlıklarının daha düzenli abur cubur alışkanlıklarının daha az olduğu söylenebilir.

Fiziksel aktivitedeki azalmanın obeziteye neden olduğu bildirilmektedir. Özmen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada öğrencilerin %39.4'ünün düzenli spor yaptıkları belirlenmiştir (16). Diğer çalışmalarda da öğrencilerin düzenli spor yapma oranları düşük bulunmuştur (17,18). Bizim çalışmamızda veliler çocukların %64.5'inin okula yürüyerek gittiğini, %69,7'si kendisi ve çocuğunun fiziksel aktivite yaptığını belirtmiştir. Uskun E. ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada anlamlı olmamakla birlikte obez grubun okula yürüyerek gitmesi (%44.7), kontrol grubuna göre daha düşüktür (%48.8) (8). Çalışmamızda fiziksel aktivite yapma oranları yüksek bulunmuştur. Öğrencilerin düzenli spor yapma alışkanlıklarının devamının sağlanması gerekmektedir.

Çocukların uzun sürelerini bilgisayar ve TV başında geçirmesi, fiziksel aktivitelerini sınırlandırmasından dolayı enerji harcamalarını

azaltır. Ayrıca seyredirken ve oynarken atıştırma alışkanlığının artması da obez olma riski arttır. Gezgin T'nin tez çalışmasında beden kitle indeksi ile televizyon ve bilgisayar başında geçen süre, arasında anlamlı ilişki olduğu belirtilmiştir (19). Benzer bir çalışma İstanbul'da 219 öğrenci üzerinde yapılmış, obezite ile televizyon seyretme arasında doğru orantılı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (20). Samsun'da yapılan bir çalışmada günlük ortalama televizyon seyretme süresi üç saatten fazla olan öğrencilerde obezitenin daha fazla görüldüğü belirtilmiştir (21). Amerikan Akademisi çocukluk obezitesini önleyici bir tedbir olarak televizyon ve video oyunlarına ayrılan zamanın günde en fazla iki saat olarak sınırlandırılmasını tavsiye etmektedir. (22). Öztora S. 'nın yaptığı çalışmada bilgisayar karşısında günde dört saat ve üzerinde vakit geçiren çocuklarda obezite görülme sıklığı anlamlı olarak fazla olarak bulunmuştur (23). Bizim çalışmamızda çocukların günlük ortalama 5.32±9.8 saat televizyon seyrettiği, (7). 82±1.1 saat bilgisayar oynadığı, saptanmıştır. Çalışmada ankete katılan öğrencilerin tavsiye edilen sınırlardan daha fazla televizyon izlediği ve bilgisayar oynadığı izlenmektedir. Çalışmada obez olan çocuklarda istatistiksel olarak anlamlı fark oluşturmamakla birlikte televizyon seyretme ve bilgisayar oynama süresi normal kilolu olan çocuklara göre daha kısadır (p>0.05). TV izleme ve bilgisayar kullanma süreleri yüksek olsa bile okula yürüyerek gitme ve düzenli beslenme alışkanlıklarının olumlu katkıları olmuş olabilir.

Çocuk ve yetişkinlerde uyku süresinin azlığının da şişmanlık riskini artırdığı belirlenmiştir (24, 25, 26,27). Japonya'da 6-7 yaş grubu çocuklarda yapılan bir çalışmada, geceleri 8 saatten az uyku uyuma ile 10 saat ve üzerinde uyku uyuma süresi ile şişmanlık ilişkisine bakılmış ve az uyuyanlarda şişmanlığın 3 kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır (25) TOÇBİ'de uyku uyuma süresi arttıkça BKİ değerinin azaldığı belirlenmiştir (p<0.05). Aynı çalışmada çocukların günlük uyku süresi ortalamaları erkekler için 9.65±1.15, kızların 9.67±1.23 saat olarak bulunmuştur (2). Amerika'da 11.400 çocukta yürütülen bir çalışmada, çocuklarda uyku uyuma süresinin fazla olmasının çocuklarda BKİ düzeyinde azalmaya neden olduğu belirlenmiştir (28).

Patel ve arkadaşları (31 kesitsel ve 5 prospektif) çalışmayı incelemiş ve uyku süresinin az oluşu ile şişmanlık arası ilişkinin varlığını irdelemiştir (29). Bizim çalışmamızda ankete katılan öğrencilerin ortalama 9.91±0.8 saat, kızların 9.9±0.8 saat, erkeklerin ise 9.8±0.7 saat uyuduğu saptanmıştır. Obez olan çocuklarda uyku süresi daha uzun bulunmasına karşın istatistiksel olarak anlamlı değildir (p>0.05).

Araştırmanın en önemli kısıtlılığı örneklem sayısının düşük oluşudur. Bu nedenle bazı veriler değerlendirilirken dikkat edilmesi gerekir.

Sonuç ve Öneriler

Çalışmada çocuklarda obezite sıklığı yüksek saptanmıştır. Erkeklerde obezite sıklığı kızlara göre anlamlı olarak fazladır. Obez olma oranı, uzun olan çocuklarda anlamlı olarak daha yüksektir. Sağlıklı nesiller yetiştirilmesi için günlük yeme alışkanlıklarının sağlıklı yöne kaydırılması, fiziksel aktivite düzeyinin yükseltilmesi ve diğer sağlıklı yaşam alışkanlıklarının kazandırılması çok önemlidir.

Teşekkür

Bu çalışmanın veri toplama aşamasında yardımcı olan İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü Karşıyaka Obezite Danışma Birimi çalışanlarına teşekkür ederiz.

Destekleyen fon ve kuruluşlar

İzmir Halk Sağlığı Müdürlüğü

İletişim: Gökben Yaslı

E-posta: gokben.yasli@gmail.com

Kaynaklar

1. Turan T, Serap S, Çetinkaya CB, Altundağ S. Meslek Lisesi Öğrencilerinin Obesite Sıklığı ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi. TAF Prev Med Bull 2009;8 (1):5-12
2. Hacettepe Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve T. C. Milli Eğitim Bakanlığı Sağlık İşleri Daire Başkanlığı. Türkiye'de Okul Çağı Çocuklarında (6-10 Yaş Grubu) Büyüme İzleme (TOÇBİ) Projesi Araştırma Raporu. ANKARA 2011
3. National Health and Nutrition Examination Survey URL: <http://www.cdc.gov/nchs/nhanes.htm> Erişim Tarihi: 05.08.2012
4. The Health Behaviors In School-age Children (HBSC) 2005/2006 Survey SCHOOL REPORT URL: http://www.nichd.gov/publications/pubs/upload/HBSC-2005_2006-Final.pdf Erişim Tarihi :01.08.2011
5. www.vsm.gov.tr/konsol/docs/taslak2.doc. Türkiye Obezite İle Mücadele Programı ve Ulusal Eylem Planı Taslağı 2008-2012 (Erişim Tarihi:23.12.2009).
6. Agras WS, Hammer LD, Mcnicholas F. Risk Factors For Childhood Overweight: A Prospective Study From Birth To 9.5 Years. The Journal Of Pediatrics. 2004; 145: 20-25.
7. Aydın N, İrgil E, Akış N ve ark. (2004). Nilüfer Halk Sağlığı Eğitim Araştırma Bölgesi'nde Dört İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Sağlık Durumlarının Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 30 (1): 1-6.
8. Uskun E. Öztürk M, Kışioğlu N. A, Kırbıyık S, Demirel R. İlköğretim Öğrencilerinde Obezite gelişimini Etkileyen Risk Faktörleri. S:D:Ü:Tıp Fakültesi. Dergisi 2005;12 (2)/19-25.
9. Mısırhoğlu ED, Çakır B, Albayrak M, Evliyaoğlu O. Okul Çocuklarında Beslenme Bozuklukları: Boy kısalığı ve Obezite. KÜ Tıp Fak Derg 2007; 9 (1): 7-10.
10. H. Kendirli, A. Kuş, C. Bakar, H. S. Akgün, Ankara İlinde Üç İlköğretim Okulunda 6-14 yaş Arası Çocuklarda Obezite Prevalansı ve Etkileyen Faktörler, 11. Halk Sağlığı Kongresi, 23-26 Ekim, Denizli
11. T. C. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim 1. Kademe Öğrencilerinde Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Beslenme Alışkanlıklarının İncelenmesi, Pelin Özilbey, Halk Sağlığı Yüksek Lisans Tezi, İzmir-2013
12. Şimsek F, Ulukol B, Berberoğlu M, Gülnar SB ve ark. Ankara'da Bir İlköğretim Okulu ve Lisede Obezite Sıklığı. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2005;58: 163-166
13. Martorell R, Khan LK, Hughes ML, Grummer-Strawn LM. Overweight And Obesity İn Preschool Children From Developing Countries. Int J Obes 2000; 24: 959-67.
14. Elgar, F. J., Roberts, C. , Moore, L. , Turdor-Smith, C.: Sedantary Behaviour, Physical Activity And Weight Problems İn Adolescent İn Wales. Public Health No: 119, 2005, S. 518-524.
15. Metinoğlu İ, Pekol S, Metinoğlu Y, Kastamonu'da 10-12 Yaş Grubu Öğrencilerinde Obezite Prevalansı Ve Etkileyen Faktörler, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2012; 3 (2)
16. Özmen P, Çetinkaya A, Ergin D ve ark. (2007). Lise Öğrencilerinin Yeme Alışkanlıkları ve Beden Ağırlıklarını Denetleme Davranışları. TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni 6 (2): 98-105
17. Ceylan SS Bir İlköğretim Okulunda 11-14 Yaş Arasındaki Öğrencilerde Obesite Sıklığı Ve Etkileyen Etmeler, Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11: 4
18. Kara B, Hatun Ş, Aydoğan M ve ark. Kocaeli'ndeki Lise Öğrencilerinde Sağlık açısından riskli davranışların değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2008; 11: 4 Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 4 (6):30-37

19. Gezgin T, Edirne İli İlköğretim Okul ve Liselerinde 6-18 Yaş Grubu Öğrencilerinde Şişmanlık Sıklığının Araştırılması, T. C. Trakya Üniversite Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Anabilim Dalı Uzmanlık tezi.
20. Çifçili Ve Ark. Çocukluk, Obezite Ve Televizyon. Türkiye Klinikleri ve Pediatri Dergisi. 2003; 12: 67-71).
21. Sancak R, DüNDAR C, Totan M. Ve Ark. Ortaokul ve Lise Öğrencilerinde Obezite Prevalansı Ve Predispozan Faktörler. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Dergisi. 1999;16 (1):19-24).
22. American Academy Of Pediatrics. Committee On Nutrition. Prevention Of Pediatric Overweight and Obesity. Pediatrics. 2003; 112:424-430).
23. Öztora S. İlköğretim Çağındaki Çocuklarda Obezite Prevalansının Belirlenmesi ve Risk Faktörlerinin Araştırılması. T. C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi: İstanbul; 2005 (Uzmanlık Tezi).
24. Chaput JP, Tremblay A. Does short sleep duration favor abdominal adiposity in children? Int J Pediatr Obes 2007;2:188-91.
25. Sekine M, Yamagami T, Handa K, ve ark. A dose-response relationship between short sleeping hours and childhood obesity: results of the Toyama Birth Cohort Study. Child Care Health Dev 2002;28:163-70.
26. Flint J, Kothare SV, Zihlif M, ve ark. Association between inadequate sleep and insulin resistance in obese children. J Pediatr 2007;150:364-9.
27. Must A, Parisi SM. Sedentary behavior and sleep: paradoxical effects in association with childhood obesity. International Journal of Obesity 2009, 33, S82-S86.
28. Miller DP. Associations between the home and school environments and child body mass index. Social Science & Medicine 2011; 1-8.
29. Patel SR, Hu FB. Short sleep duration and weight gain: a systematic review. Obesity 2008;16 (3), 643-653.



Üniversite Öğrencilerinin Cinsel Sağlık Konusundaki Bilgi Düzeyleri ve Davranışları

Level of Information and Patterns of Behaviour of University Students in Relation to Sexual Health

Dr. Ergül Aslan, Hatice Bektaş**, Şükran Başgöl*, Sevda Demir***, Pınar Irmak Vural*****

Geliş tarihi : 02.05.2014

Kabul tarihi: 07.07.2014

Öz

Amaç: Araştırma, üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkındaki bilgi düzeyi ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma, dört farklı üniversitede eğitim gören, araştırmaya katılmayı kabul eden toplam 613 öğrenci ile yapılmıştır. Araştırma verileri, literatür doğrultusunda hazırlanan 41 sorudan oluşan soru formu ile elde edilmiştir. Verilerin istatistiksel analizinde sayı, yüzde, aritmetik ortalama ve ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $21,42 \pm 3,82$ 'dir. Öğrencilerin %12,4'ü ≤ 18 yaş grubunda ve %56'sı kız öğrencidir. Kız öğrencilerin, kadın-erkek üreme organlarını ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonları (CYBE), aile planlaması yöntemlerini erkek öğrencilere göre daha iyi bildikleri belirlenmiştir. Öğrencilerin %44,9'u evlilik öncesi cinsel deneyim yaşadığını, %48,3'ü isteğe bağlı küretajı kabul edilebilir bulunduğunu, %19'u ise himen'e değer yüklemenin anlamsız olduğunu ve %83,7'si cinsel sağlık/üreme sağlığı hizmetlerinden daha önce hiç faydalanmadıklarını ifade etmişlerdir.

Sonuç: Çalışmaya katılan öğrencilerin çoğunluğunun cinsel sağlık hakkında bilgi sahibi olduğu; ancak çoğunun bu konuda bir hizmet almadığı saptanmıştır. Gençlerin bu dönemi ve gelecek yaşamlarını sağlıklı geçirmeleri için cinsel sağlığa yönelik eğitimlerin ve hizmetlerin yaygınlaştırılması oldukça önemlidir.

Anahtar sözcükler: Üniversite öğrencileri, Cinsel sağlık, Üreme sağlığı

Abstract

Objective: The survey was conducted to find out about the level of information and behaviour of university students related to sexual and reproductive health issues.

Materials and Method: The survey was conducted with 613 students from four different universities who agreed to participate. Survey data was obtained through a questionnaire consisting of 41 questions formulated in line with the relevant literature. Numbers, percentages, arithmetic average and chi-square test were used in the statistical analysis of data.

Findings: The average age of students participating to the survey is 21.42 ± 3.82 . 12.4% of students are from the age group ≤ 18 and 56% of them are females. It is found that female students are better informed than males about female-male genital organs, sexually transmitted diseases (STD) and methods of family planning. 44.9% of students have their pre-marital sexual experience, 48.3% find voluntary curettage acceptable, 19% think it is meaningless to attach any value to hymen and 83.7% say they have so far used no sexual/reproductive health service.

Conclusions: The majority of students participating to the survey have some information on sexual health, but not receiving any service in this area. For youth to have a healthy life for the present and future life it is important to expand the coverage of health training and services.

Key words: University students, Sexual health, reproductive health

*Doç.; İstanbul Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fak., İstanbul

**Araş. Gör. Kocaeli Ü. Kocaeli Sağlık Yüksekokulu, Kocaeli

***Araş. Gör.; Haliç Ü. Sağlık Bilimleri YO Ebelik Bölümü, İstanbul

****Araş. Gör.; Nişantaşı Ü. Meslek Yüksekokulu, İstanbul

Giriş

Bir toplumda üniversite gençliği, toplumun sosyo-kültürel yapısının en dinamik ve en yeni gelecek unsurlarını sergiler (1). Gençler toplumun sosyo-kültürel yapısının en dinamik unsurudur. Üniversite gençliğini, diğer gençlik gruplarından ayıran en önemli özellik ise onların geleceğin bilgili yönetici ve karar verici adayları olmalarıdır (2-4). Ülkemizde, Türkiye İstatistik Kurumu 2013 verilerine göre 10-24 yaş grubu toplam nüfusun yaklaşık %27'sidir (2). Yaşanan hızlı sosyo-kültürel değişim, ergenlik döneminde cinsel konularda yeterli eğitim almamış olmak, üniversite çağındaki gençleri Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı (CS/ÜS) konularında riske açık bir topluluk haline getirmektedir (5).

Gençlik döneminde, bedensel değişimlere cinsel davranışlardaki değişiklikler de eşlik etmektedir. Cinsel sağlık, çocukluktan yetişkinliğe geçişin, sağlık alışkanlıklarının ve cinsel davranışların şekillenmeye başladığı bir dönem olması nedeni ile gençlik yıllarında öncelikli olarak ele alınmalıdır (6). Gençlik dönemi ilerledikçe merak ve fantezilerin yerini cinsel deneyimler almaya başlamaktadır. Genç, genellikle kısa süreli öpüşme, okşama gibi sınırlı cinsel davranışlarla cinsel yaşamının sınırlarını genişletmektedir. Farklı yaşantılara ve güvenli olmayan davranışlara açıktır (7,8). Cinsellik ve cinsel yaşam sorunları gençlerin sağlığını en fazla etkileyen konulardandır. Gençlerin erken yaşta cinsellik deneyimi, kontraseptif kullanmada yetersizlik, erken yaşta evlilik ve gebelik, isteyerek ve güvensiz koşullarda düşük yapma ve CYBE hastalıkları temel üreme ve cinsel sağlık sorunlarıdır (9).

Cinsel aktif olan pek çok genç ilk cinsel ilişki deneyimini erken yaşlarda, sıklıkla yetersiz cinsel bilgi ile yaşamaktadır. Türkiye'de bu konuda yapılan çalışmalar oldukça sınırlı olmakla birlikte üniversite gençlerinde yapılan bir çalışmada ilk cinsel ilişki yaşı yaklaşık 18 olarak belirlenmiştir (10). Pınar ve ark. da üniversite öğrencilerinde yaptığı çalışmada ilk cinsel ilişki yaş ortalamasını 18,3 olarak bulmuştur (11). Kaya ve ark. kız öğrencilerin %4,7'sinin, erkek öğrencilerin %25,3'ünün cinsel deneyimi olduğunu ve %99,2'sinin ilk cinsel deneyimlerini 16-19 yaşları arasında yaşadıklarını tespit etmiştir (8).

Dünya genelinde de gençlerin çoğu toplumsal ve kültürel nedenlerle üreme sağlığına

erişememekte ve üreme sağlığı haklarını kullanamamaktadır. Yapılmış çalışmalarda öğrencilerin çoğunluğu, gençlere yönelik düzenlenecek cinsel sağlık eğitiminin üniversite programlarının içinde yer alması gerektiğini belirtmektedir (7,8,11).

Gereç ve Yöntem

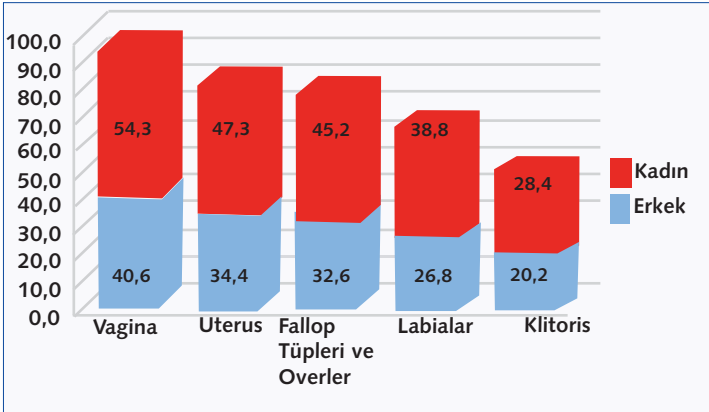
Araştırmanın Amacı ve Tipi: Bu araştırma farklı şehir ve üniversitelerdeki sosyal bilimlerde eğitim gören üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık konusundaki bilgi düzeyi ve davranışlarının belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Araştırma tanımlayıcı kesitsel bir araştırmadır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi:

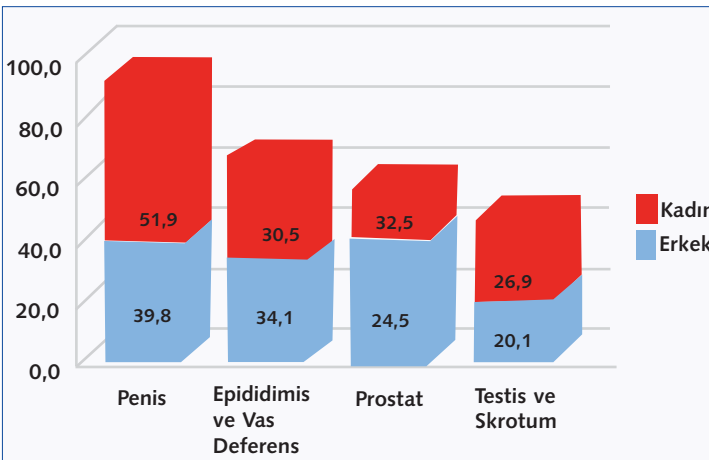
Araştırmanın evrenini Aralık 2013-Ocak 2014'de İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi, Haliç Üniversitesi Meslek Yüksekokulu, Nişantaşı Üniversitesi Meslek Yüksekokulu ve Kocaeli Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu'nda eğitim gören öğrenciler oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemi ise belirtilen tarihlerde araştırmaya katılmaya gönüllü olan 613 öğrenci oluşturmuştur. Örneklemde, İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Antropoloji Bölümü'nden 145, Haliç Üniversitesi Meslek Yüksekokulu Açıcılık Bölümü'nden 131, Nişantaşı Üniversitesi Psikoloji, İç Mimarlık, Sosyal Hizmetler ve Radyo Televizyon Bölümleri'nden toplam 180 ve Kocaeli Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu'ndan 157 olmak üzere toplam 613 öğrenci oluşturmuştur. Öğrencilere toplam 660 anket dağıtılmış olup 47 öğrenci çalışmaya katılmayı reddetmiştir.

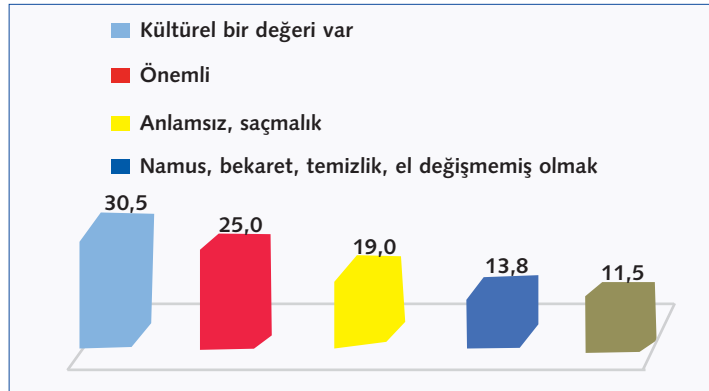
Verilerin Toplanması: Veriler, literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından geliştirilen ve üç bölümden oluşan 41 soruluk anket formu ile elde edilmiştir. Birinci bölümde; öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri, ikinci bölümde; cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkındaki bilgi düzeyleri ve üçüncü bölümde; cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin davranışları ve düşünceleri yer almaktadır. Anket formunun Kocaeli Üniversitesi'nde 30 öğrenci ile pilot uygulaması yapılmış ve anlaşılabilirlik açısından bazı sorular değiştirilerek son şekli verilmiştir. Anket formu sınıfta araştırmacılar tarafından ön açıklama ile bilgilendirme yapılarak doğrudan öğrenciler tarafından doldurulmuştur.



Şekil 1. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre kadın üreme organlarını bilme durumları (%)



Şekil 2. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre erkek üreme organlarını bilme durumları (%)



Şekil 3. Öğrencilerin himen ile ilgili düşünceleri (%)

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın etik onayı Kocaeli Üniversitesi İlaç Dışı Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan alınmıştır. Daha sonra araştırma verilerinin toplanacağı kurumlardan gerekli izinler alınmıştır. Araştırma öncesinde katılımcılara gerekli açıklamalar yapılmış ve onamları alınmıştır.

Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi:

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Windows 17,0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, ki- kare testleri kullanılmıştır.

Bulgular

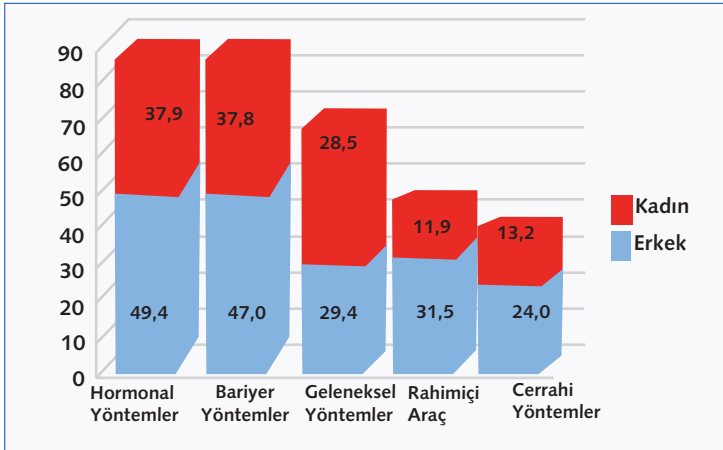
Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması $21,42 \pm 3,82$ 'dir. Öğrencilerin %12,4'ü ≤ 18 yaş grubunda ve %56'sı kız, %29,4'ü Nişantaşı Üniversitesi'nde, %25,6'sı Kocaeli Üniversitesi'nde, %23,7'si İstanbul Üniversitesi'nde, %21,4'ü Haliç Üniversitesi'nde eğitim görmekte olup, %49,4'ü birinci sınıf öğrencisidir. Öğrencilerin %71,6'sı çalışmadığını belirtmiştir. Öğrencilerin sigara, alkol kullanma ve düzenli spor yapma durumları sırasıyla %42,3, %36,4, %52,5'dir. %18,6'sı gelirlerinin giderlerinden az olduğunu, %74,1'i ise en uzun süre yaşadıkları yerin il olduğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin %3,3'ü evli, %22,5'i cinsel aktif (evliler dahil) olduğunu bildirmiştir.

Öğrencilerin cinsiyetlerine göre üreme organlarını bilme durumları incelendiğinde, kadın üreme organlarından vagina ve uterus her iki cinsiyet tarafından en çok bilinen organlar olmakla birlikte kızlar tarafından daha fazla bilindiği ifade edilmiştir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$) (Şekil1).

Erkek üreme organlarından ise penis hem kadınlar hem de erkekler tarafından en çok bilinen organdır ve cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$) (Şekil 2).

Öğrencilerin yaşlarına göre (≤ 18 yaş, > 18 yaş) erkek üreme organlarını bilme durumlarının dağılımına bakıldığında, testis-skrotum ve prostat'ın 18 yaş üzeri olan öğrenciler tarafından daha fazla bilindiği belirlenmiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Öğrencilerin cinsel aktif olma durumlarına göre üreme organlarını bilme durumlarının dağılımına bakıldığında; cinsel aktif olan öğrencilerin uterusu, fallop tüpü-overleri ve epididimis-vas deferensi istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bildikleri görülmüştür ($p < 0,05$).



Şekil 4. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre aile planlaması yöntemlerini bilme durumları (%)

Öğrencilerin %30,5'i himen'in kültürel olarak bir değeri olduğunu, %19'u ise himen'e değer yüklemenin anlamsız olduğunu ifade etmişlerdir (Şekil 3).

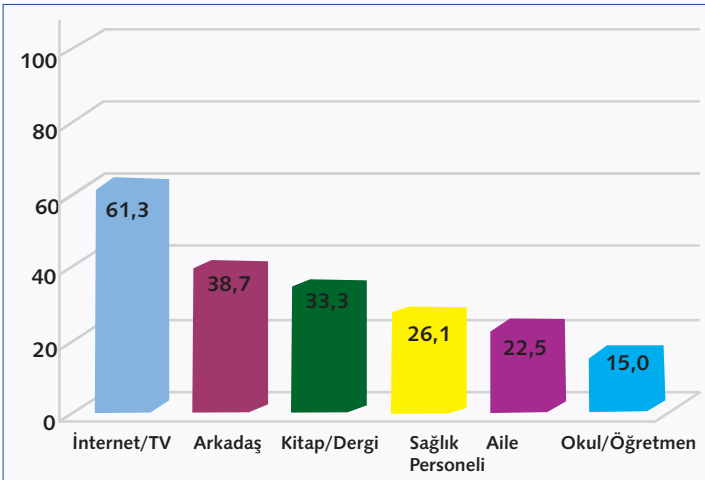
Öğrencilerin cinsiyetlerine göre, rahim içi aracın, cerrahi yöntemler ve geleneksel yöntemlerin kadınlar tarafından istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha fazla bilindiği bulunmuştur (sırası ile: $\chi^2= 52,553$ - $p=0,000$ / $\chi^2= 10,691$ - $p=0,001$ / $\chi^2= 9,433$ - $p=0,002$) (Şekil 4).

Bariyer ve cerrahi kontraseptif yöntemlerin 18 yaş üstü öğrenciler tarafından daha fazla bilinmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.005$). Yaş ilerledikçe bilinen yöntemler değişiklik göstermektedir. Cinsel aktif öğrenciler, cerrahi yöntemleri diğer öğrencilere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bildiklerini ifade etmişlerdir ($p<0.005$). Kız öğrencilerin HIV-AIDS, Hepatit, Genital Herpes Simpleks, HPV ve Gonore'yi erkek öğrencilere göre daha fazla bilmesi istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.005$) (Tablo 1).

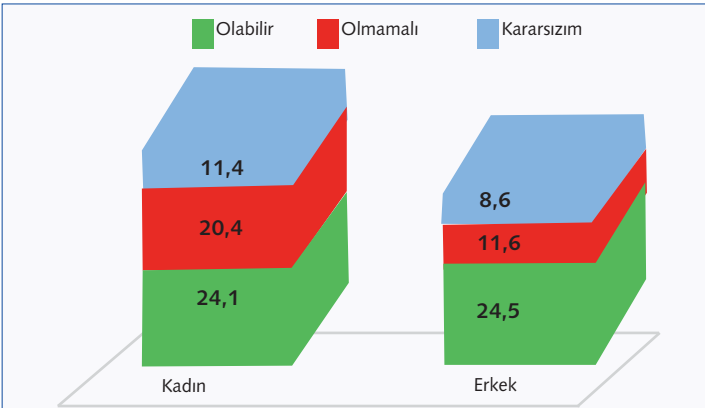
Öğrencilerin yaşları arttıkça (≤ 18 yaş, >18 yaş), Genital Herpes Simpleks, Klamidya, HPV hastalıkları istatistiksel olarak daha fazla bilinmektedir ($p<0.005$). Öğrencilerden cinsel aktif olanlar, HIV/AIDS, Herpes Simpleks, Gonore hastalıklarını istatistiksel olarak anlamlı derecede daha fazla bilmektedir ($p<0.005$). Öğrenciler CYBE'lerle ilgili sahip oldukları bilgileri en çok internet/TV, arkadaş ve kitap/dergilerden elde ettiklerini ifade etmişlerdir (sırası ile: %61,3- %38,7- %33,3) (Şekil 5).

Tablo 1. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre CYBE'leri bilme durumları (n=613)

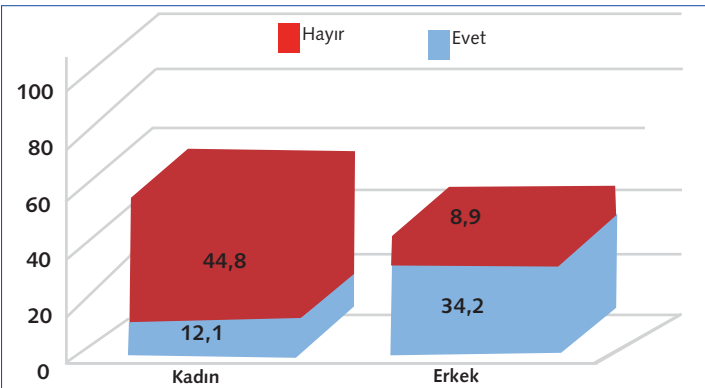
CYBE	Bilme Durumu	Kadın	Erkek	Toplam	İstatistiksel Sonuç
HIV/AIDS	n	305	258	563	$\chi^2=8,876$ $p=0,003$
	%	49,8	42,1	91,8	
HEPATİT (B ve C)	n	214	192	406	$\chi^2=5,137$ $p= 0,023$
	%	34,9	31,3	66,2	
Genital Herpes Simpleks	n	130	76	206	$\chi^2=6,440$ $p= 0,010$
	%	21,2	12,4	33,6	
HPV	n	124	74	198	$\chi^2=5,283$ $p= 0,022$
	%	20,2	12,1	32,3	
Gonore	n	96	115	211	$\chi^2=14,275$ $p=0,000$
	%	15,7	18,8	34,4	
Sifiliz	n	92	61	153	$\chi^2= 1,443$ $p= 0,230$
	%	15,0	10,0	25,0	
Klamidya	n	31	27	58	$\chi^2=0,163$ $p= 0,686$
	%	5,1	4,4	9,5	



Şekil 5. Öğrencilerin CYBE'lerle ilgili bilgi kaynakları (%)



Şekil 6. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre evlilik öncesi cinsel deneyim konusundaki düşünceleri (%)



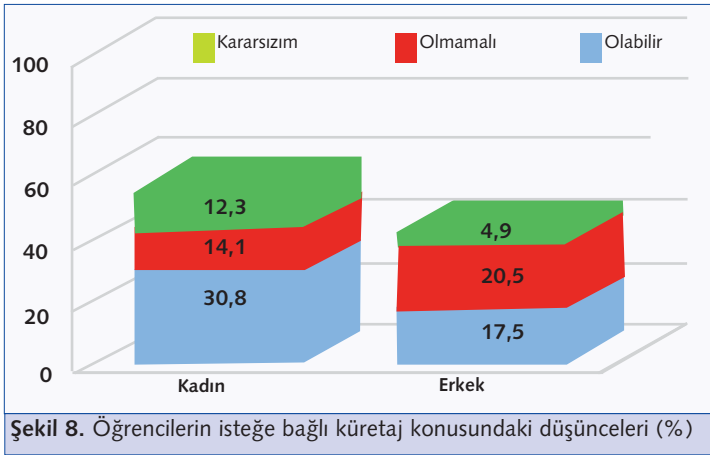
Şekil 7. Öğrencilerin cinsiyetlerine göre evlilik öncesi cinsel deneyim yaşama durumları (%)

Şekil 6'da öğrencilerin cinsiyete göre evlilik öncesi cinsel deneyim hakkındaki düşüncelerinin dağılımı yer almaktadır. Buna göre, öğrencilerin evlilik öncesi cinsel deneyim

yaşanmasını kabul edilebilir buldukları (%48,6) görülmektedir ve ancak kız öğrencilerin "olmamalı" ve "kararsızım" ifadelerinden dolayı gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,005$). Erkek öğrenciler kız öğrencilere göre evlilik öncesi cinsel deneyim yaşanmasını istatistiksel olarak anlamlı derecede kabul edilebilir buldukları görülmektedir ($p<0,005$). Öğrencilerin yaşlarına göre (≤ 18 yaş, > 18 yaş) evlilik öncesi cinsel deneyim konusundaki görüşleri incelendiğinde, 18 yaş üstü öğrencilerin evlilik öncesi cinsel deneyim yaşanmasını istatistiksel olarak anlamlı derecede kabul edilebilir buldukları görülmektedir ($p<0,005$). Öğrencilerin gelir gider durumlarına göre geliri giderine denk olan öğrencilerin daha az geliri olan öğrencilere göre evlilik öncesi cinsel deneyim yaşanmasını istatistiksel olarak anlamlı derecede kabul edilebilir buldukları görülmektedir ($p<0,005$). Evlilik öncesi cinsel deneyim "olabilir" ve "olmamalı" diyen gruplarda cinsel aktif olmayan öğrenciler daha büyük bir yüzdeye sahiptir ve bu fark hem olabilir hem de olmamalı diyenlerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,005$).

Öğrencilerin %44,9'u evlilik öncesi cinsel deneyim yaşadığını ifade etmiştir (Şekil 7) ve bunların %73,8'i erkektir. Yapılan değerlendirmede, cinsiyete göre evlilik öncesi cinsel deneyim olması durumu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Öğrencilerin yaşlarına göre (≤ 18 yaş, > 18 yaş) evlilik öncesi cinsel deneyim yaşama durumları incelendiğinde, 18 yaş üstü öğrencilerin evlilik öncesi cinsel deneyim yaşama oranları daha fazladır ancak bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsel aktif olan öğrencilerin %72,5'i evlilik öncesi cinsel deneyim yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Bu oran cinsel aktif olmayan grupla karşılaştırıldığında oldukça yüksektir ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p>0,05$).

Öğrencilerin %48,3'ü isteğe bağlı küretaj'ı kabul edilebilir bulurken %34,6'sı ise isteğe bağlı küretaj'ın olmaması gerektiğini ifade ettiği görülmektedir (Şekil 8). Cinsel aktif kız öğrencilerin %3,8'i küretaj deneyimlerinin olduğunu ifade etmiştir ($n=13$).



Cinsel aktif kız öğrencilerin %22,4'ü, erkek öğrencilerin ise %66,7'si cinsel birleşme sırasında sorun yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. Kızlarda en çok yaşanan sorun orgazm olamama, erkekler de ise erken boşalma olduğu dikkati çekmektedir (sıra ile: %7- %11,1) (Tablo 2).

Öğrencilerin %83,7'si CS/ÜS hizmetlerinden daha önce hiç faydalanmadıklarını ifade etmişlerdir. Cinsel Sağlık/Üreme Sağlığı Hizmetleri'nden faydalananların büyük çoğunluğu kız öğrencilerdir (%9,0 - $p>0,05$). Öğrencilerin medeni durumlarına göre (%3,3'ü evli) CS/ÜS Hizmeti alma durumlarına bakıldığında, %83,3'ünün şimdiye kadar hiç böyle bir hizmet almadığı, hizmet alanların ise %11,1'nin bekar olduğu tespit edilmiştir. Gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=6,891 - p=0,009$, $p<0,05$). CS/ÜS hizmetlerinden şimdiye kadar yararlanmayan öğrencilerin %56,8'i gerek duymadığını, %7,7'si evli olmayanlara bu

hizmetin verilmeyeceği düşüncesi ile bu hizmetlerden faydalanmadıklarını belirtmişlerdir.

Tartışma

Adolesan dönemde olan üniversite öğrencileri, üreme sağlığı ve cinsel sağlık açısından toplumun risk altında olan önemli bir kesimini oluşturmaktadır (12,13). Gelişen teknolojinin ve beraberinde getirdiği uygulamaların (akıllı telefonlar, internet vb.) özellikle gençler arasında sıklıkla kullanıldığı bilinmektedir. Aynı zamanda, üniversite ortamı ve arkadaşlıklarının birey için önemli olduğu ve akranlar arası bilgi aktarımının davranışlar üzerindeki etkisi önemle vurgulanmaktadır (14). Bu çalışmada öğrencilerin cinsel sağlığa ilişkin bilgileri daha çok (%66,2) internet/TV'den edindikleri bulunurken, bunu kitap/dergi (%36,6) ve arkadaş çevresi (%34,5) izlemektedir. Özalp ve ark.'nın (2012) 208 üniversite öğrencisini kapsayan çalışmasında, öğrencilerin %33,8'inin gazete, dergi, %23'ünün televizyon, %18,9'unun internet, %18,7'sinin arkadaş ve %2,9'unun danışma merkezlerinden bilgi amaçlı yararlandığı bildirilmiştir (15). Dağ ve ark. (2012) tarafından 331 öğrenciyi kapsayan çalışmada ise öğrencilerin %57,1'inin TV/internet/kitap, %15,7'sinin arkadaş, okul, konferans, %11,2'sinin aile, %8,5'inin doktor ve %7,5'inin hemşireden bilgi amaçlı yararlandığı saptanmıştır (14). Yapılan benzer çalışmalarda ve aynı üniversitede 2004 yılında Öztekin ve ark. tarafından yapılan çalışmada da, öğrencilerin üreme sağlığı ve cinsel sağlıkla ilgili bilgileri daha çok medya, internet ve akranlarından öğrendikleri belirlenmiştir (14,15,16,17,25). Buna göre, Türkiye'de

Cinsel birleşmede kızların yaşadığı sorunlar (n=343)	n	%
Sorun yok	77	22,4
Uyarılmada zorluk	14	4,1
Orgazm olamama	24	7,0
Vaginismus	4	1,2
İlişkide ağrı	18	5,2
Cinsel birleşmede erkeklerin yaşadığı sorunlar (n=270)		
Sorun yok	180	66,7
Uyarılmada zorluk	13	4,8
Erken boşalma	30	11,1
Sertleşme bozukluğu	8	3,0
İlişkide ağrı	7	2,6

* Birden fazla yanıt verenler bulunmaktadır

üniversite gençliğinin üreme sağlığı ve cinsel sağlık konusunda sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamadıkları söylenebilir, sıklıkla yararlandıkları internet ve arkadaş ise birey için yetersiz ya da yanlış bilgi kaynağı olabileceğinden, sağlık bakım profesyonellerinin ve akran eğitim modelinin bu konudaki önemini görebilmekteyiz (11,18).

Bu çalışmada, öğrencilerin evlilik öncesi cinsel deneyim konusundaki düşünceleri değerlendirildiğinde, çoğunluğunun (%48,6'sının) bu deneyimi normal karşıladığı bulunurken, bu oran erkek öğrencilerde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$, $\chi^2=10,046$). Evlilik öncesi cinsel deneyim yaşayan öğrencilerin (%46,3'nün) büyük kısmını da (%34,2) erkek öğrencilerin oluşturması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$, $\chi^2=197,062$). Cinsel açıdan aktif olma durumuna göre de öğrencilerin evlilik öncesi cinsel deneyimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p<0,05$, $\chi^2=53,908$). Ülkemizde üniversite gençliği üzerinde yapılan çeşitli çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir (8, 11, 18). Türk toplumunun sosyo-kültürel yapısı ve cinsellikle ilgili değer yargıları, kızlar ve erkekler arasında cinsellik konusunda farklı yaklaşımları ortaya çıkardığı bir gerçektir (19). Kadınların evlilik öncesi cinsel ilişki yaşaması kadınların suçlandığı, ayıplandığı bir durum iken; erkeklerde deneyim olarak kabul edilebilmekte ve cinsiyetler arası farklılık görülebilmektedir. Genç nüfusa sahip olan ülkemizde, evlilik öncesi cinsel ilişki deneyimleme geçmiş yıllara artış göstermektedir (20, 21). Bu da beraberinde, cinsel sağlık ve üreme sağlığına ilişkin doğru bilginin verilmesinin önemini ortaya çıkarmaktadır. Ancak, Türkiye'de gençlere yönelik cinsellik ve üreme sağlığına ilişkin bilgilendirme ve eğitim programları yetersiz olup, gençlerin doğru bilgiye ulaşması zor olabilmektedir. Nitekim bu konuda yapılan çalışmalar, mevcut durumu ortaya koymuş ve ülkemizde üreme sağlığı/cinsel sağlığa ilişkin farkındalık artarak, çeşitli uygulamalar başlatılmıştır. Birçok belediyede (Buca belediyesi- İzmir, Bağlar belediyesi- Diyarbakır ve Bağcılar belediyesi-İstanbul gibi) gençlere ve kadına yönelik cinsel eğitim seminerleri başlatılmıştır. Aynı zamanda bazı üniversitelerde, akran eğitim modeli kullanılarak gençlerin bu konuda bilgilendirilmesini

amaçlayan projeler yapılmıştır ve devam etmektedir (14,22). Yine T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü (2007) tarafından Türkiye üreme sağlığı programı kapsamında "Gençlik danışmanlık ve sağlık hizmet merkezleri CSÜS eğitimi modülü" uygulamaya geçirilmiştir (6). Birçok Batı ülkesinde ise cinsellik ve üremeye ilişkin bilgiler ilköğretimden başlayarak üniversite eğitim programlarında zorunlu ya da seçmeli ders olarak okutulmaktadır. Ülkemizdeki okullarda ise bu konular daha sınırlı işlenmekte ve bu konulara yönelik yapılacak çalışmalarda izin alma süreci güç olabilmektedir. Yaptığımız çalışmada da öğrencilerin yalnızca %11,7'sinin CS/ÜS'na ilişkin bilgilendirme eğitimine katıldığı bulunmuştur. Gençler çoğunlukla bu eğitimlere gereksinim duymadıklarını, utandıklarını ve gidebilecekleri kurumu bilemediklerini belirtmişlerdir. Bu bulgu yapılan çalışmalarla paralellik göstermektedir (23,24). Bu doğrultuda, cinsel/üreme sağlığı eğitiminin üniversiteye gelmeden önce temel eğitim döneminde, farklı yaş gruplarının gereksinimlerine müfredat programının oluşturulması gerektiğini düşünülmektedir.

Bu çalışmada, CYBE arasında en fazla bilinenin HIV/AIDS olduğu saptanmıştır. Çalışma sonucu diğer araştırmaların sonuçlarıyla paralellik göstermektedir (11,18,25). HIV/AIDS'in öğrenciler tarafından en çok bilinen CYBE olması, medyada geniş yer alması ile açıklanabilir. CYBE arasında HIV/AIDS' in dışında en çok bilinenlerin ise; %62.3 Hepatit B, %49.9 oranında Hepatit C hastalığının bilindiği tespit edildi.

Adolesan ve gençlik dönemi; üreme sağlığına ilişkin problemlerin sık yaşandığı, istenmeyen gebelik ve isteyerek düşüklerin olduğu, riskli davranışların görüldüğü önemli bir dönem olması nedeniyle gençlerin Aile Planlaması yöntemlerinin seçiminde bilinçli davranmaları özellikle önemlidir. Özalp ve ark. (2012), 208 üniversite öğrencisi ile yapmış oldukları çalışmada; AP yöntemi olarak öğrencilerce en çok bilinen yöntem %93,8 OKS, %70,7 kondom ve %66 RİA olduğunu, fitil, jel, diyafram ve norplant gibi yöntemlerin çoğunlukla gençler tarafından bilinmediğini araştırma sonucunda belirtilmiştir (15). Bu çalışmada ise; öğrencilerin en fazla bilinen yöntemlerin %82,1 ile prezervatif, %75,2 ile

oral kontraseptif olduğu saptanmıştır. Kız öğrencilerin erkek öğrencilere kıyasla AP yöntemleri bilme oranının daha yüksek olduğu araştırma sonucunda bulunmuştur. Araştırma sonucumuz literatür ile uyumludur (15,24).

Sonuç ve Öneriler

Çalışmaya katılan öğrencilerin çoğunluğunun cinsel sağlık hakkında bilgi sahibi olduğu; ancak çoğunun bu konuda bir hizmet almadığı saptanmıştır. Öğrencilerin yalnızca % 11,7'sinin cinsel/üreme sağlığına ilişkin bilgilendirme eğitimine katıldığı bulunmuştur. Öğrencilerin % 44,9'unun evlilik öncesi cinsel deneyim yaşadığını ve bunların çoğunluğunu da erkeklerin oluşturduğu saptanmıştır.

Adolesan döneminde olan üniversite öğrencileri, üreme sağlığı ve cinsel sağlık açısından toplumun risk altında olan önemli bir kesimini oluşturduğundan, gençlerin bu dönemini ve gelecek yaşamlarını sağlıklı geçirmeleri için cinsel sağlığa yönelik eğitimlerin ve hizmetlerin yaygınlaştırılması son derece önemlidir. Öğrencilerin bu hizmetlere katılımlarının artırılması için, cinsel/üreme sağlığı eğitiminin temel eğitim döneminde, farklı yaş gruplarının gereksinimlerine müfredat programının oluşturulması,

üniversitede eğitim gören öğrenciler için üniversite içerisinde posterler, afişler, duyuruların yapılması ve verilen eğitimlerin yinelenmesi, farklı eğitim tekniklerinin kullanılması ve öğrencilerin bu konudaki düşüncelerinin alınması önerilmektedir.

İletişim: Dr. Ergül Aslan

E-posta: ergul34tr@hotmail.com

Kaynaklar

1. World Health Organization. Sexual and reproductive health. [Internet] <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/adolescence/en/> Erişim: 20.03.2014
2. Türkiye İstatistik Kurumu [Internet] http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1027 Erişim: 18.03.2014
3. Uygun S. Üniversite Gençliğinin Yabancılaşması. Bilim ve Aklın Aydınlığında Eğitim Dergisi 2004; 57: 231-6.
4. Pektaş İ, Bilge A. Ege Üniversitesi İzmir Atatürk Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin problem alanlarının belirlenmesi. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2007; 8(14): 83-98.
5. Karabalutlu Ö, Kılıç M. Üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14 (2): 39-45.



Erişim Adresi: <https://www.flickr.com/photos/jaredpolin/14011504167>

6. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Gençlere yönelik üreme sağlığı hizmetleri katılımcı kitabı [Internet] <http://www.ghs.gov.tr/birimdosya/Gus.pdf> Erişim: 18.03.2014
7. Simbar M, Tehrani FR, Hashemi Z. Reproductive health knowledge, attitudes and practices of Iranian college students. *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol. 11, Nos 5/6, 2005.
8. Kaya F, Serin Ö, Genç A. Eğitim Fakültesi Birinci Sınıf Öğrencilerinin Cinsel Yaşamlarına İlişkin Yaklaşımlarının Belirlenmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007; 6(6): 441-8.
9. UNICEF, The State of the World's Children 2011. <http://www.unfpa.org.tr/turkeytr/rapyay/genderdecinselsaglik.pdf> Erişim: 18.03.2014
10. Giray H, Kılıç B. Bekar kadınlar ve üreme sağlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi* 2004; 13(8): 286-9.
11. Pınar G, Doğan N, Ökdem Ş, Algier L, Öksüz E. Özel bir üniversitede okuyan öğrencilerin cinsel sağlıkla ilgili bilgi tutum ve davranışları. *Tıp Araştırmaları Dergisi* 2009; 7 (2):105 -13.
12. Dattilo J, Brewer MK. Assessing clients' sexual health as a component of holistic nursing practice: Senior nursing students share their experiences. *Journal of Holistic Nursing* 2005; 23: 208-19.
13. Koluçak S, Güneş G, Pehlivan E. İnönü Üniversitesi öğrencilerinin üreme sağlığı konularında bilgi düzeyleri ve hizmetten beklentileri. *İNÖNÜ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2010; 17 (1):7-14.
14. Dağ H, Dönmez S, Şirin A, Kavlak O. Akran eğitiminin üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık konusundaki bilgi düzeylerine etkisi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012; 15(1):10-7.
15. Özalp S, Tanır Ilgın H, Karataş A, Ilgın B. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp ve Mühendislik Fakültesi öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve aile planlaması konusundaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. *Düzce Tıp Dergisi* 2012;14(3):18-21.
16. Kılıç NH, Nurcan EK. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin sigaraya yönelik bilgi, tutum ve davranışları. *Sağlık Bilimleri Dergisi* 2006; 15(2): 85-90.
17. Biri A, Korucuoğlu Ü, Yılmaz E. Adölesan kızların cinsel bilgi gereksinim durumlarının belirlenmesi. *TJOD* 2007; 4(2):104-7.
18. Aras Ş, Orçun E, Özcan S, Şemin S. Dokuz Eylül Üniversitesi öğrencilerinin cinsel bilgi, tutum ve davranışları. *Sağlık ve Toplum Dergisi* 2004;4(1):23-8.
19. Şimşek H. Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına etkisi: Türkiye örneği. *DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2011; 25(2): 119 - 26.
20. Özkan H. Üniversite gençliğinin aile planlaması ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunmaya ilişkin yaklaşımları. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.1994.
21. Nalbant H, Bulut A. Gençler ve üreme sağlığı. *Aktüel Tıp Dergisi* 2001; 6 (1):30-6.
22. Kırmızıtoprak E, Şimşek Z. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve güvenli cinsel yaşam konusunda gençlerin bilgi ve davranışlarına akran eğitiminin etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin* 2011;10(4):463-72.
23. Karabulutlu Ö, Kılıç M. Üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık ve üreme sağlığı hakkındaki bilgi düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2011; 14 (2): 39-45.
24. Koç Z, Sağlam Z. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu üniversite öğrencilerinin cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve aile planlaması ile ilgili bilgi ve görüşlerinin belirlenmesi. *Türk HIV/AIDS Dergisi* 2006; 9(2): 47-60.
25. Öztekin Ö, Özkul H, Toğluk E, Aslan E. Üniversite öğrencilerinin cinsel sağlık konusundaki bilgi düzeyleri. 2. Uluslararası - 9. Ulusal Hemşirelik Kongresi, Kongre Kitabı, 734-736, Antalya, Türkiye, 7-11 Eylül 2003. (Poster Bildiri)

Üniversite Öğrencilerinin Toplumsal Cinsiyet Rolüne Yönelik Görüşleri

Opinions of University Students on Gender Roles

Araştırma



Research

Dr. Rukuye Aylaz, Dr. Gülsen Güneş**, Dr. Özge Uzun***, Dr. Süheyla Ünal*****

Geliş tarihi : 24.01.2014

Kabul tarihi: 09.03.2014

Öz

Amaç: Bu araştırma üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rolüne yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: İnönü Üniversitesinde öğrenim gören 706 öğrenci araştırma grubunu oluşturmuştur. Araştırmanın verileri literatür taranarak hazırlanan soru formu aracılığı ile toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzdelik, ortalama, bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve bağımsız gruplarda t testi yöntemleri kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan öğrencilerin %56.9'unu kadın %56.1'i birinci, %43.9'u dördüncü sınıf öğrencisidir. Cinsiyet, aile tipi, anne eğitimi, yaşanılan yer ile cinsiyet rolüne ilişkin tutum toplam puanları arasında anlamlı ilişki bulunmuştur, ancak birinci sınıf ile dördüncü sınıf ve baba eğitimi ile anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Sonuç ve Öneri: Öğrencilerin üniversite eğitim sırasında sınıflarının cinsiyet rollü üzerine etkili olmadığını ve annenin eğitim durumunun öğrencilerin cinsiyet rol ayrımını azalttığı, bu durum toplumda cinsiyet rolünün farkının azaltılmasında annenin eğitiminin daha etkin olabileceğini düşündürmektedir. Araştırma sonuçlarına dayanarak, toplumsal cinsiyet eşitliğine yönelik kulüplerin, öğrenci topluluklarının kurulması ve bu tür etkinliklere erkek öğrencilerin katılımının desteklenmesi önerilir.

Anahtar sözcükler: Toplumsal cinsiyet, Cinsiyet rolleri, Üniversite öğrencisi.

Abstract

Objective: The survey was conducted to learn about the opinion of university students on gender roles.

Materials and Method: The survey group consisted of 706 students attending İnönü University. The survey data was collected by using a questionnaire prepared after going over the relevant literature. Methods used in data analysis included numbers, percentages, averages, unidirectional variance analysis (ANOVA) to evaluate relationship between independent variables and t-test for independent groups.

Findings: Of students covered by the survey 56.9% are females, 56.1% are freshmen and 43.9% are seniors. When total scores on gender, family type, mother's education status, place of settlement and gender roles are concerned there is statistically significant relationship between these and the grade of students. But no significant relationship was found between freshman and senior students with respect to father's educational status.

Conclusion and Suggestion: It may be concluded that grades of university students have no effect on conceptions about gender roles. However, it is found that the educational status of mother reduces students' bias on gender roles, suggesting that mothers' education could be an important factor in ensuring gender equality. On the basis of survey outcomes, it is suggested to encourage the establishment of gender equality clubs in universities and the participation of male students to these clubs.

Key words: Gender, Gender roles, University student.

*Doç.; İnönü Ü. Malatya Sağlık Yüksek Okulu, Malatya

**Prof.; İnönü Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Malatya

***Prof.; Kilis 7 Aralık Ü. Yusuf Şerefoğlu Sağlık Yüksek Okulu, Kilis

****Prof.; İnönü Ü. Tıp Fak. Psikiyatri AD, Malatya

Giriş

Cinsiyet, bireyin kadın ya da erkek olarak mevcut genetik, fizyolojik ve biyolojik özellikleri olarak tanımlanmaktadır (1). Bu özellikler kadın ve erkek arasında bir eşitsizlik değil, yalnızca bir cinsiyet farkı yaratmaktadır. Toplumsal cinsiyet kavramı (gender) ise farklı kültürde, tarihin farklı anlarında ve farklı coğrafyalarda kadınlara ve erkeklere toplumsal olarak yüklenen roller ve sorumlulukları ifade eder. Toplumsal cinsiyet kısaca, sosyal yönden kadın ve erkeğe verilen roller, sorumluluklar olarak tanımlanır. İnsan, hangi kültürde, çağda yaşarsa yaşasın, kız ya da erkek olarak doğmak tıpkı ölümlü olmak gibi, bireyin biyolojik varlığının bir niteliğidir (2-4).

Toplumsal cinsiyet rolleri; geleneksel olarak kadınlar ve erkeklerle ilişkili olduğu kabul edilen rolleri ifade etmektedir (4). Çalışma, aile, evlilik yaşamı ve toplumsal yaşam alanlarında ki eşitsizlikler, kadınların toplumsal statüsünü ve sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu nedenle kadınlar toplum içerisinde istenilen statüye ulaşamamış ve çoğunluğu birçok alanda erkeklerin gerisinde kalmış ve cinsiyetler arası bir eşitsizlik ortaya çıkmıştır. Ancak günümüzde kadının eğitim düzeyinin yükseldiği ve çalışma yaşamına girdiği toplumlarda kadın ve erkeklerin üstlendiği geleneksel roller kadın lehine değişmeye başlamıştır (5).

İnsanlık tarihi boyunca kadınlar ve erkekler dünyayı eşit olarak paylaşamamışlar ve bu eşitsizliğin olumsuz sonuçları en çok kadınları etkilemiştir (6). Toplumsal cinsiyet rollerine dayalı eşitsizlik toplumun her kesiminde kadın ve erkek arasındaki ilişkileri ve toplumsal cinsiyet rolleri kalıp yargılarını belirlemektedir. Gelişmiş ülkelerdeki lise ve üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin araştırma sonuçlarına göre son yıllarda gençlerin geleneksel cinsiyet rollerinin azaldığı bunda çeşitli etmenlerin etkili olduğu özellikle devlet politikalarının, aile içi ilişkilerin, kadınların meslek sahibi olması ve bu alanda gelişme isteklerinin etkili olduğu belirlenmiştir (7). Ülkemizde ise üniversite öğrencilerinin geleneksel cinsiyet rolleriyle ilgili kalıplaşmış yargılara ilişkin düşüncelerinin belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmalarda; erkek öğrencilerin, kız öğrencilere göre toplumsal

cinsiyet rollerine ilişkin daha geleneksel bakış açısına sahip oldukları belirlenmiştir (8-11). Erkeklerin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin geleneksel bakış açıları toplumda kadınların statüsünü olumsuz yönde etkilemektedir. Toplumda refah ve barışın sağlanması, sürdürülebilir kalkınmanın gerçekleştirilebilmesi ve kadının toplumsal statüsünün artırılabilmesi için sosyal yaşamın her alanına kadınların erkeklerle eşit bir biçimde katılımını sağlanması gerekmektedir. Bu nedenle toplumda kadına ve erkeğe yüklenen bu rollerin, üniversite öğrencileri açısından nasıl bir anlam taşıdığı verilen eğitimin ve üniversite ortamının öğrencilerin toplumsal cinsiyet eşitliği konusundaki görüşleri belirlenerek, gelecek neslin görüşleri şekillendirilebilir (12). Bu araştırma, İnönü Üniversitesinde lisans öğrenimine devam eden birinci ve son sınıf öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin görüşlerini belirleyerek, üniversite eğitiminde konu ile ilişkili öneriler geliştirmek amacıyla planlanmıştır.

Yöntem

Kesitsel nitelikte olan bu araştırma, İnönü Üniversitesine bağlı, Eczacılık Fakültesi, Eğitim Fakültesi, Fen Edebiyat Fakültesi, Mühendislik Fakültesi, İşletme ve İktisat Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulunda lisans öğrenimine devam eden birinci ve son sınıf öğrencileri, Tıp Fakültesinin ise birinci ve dördüncü sınıf öğrencileri ile yapılmıştır. Araştırmanın evrenini araştırma kapsamına alınan okulların birinci ve dördüncü sınıfında öğrenim gören 6933 öğrenci oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü evrende ki birey sayısı bilinen örneklem genişliği formülü kullanılarak 802 öğrenci olarak belirlenmiştir. Örneklem seçiminde; araştırmanın evrenini oluşturan fakültelerden tabakalı örneklem yöntemi ile kaç öğrencinin alınacağı belirlenmiştir. Belirlenen öğrenciler sınıf listelerine göre sıralanmış ve basit tesadüfü sayılar tablosu kullanarak 706 öğrenci araştırma grubunu oluşturmuştur. Öğrencilerden 96'sı araştırmaya katılmayı kabul etmedikleri için belirlenen örneklem büyüklüğünün %88'ine ulaşılmıştır.

Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri 20 Ocak- 25 Şubat 2012 tarihleri arasında toplanmıştır. Araştırmanın verileri literatür taranarak hazırlanan soru

formu aracılığı ile toplanmıştır. Soru formu; sosyo-demografik özelliklerini içeren 13 soru ile toplumsal cinsiyet rolüne ilişkin tutumlarını değerlendiren sekiz maddelik sorudan oluşmaktadır.

Öğrencilerin toplumsal cinsiyet rolüne ilişkin tutumlarını değerlendirilmesinde kullanılan 8 maddelik soruların puanlaması, her maddenin puanlaması değişik biçimdedir; 1. ve 4. maddelerin puanlaması, 0 kabul ediyor, 1 kabul etmiyor, 2. ve 3. sorular, 0 kabul etmiyor, 1 kabul ediyor, 5., 6. ve 8. soruların puanlanması; 0 kesinlikle kabul ediyorum, 1 kabul ediyorum, 2 kabul etmiyorum, 3 kesinlikle kabul etmiyorum, 7. sorunun puanlaması; 0 kesinlikle kabul etmiyorum,

1 kabul etmiyorum, 2 kabul ediyorum, 3 kesinlikle kabul ediyorum biçimindedir. Maddelerin toplam puanların toplanması ile toplam puan elde edilir. Toplam puan 0-16 arasında değişmektedir. Toplam puanın yüksek olması pozitif tutumu gösterir.

Soru formu uygulanmadan önce öğrencilere araştırmanın amacına ilişkin bilgi verilerek sözel onam alınmış ve soru formu sınıflarında, gözlem altında uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde; sayı, yüzdelik, ortalama, bağımsız değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve bağımsız gruplarda t testi yöntemleri kullanılmıştır.

Tablo 1. Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özellikleri			
Demografik Özellikleri	Ort. ±SS	Sayı	%
Yaş	21.17±2.19	706	100.0
Cinsiyet		S	%
Kadın		402	56.9
Erkek		304	43.1
Sınıf			
Birinci Sınıf		396	56.1
Dördüncü Sınıf		310	43.9
Babanın Öğrenim Durumu			
Okuryazar değil		33	4.7
İlkokul mezunu		288	40.8
Ortaokul mezunu		108	15.3
Lise mezunu		157	22.2
Üniversite mezunu		120	17.0
Annenin Öğrenim Durumu			
Okuryazar değil		187	26.5
İlkokul mezunu		324	45.9
Ortaokul mezunu		68	9.6
Lise mezunu		95	13.5
Üniversite mezunu		32	4.5
Ekonomik Durumları			
Kötü		85	12.0
Orta		444	62.9
İyi		177	25.1
Aile Tipi			
Çekirdek aile		572	81.0
Geniş aile		134	19.0
Uzun Süre Yaşadığı Yer			
Köy/kasaba		134	19.0
İlçe		177	25.1
İl		395	55.9

Etik Boyut

Araştırmanın yapılabilmesi için Malatya Klinik Araştırmaları Etik Kurulundan, araştırma kapsamına alınan fakültelerden ve Sağlık Yüksekokulundan yazılı izin alınmıştır. Ayrıca çalışma kapsamına aldığımız öğrencilerden de sözel onam alınmıştır.

Bulgular

Öğrencilerin sosyo demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 21.17±2.19 (en küçük 18 en büyük 34 yaş) dir. Öğrencilerin %56.9'unun kadın, %56.1'inin birinci sınıfta, %62.9'unun ekonomik durumlarının orta düzeyde olduğu ve %55.9'unun uzun süredir il merkezinde yaşadığı saptandı. Öğrencilerin ebeveynlerinin öğrenim durumları incelendiğinde; %40.8'inin babası ve %45.9'unun ise annesinin ilkokul mezunu olduğu ve %81'inin çekirdek aile yapısına sahip olduğu belirlendi.

Tablo 2'de görüldüğü gibi; "kadınlar evlerinde ev işlerini yönetsinler ülke yönetimini erkeklere bıraksınlar" önerisini %78.7'sinin kabul etmediği, "kocasının maddi durumu iyi olan bir kadının çalışmasına gerek yoktur" önerisini %31.2'sinin kabul ettiği, "desteklediğim parti, bir kadını başbakan aday olarak gösterirse partime oy veririm" önerisini %46.7'sinin kabul etmediği, "erkekler politikaya kadınlardan daha çok uygundur" önerisini %52.9'unun kabul ettiği belirlendi. Yukarıdaki tabloyu incelediğimizde; "kadınlar ev ve çocuklar ile ilgilenir, erkekler ise dışarıda

Tablo 2. Öğrencilerin cinsiyet rolüne ilişkin bazı tutum puan ortalamaları

Cinsiyet Rolüne İlişkin Maddeler	Kabul Ediyorum		Kabul Etmiyorum					
	Sayı	%	Sayı	%				
1. Cinsiyet ve güç Kadınlar evlerinde ev işlerini yönetsinler ülke yönetimini erkeklere bıraksınlar (0 kabul ediyorum, 1 kabul etmiyorum)	148	21.3	548	78.7				
2. Kadının çalışması Kocasının maddi durumu iyi olan bir kadının çalışmasına gerek yoktur (0 Kabul etmiyorum, 1 kabul ediyorum)	217	31.2	478	68.8				
3. Kadın başbakan Desteklediğim parti, bir kadını başbakan adayı olarak gösterirse partime oy veririm (0 Kabul etmiyorum, 1 kabul ediyorum)	376	53.3	330	46.7				
4. Cinsiyet ve politika Erkekler, politikaya kadınlardan daha çok uygundur (0 kabul ediyorum, 1 kabul etmiyorum)	362	52.9	322	47.1				
Cinsiyet Rolüne İlişkin Maddeler	Kesinlikle Kabul Ediyorum		Kabul Ediyorum		Kabul Etmiyorum		Kesinlikle Kabul Etmiyorum	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
5. Kısıtlayıcı cinsiyet rolleri Kadınlar ev ve çocuklar ile ilgilenir, erkekler ise dışarıda çalışırlarsa herkes için daha iyi olur (0 kesinlikle kabul ediyorum, 1 kabul ediyorum, 2 kabul etmiyorum, 3 kesinlikle kabul etmiyorum)	96	14.0	136	19.9	227	31.1	226	33.0
6. Kadınların kariyer yapması Bir kadın için kocasının kariyerine yardımcı olması, kendisinin kariyer yapmasından daha önemlidir (0 kesinlikle kabul ediyorum, 1 kabul ediyorum, 2 kabul etmiyorum, 3 kesinlikle kabul etmiyorum).	69	9.9	118	17.0	287	41.2	222	31.9
7. Çalışan anneler Çalışan anneler ve çalışmayan annelere aynı düzeyde çocukları ile sıcak ve güvenli ilişki kurarlar (0 kesinlikle kabul etmiyorum, 1 kabul etmiyorum, 2 kabul ediyorum, 3 kesinlikle kabul ediyorum).	70	10.2	158	23.1	292	42.6	165	24.1
8. Çocukların iyilik durumu-esenliği Okul öncesi küçük çocuklar, annesi çalışıyorsa çok mağdur olur (0 kesinlikle kabul ediyorum, 1 kabul ediyorum, 2 kabul etmiyorum, 3 kesinlikle kabul etmiyorum).	180	26.0	270	39.0	161	23.3	81	11.7

çalışırlarsa herkes için daha iyi olur" önerisini %33.0'ının kesinlikle kabul etmediği, "bir kadın için kocasının kariyerine yardımcı olması, kendisinin kariyer yapmasından daha önemlidir" önerisini %17.0'ının kabul ettiği, "çalışan anneler ve çalışmayan annelere aynı düzeyde çocukları ile sıcak ve güvenli ilişki kurarlar" önerisini %42.6'sının kabul etmediği, "okul öncesi küçük çocuklar, annesi çalışıyorsa

çok mağdur olur" önerisini %39.0'ı kabul ettiği saptanmıştır.

Öğrencilerin demografik özellikleri ile cinsiyet rolüne ilişkin tutumlarının ortalama puanlarının karşılaştırılması Tablo 3'te gösterildi. Birinci sınıf ile dördüncü sınıf ve baba eğitimi ile cinsiyet rolü tutum puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı, ancak cinsiyet, aile

Tablo 3. Öğrencilerin demografik özellikleri ile cinsiyet rolüne ilişkin tutumlarının ortalama puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	Sayı	Cinsiyet Rolüne İlişkin Toplam Puan	Anlamlılık Derecesi
Sınıf			
1. Sınıf	315	8.16±3.00	p=0.463*
4. Sınıf	391	8.33±2.93	
Cinsiyet			
Kadın	402	9.44±2.36	p=0.001
Erkek	304	6.72±2.95	
Aile tipi			
Çekirdek	558	8.43±2.93	p=0.002
Geniş	132	7.53±2.98	
Annenin eğitim durumu			
Okuryazar değil	187	7.83±3.05	p=0.020**
İlkokul	324	8.21±2.84	
Ortaokul	68	8.31±3.06	
Lise	95	8.81±2.92	
Üniversite	32	9.46±3.17	
Babanın Öğrenim Durumu			
Okuryazar değil	33	7.89±2.88	p=0.067**
İlkokul mezunu	288	8.19±3.01	
Ortaokul mezunu	108	8.71±3.03	
Lise mezunu	157	8.45±3.04	
Üniversite mezunu	120	8.77±2.61	
Yaşanılan yer			
Köy/kasaba	134	7.56±2.99	p=0.006**
İlçe	177	8.17±2.88	
İl	395	8.53±2.95	

*Student t test kullanılmıştır, **Tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

tipi, anne eğitimi ve yaşanılan yer ile cinsiyet rolüne ilişkin tutum toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p < 0.05$). Öğrencilerden kadın, çekirdek aileye sahip ve anne eğitim seviyesi yüksek olanların cinsiyet rolüne ilişkin pozitif tutum puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

Tartışma

Ülkemizde kadın haklarına yönelik eşitlikçi yasal düzenlemeler olmasına karşın özellikle istihdamda, karar alma düzeyinde ve politikada kadınlar ve erkekler arasındaki eşitsizlikler sürmektedir. Yirmi birinci yüzyılda ülkemizde kadınlar ve erkekler arasındaki eşitsizlikleri gidermek üzere, kadınlara yönelik her türlü ayrımcılık hareketinin önlenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda, gelecekte önemli karar mekanizmalarında yer alacak gençler

arasında toplumsal cinsiyet eşitsizliğine karşı farkındalık oluşturmak önemlidir. Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rolüne yönelik görüşlerini belirlemek amacıyla yapılan bu çalışmada, öğrencilerin ne yazık ki bazı geleneksel rolleri belli ölçüde de olsa onayladıkları görülmüştür. Öğrencilerin cinsiyetleri ile cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının ortalama puanları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur. Kız öğrencilerin cinsiyet rollü puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bu sonuca göre erkek öğrencilerin, kız öğrencilerine göre toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin daha geleneksel bakış açısına sahip oldukları saptanmıştır. Bu bulgular ülkemizin farklı bölgelerinde yapılan çalışmaların sonuçları ile benzer bulunmuştur (12, 8). Erkeklerde geleneksel toplumsal cinsiyet rollünün daha fazla görülmesini, kendilerinin daha güçlü ve gücün kendilerinde olmasından memnun olmaları ve bu durumun pekiştirilmesinde toplumsal destek görmelerine bağlanabilir. Bu çalışmada çekirdek aile ve uzun süredir il de yaşayan öğrencilerin geleneksel yönlerinin daha az olduğu görülmüştür. Bu sonuçların aksine, Pınar ve ark. yaptığı çalışmada yaşanılan yer ve aile yapısının kadın-erkek anlayışına ilişkin değerleri etkilemediği belirlenmiştir (9).

Öğrencilerin anne ve babalarının eğitim durumu ile cinsiyet rolüne ilişkin tutumlarının ortalama puanları incelendiğinde baba eğitimi ile anlamlı ilişki bulunmaz iken anne eğitimi arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Annelerin eğitim durumu arttıkça öğrencilerin geleneksel tutumlarının azaldığı görülmüştür (Tablo 3). Çetinkaya'nın üniversite öğrencileri ile yaptığı çalışmada, öğrencilerinin anne eğitim durumları arttıkça toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlar pozitif yönde etkilendiği ancak babanın eğitim durumuna göre toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları açısından anlamlı bir farklılık bulunmadığı saptanmıştır (13). Bu araştırmanın bulguları bu çalışmanın bulguları benzerlik göstermektedir. Bu durum, annenin eğitim düzeyinin, öğrencilerin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin eşitlikçi tutuma sahip olmalarında etkili olduğunu gösterir. Bu husus ise, eğitilmiş insanın yeni fikirlere açık olması ve kültür-toplumun etkisi altında fazla kalmaması ile açıklanabilir (14). Ayrıca çocuğun doğduğundan itibaren anne ile

daha fazla birlikte vakit geçirmesi ve annenin ev içinde sergilediği cinsiyet rolünün çocuk üzerinde daha etkili olmasına bağlayabiliriz. Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin, "kadınlar evlerinde ev işlerini yönetsinler ülke yönetimini erkeklere bıraksınlar", "kocasının maddi durumu iyi olan bir kadının çalışmasına gerek yoktur", "desteklediğim parti, bir kadını başbakan aday olarak gösterirse partime oy veririm" ifadelerine cinsiyet rolüne ilişkin pozitif yönde tutum sergilerken "erkekler, politikaya kadınlardan daha çok uygundur" ifadesine negatif tutum sergiledikleri belirlenmiştir (Tablo 2). Bu sonuçlar, Brooks ve Bolzendahl'ın (2004) Amerika'da cinsiyet rollerine ilişkin benzer soruların yöneltildiği 4444 kişi üzerinde yaptıkları çalışmada cinsiyet ve güç konusunda pozitif yönde tutumları ile benzerlik göstermesine karşın diğer ifadelerde negatif tutumları ile farklılık göstermektedir. Brooks ve Bolzendahl'ın araştırma grubundaki bireylerin bu çalışmaya göre cinsiyet rolüne ilişkin daha fazla negatif tutum sergilemelerini üniversite eğitimi alan kişilerin az olması ile açıklayabiliriz (7).

Liderlik, bir grup insanı belli amaçlar etrafında toplayabilme ve bu amaçları gerçekleştirebilmek için onları harekete geçirme bilgi ve becerilerinin toplamıdır. Liderlik herkesin içinde olan potansiyel, öğrenilebilir, geliştirilen becerilerdir (15). Tarih sürecinde kadınlar hemen tüm toplumlarda erkeklerin dünyası olan güç, liderlik ve iş ortamında yeterince temsil edilememiş; profesyonellik, otorite ve liderlik erkekler için tanımlanan özellikler olmuştur (16). Brooks ve Bolzendahl (2004) yaptığı çalışmada, bireylerin toplumsal cinsiyet bakış açısının kadının liderlik davranışları üzerine olumlu tutum sergiledikleri görülmektedir (7). Geleneksel olarak kadınların cinsiyetleri nedeni ile duygusal ve güçsüz olduğu düşünüldüğü için liderlik için erkelerin daha uygun oldukları savunulsa da bu çalışmada öğrencilerin %78.7'sinin ülke yönetiminin erkeklere bırakılmasını onaylamamaları memnuniyet verici iken öğrencilerin yarısının (%53.3) kadın başbakan adayını destekleyeceklerini bildirmeleri cinsiyet rolü açısından olumsuz tutum sergilediklerini göstermektedir. "Kadınlar ev ve çocuklar ile ilgilenir, erkekler ise dışarıda çalışırlarsa herkes

için daha iyi olur" öğrencilerin %64.1'inin bu ifadeye katılmadıkları belirlenmiştir. "Bir kadın için kocasının kariyerine yardımcı olması, kendisinin kariyer yapmasından daha önemlidir" %73.1'inin bu ifadeye de katılmadıkları belirlenmiştir. Kafkas Üniversitesi Kars Sağlık Yüksekokulu hemşirelik bölümü erkek öğrencileri ile yapılan bir çalışmada öğrencilerin %77.6'sı kadınların aile bütçesine katkı sağlamak adına çalışmalarının uygun bulduklarını ve %60.0'ı kadınların çalışmasının kariyerlerini geliştirmelerine katkı sağlayacağını ifade etmişlerdir (17). Bu çalışmanın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Her iki çalışmanın sonuçları, öğrencilerin yarıdan fazlasının kadınların çalışma yaşamında yer almasını ve kadının kendisinin kariyer yapmasına yönelik olumlu görüşlere sahip olduklarını göstermektedir. Kadınların kariyer yapmasına ilişkin bulguda öğrencilerin toplumsal cinsiyet rolüne ilişkin pozitif tutum göstermelerini üniversite öğrencisi olmalarına bağlayabiliriz.

Bu çalışmada, öğrencilerin çalışan annelerin çocukları ile olan ilişkilerine yönelik görüşlerinin geleneksel düşünceye eğilimli (öğrencilerin yalnızca %33.3'ü çalışan annelerin çocukları ile sıcak ve güvenli bir ilişki kurabileceklerinin ifade etmişlerdir) olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Öğrencilerin görüşleri %65.0'ı çalışan annelerin çocukları ile güvenli ve sıcak bir ilişki kuramayacakları ve annesi çalışan okul öncesi çocukların mağdur olacağı yönünde idi. Çarkoğlu ve Kalaycıoğlunun yaptığı Türkiye'de aile, iş ve toplumsal cinsiyet konulu araştırmalarında Türkiye'de 65 ilden 1555 haneden topladığı veriler göre deneklerin yaklaşık yarısı kadarı (%48) çalışan bir annenin çalışmayan bir anne kadar çocuğuna yakın ve güven dolu bir ilişki geliştiremeyeceğini, aratırmaya katılanların yarıdan fazlası (%58) da okul öncesi yaşta bir çocuğun annesinin çalışmasının çocuğu kötü bir biçimde etkilemesini olası gördüğünü saptamışlardır (18). Bu araştırmanın bulguları bu çalışmanın bulguları ile benzerlik göstermektedir. Toplumumuzda aile içinde kadının temel görevinin annelik olarak belirlenmesi, ev içi sorumluluklarının genellikle kadının rolleri kapsamında görülmesi anlayışının öğrenciler tarafından benimsendiği görülmektedir. Bunun yanı sıra, toplumumuzda, bazı çalışan annelerin

çocukları için yeterli ve uygun bakım hizmeti almaları sırasında çeşitli güçlüklerle karşılaşmalarından dolayı çocukların mağdur olması öğrencilerin konu ile görüşlerinde etkili olmuş olabilir.

Eğitim düzeyinin yükselmesi özellikle üniversite düzeyi, bireylerin toplumsal cinsiyet rollerine çağdaş bir bakış açısı kazandırmakta, toplumsal cinsiyet eşitliğinin ve hakkaniyetin kadın lehine belirleyicisi olmaktadır (12). Bu araştırmada birinci sınıf ile son sınıf öğrencileri arasında toplumsal cinsiyet rolüne ilişkin tutumlarının ortalama puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Öğrencilerin üniversite eğitim sırasında sınıflarının cinsiyet rollü üzerine etkili olmadığı belirlenmiştir. Öğrencilerin okudukları sınıfların Literatürde, toplumsal cinsiyet rollerinin çok kolay değişmediği, ancak kısmen de olsa insanların zaman içinde konuyla ilgili eleştirel bakış açısına sahip olabildikleri belirtilmektedir (19,20).

Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırma Türkiye'nin farklı illerinde ki üniversitelerde eş zamanlı yapılması planlanmıştır ancak yalnızca İnönü Üniversitesinin de lisans eğitimi alan öğrenciler ile sınırlı kalmıştır.

Sonuç ve Öneri

Erkek öğrencilerin, kız öğrencilerine göre toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin daha geleneksel bakış açısına sahip oldukları, annenin eğitim durumu arttıkça öğrencilerin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin pozitif tutum sergiledikleri, öğrencilerin yarıdan fazlasının kadının çalışmasına yönelik pozitif tutum sergiledikleri ancak çalışan annelerin çocukları ile güvenli ve sıcak bir ilişki kuramayacakları ve annesi çalışan okul öncesi çocukların mağdur olacağını, üniversite eğitim sırasında sınıflarının cinsiyet rollü üzerine etkili olmadığı belirlenmiştir. Toplumsal cinsiyet ile ilgili düzenlenecek sempozyum ve panellerde konunun öğrenciler tarafından tartışılmasının sağlanması ve toplumsal cinsiyet eşitliğine yönelik kulüplerin ya da öğrenci topluluklarının kurulması ve bu tür etkinliklere erkek öğrencilerin katılımının desteklenmesini önerebiliriz.

İletişim: Dr. Rukiye Aylaz

E-posta: rukuye.aylaz@inonu.edu.tr

Kaynaklar

1. Kızılaslan İ, Diktaş İÖ. The Role of University Education in Changing the Gender Role Perceptions of Turkish ELT Student Teachers. *International Online Journal of Educational Sciences* 2011; 3(2): 510-525.
2. Dökmen YZ. Toplumsal cinsiyet sosyal psikolojik açıklamalar. 1. Baskı. Ankara: Sistem Yayıncılık, 2004.
3. Bhasin K. Toplumsal Cinsiyet "bize yüklenen roller". 1. Baskı. İstanbul: Kadınlarla Dayanışma Vakfı Yayınları, Kuşak Ofset, 2003; 1-5.
4. Staggenborg S. Gender, family and social movements. Pine Forge Pres. California: 1998; p.1-3
5. Attanapola CT. Changing gender roles and health impacts among female workers in export-processing industries in Sri Lanka. *Social and Medicine* 2003;1:1-12.
6. Doğramacı E. Türkiye'de kadının dünü ve bugünü. 1. Baskı. Ankara: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları; 1992.
7. Brooks C, Bolzendahl C. The transformation of US gender role attitudes: cohort replacement, social-structural change, and ideological learning. *Social Science Research* 2004; 33:106-133.
8. Vefikuluçay D, Demirel S, Taşkın L, Eroğlu K. Kafkas Üniversitesi son sınıf öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin bakış açıları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi* 2007;14(2): 12-27.
9. Pınar G, Taşkın L, Eroğlu K. Başkent üniversite öğrenci yurdunda kalan gençlerin toplumsal cinsiyet rol kalıplarına ilişkin tutumları. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2008;15(1): 47-57.
10. Aşlı G. Üniversite öğrencilerinin cinsiyet rolleri ve ego durumları arasındaki ilişki. Yüksek lisans tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü 2001.
11. Demirel S, Kısa S, Kocaöz S, Vefikuluçay D, Taşkın L, Akın A. Üniversite yaşamı öğrencilerin toplumsal cinsiyet bakış açısındaki gelenekselliğini etkiliyor mu? *Hacettepe Üniversitesi Kadın Sorunları Araştırma ve Uygulama Merkezi Ankara*; 2004. 12. Yılmaz DV, Zeyneloğlu S, Kısa S, Taşkın L, Eroğlu K. Üniversite öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin görüşleri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi* 2009; 6(1): 775-792.
13. Kodan Çetinkaya S. Üniversite öğrencilerinin şiddet eğilimlerinin ve toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumlarının incelenmesi. *Nesne* 2013; 1(2): 21-43.
14. Kodan S. Evli bireylerin evlilik kalitesi toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin tutumları ve yaşam doyumları arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Yüksek lisans tezi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Atatürk Üniversitesi, Erzurum 2013.
15. Grossman SC, Aliga TM. The new leadership and management challenge creating the future of nursing. USA: Davis Company 2005.
16. Terzioğlu F, Taşkın L. Kadının toplumsal cinsiyet rolünün liderlik davranışlarına ve hemşirelik mesleğine yansımaları. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2008; 12(2): 62-67.
17. Adana F, Arslantaş H, Ergin F, Biçer N, Kıranşal N, Şahin S. Views of Male University Students About Social Gender Roles; An Example From East of Turkey. *J Fam Viol* 2011; 26:519-526.
18. Çarkoğlu A, Kalaycıoğlu E. Türkiye'de aile, iş ve toplumsal cinsiyet araştırması. Ulaşım tarihi Eylül 7, 2014 <http://ipc.sabanciuniv.edu>.
19. Koksal SE. Uluslararası göç sürecinde kadının gündeme gelişi ve "getto'daki kadın. *Kadın Araştırmaları Dergisi* 1993;1(1):121-126.
20. Demirel S, Kısa S, Kocaöz S, Vefikuluçay D, Eroğlu K, Taşkın L. Üniversite son öğrencilerinin toplumsal cinsiyet rollerine ilişkin görüşlerini etkileyen etmenler. 4. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Ankara:20-23 Nisan 2005.



Çocuklar ve Ergenler Aydınlatılmış Onam Sürecinin Neresinde?

Where do Children and Adolescents Stand in the Process of Informed Consent?

Dr. Hatice Demir Küreci, Dr. Nüket Örnek Büken***

Geliş tarihi : 15.09.2014

Kabul tarihi: 09.10.2014

Öz

Aydınlatılmış onam sürecinde yetişkinler kendilerini ilgilendiren tıbbi kararları verme konusunda oldukça fazla destek görmelerine karşın, çocuklar ve ergenler söz konusu olduğunda durum daha karmaşık bir hal almaktadır. Bu süreçte özellikle ergenler, ebeveynleri ya da yasal olarak sorumlulukları altında oldukları insanların değerlendirdiği yarar algısına göre muamele gören bağımlı çocuklarla, kendi isteklerine göre tedavi edilmesi gereken bağımsız yetişkinler arasında bir yerdedir. Bu bağımlılık ve bağımsızlık arasında olma durumu, özellikle ergenler ile çalışan sağlık personelinin tıbbi karar verme aşamasında birçok etik ikileme karşılaşmalarına neden olmaktadır. Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizdeki yasal düzenlemelere göre bireyler 18 yaşından itibaren yetişkin kabul edilmekte ve kendi tıbbi kararlarını vermeye hak kazanmaktadır. Ancak ne hastanın kendi kararını verme hakkı ne de karar verme yetkisinin 18. yaş gününde ortaya çıkmadığı açıktır. Aydınlatılmış onam uygulaması kanuna uymaktan daha ötedir; sağlık personeli için, bireyin özerkliğini, haysiyetini ve kendi kararını verme kapasitesini tanımaya dayanan ahlaki bir sorumluluktur. Sağlık personelinin, ergenlerin ve çocukların aydınlatılmış onam sürecinde yer almaları konusunda etik yükümlülüğü ile ebeveyn hakları konusunda yasalara uyma yükümlülüğü arasındaki dengeyi korumaları gerekmektedir.

Anahtar sözcükler: Aydınlatılmış onam; Çocuk; Ergen

Abstract

As far as informed consent is concerned, while adults enjoy support in taking medical decisions concerning their health status, the case is more complex when it comes to children and adolescents. In this process, adolescents in particular stand somewhere between the status of dependent children treated according to "best interest" as assessed by their parents or legal guardians and adults who have to be given treatment in line with their own choices. This position between dependence and independence cause health professionals, especially those working with adolescent patients, to face some ethical dilemmas at the stage of taking medical decisions. As in many other countries, the legislation in Turkey considers citizens as adults after age 18 that are entitled to decide about their health affairs. However, it is clear that neither the right nor the power to decide about such matters suddenly come to being on the 18th birthday of people. The practice of informed consent goes beyond doing as the law says; it is also an ethic responsibility for health professionals to recognize an individual's autonomy, dignity and capacity to take decisions. Hence, there is need for health professionals to strike a balance between their ethical responsibility to ensure the participation of children and adolescents to the process of informed consent on the one hand and their obligation to abide by legislation on the rights of parents on the other.

Key words: Informed consent; Child; Adolescent

* Hacettepe Ü. İhsan Doğramacı Çocuk Hastanesi Hemşire Müdürlüğü, Ankara

** Prof.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Tarihi ve Etik AD, Ankara

Giriş

Aydınlatılmış onam; karar verme yeterliğine sahip olan hastanın ya da yasal temsilcisinin; hastalık ve uygulanacak tanı ve tedavi yöntemleri ve bunlara seçenek oluşturabilecek diğer uygulamaların yararları ve riskleri konusunda bilgilendirildikten sonra, bu bilgileri kavrayarak herhangi bir baskı altında kalmadan aydınlatılmış kararını bildirmesi sürecidir (1,2). Geçerli aydınlatılmış onam beş temel öğeden oluşmaktadır. Bunlar; bilginin açıklanması, kavranması, gönüllülük, yeterlik ve onamdır (1). Aydınlatılmış onam yasal yaş sınırı ile yetişkin kabul edilen ve karar verme yeterliğine sahip olan kişiler tarafından verilebilir. Özellikle Batı kültüründe 20.yy'ın ikinci yarısından bu yana aydınlatılmış onam olgusunun gelişmesiyle birlikte tıbbi karar verme sürecinde çocuğun, özellikle de ergenlerin rolüyle ilgili yeni düşünceler ortaya çıktı. Bazen ergenlerin tıbbi kararları vermek için yeterli bilişsel kapasite ve olgunluğa sahip olmadığı ele alınırken, bazen de yetişkinlere benzer karar verme kapasitelerinin ve haklarının olduğu, tedavi kararlarının dışında bırakılarak temel haklarının ihlal edildiği düşüncesi tartışılmaya başlandı (3,4).

1980'li yıllarda yapılan varsayımsal araştırmalar ile ergenlerin yetişkinlere benzer tedavi kararı verme yeterlikleri olduğu sonucu elde edilse de, bu tür araştırmalar yetişkin olmayanlara varsayımsal kararlar vermeleri için tüm bilgilerin sağlandığı, ancak gerçek dünyada bu bilgilerin çoğu zaman verilmediği, diğer yandan tedavi kararı verme yeterliğinin bireysel ve çevresel faktörlerden etkilenebileceği yönünde eleştirildi (5). Daha sonrasında dünyanın önde gelen kuruluşlarından Amerikan Pediatri Akademisi, Pediatrik Onkoloji Uluslararası Topluluğu ve Kanada Pediatri Topluluğu Biyoetik Komitesi çocuk ve ergenlerden onay alınmasının önemini vurgulamasına karşın, yayımlanan bazı araştırmalarda ergenlerin karar verme sürecinin dışında bırakıldıkları belirlendi (6-10). Çocukların ve ergenlerin kendi tedavi ve bakımlarını ilgilendiren kararlara katılım durumları; çocuğun gelişimsel düzeyine, hastalığın doğasına, çocuk hakları kültürünün toplumsal görünümüne ve yasal mevzuata bağlı olarak değişiklik göstermektedir (7). Genel olarak, ebeveyn haklarının çocuğun üstün yararı ile temellendiği ve tarihsel, kültürel ve inançsal nedenlerle ebeveynin çocuk için en iyi olanı değerlendirmede yasal ve ahlaki yetkiye sahip olduğu ve bu duruma

saygı gösterilmesi gerektiği iddia edilir. Ayrıca, ebeveynler tıbbi kararları verme konusunda çocuklarından daha yetkin olarak değerlendirilerek çocukları için tedavi kararlarını vermede yetkilendirilmektedirler (5,11,12). Çocuklar söz konusu olduğunda genellikle yararlılık ve zarar vermeme ilkelerine ağırlık verilerek değerlendirme yapılmakta, çocuklar özerkliğe saygı ilkesi bağlamında muamele görmekten mahrum edilebilmektedirler. Bu tarz korumacı yaklaşım, çocuğun kendisi ile ilgili karar verecek kadar yetkin olmadığı düşüncesiyle çocuğun üstün yararına odaklanmaktadır (13). Hızlı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlerin olduğu ergenlik dönemindeki bireyler çocuk kavramının geniş yelpazesi içinde ele alınmakta, bu tarz korumacı yaklaşımla muamele görmektedirler. Oysaki ergenler, ebeveynleri ya da yasal olarak sorumlulukları altında oldukları insanların değerlendirdiği yarar algısına göre muamele gören bağımlı çocuklarla, kendi isteklerine göre tedavi edilen bağımsız yetişkinler arasında bir yerdedir (14).

Aydınlatılmış onam ve ilgili kavramların pratik değerlendirmeleri ve uygulamaları ülkeden ülkeye değişiklik gösterir, çünkü bu kavramlar büyük ölçüde yerel yasal sisteme bağlıdır. Birçok ülkenin yasalarına göre erişkinliğe ulaşmış genç insanlar kanunen yetkin olarak kabul edilirken; İngiltere, Hindistan, Finlandiya, Hollanda, Amerika Birleşik Devletleri gibi bazı ülkelerde de belirli yaşlardaki ergenlere, bazı durumlarda onam yetkisi tanınmaktadır (2,15-18). Ülkemizdeki yasal ve etik düzenlemeler açısından durum değerlendirildiğinde; Çocuk Hakları Sözleşmesinde, Hasta Hakları Yönetmeliğinde, Türk Tabipler Birliği Aydınlatılmış Onam Bildirgesinde, Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinde onam verme yetkisi ebeveynlere verilmekte, çocukların yaşı ve olgunluk derecesine uygun olarak tıbbi kararlara katılımının sağlanması tavsiye edilmektedir (19-22). Yasal ve etik düzenlemelerin tavsiyesine karşın ülkemiz literatürü açısından tıbbi karar verme sürecinde çocukların ve ergenlerin bu sürece dahil edilip edilmediği, bu süreci etkileyen etmenlerin neler olduğu konusunda veri yetersizliği bulunduğu, yazarların kişisel görüşü ergenlerin aydınlatılmış onam ve onay sürecinde yer almadıkları yönündedir.

Çocukların ve ergenlerin tıbbi karar verme sürecine katılmaları sağlık personeli-ebeveyn-çocuk arasındaki açık iletişimi geliştirerek hem çocukların hem de ebeveynlerin tıbbi bakımdan memnun olmalarını sağlar ve tıbbi bakımdan duyulan memnuniyet hasta işbirliği için önemli bir etmendir. Tedavi planına çocukların katılması direkt olarak tedavi sürecinde işbirliği yapmalarını sağlar. Çocukların katılımı onlarda kontrol duygusu da geliştirerek tedaviye uyum sürecini kolaylaştırır. Ayrıca, çocukları tıbbi karar vermeye dâhil etmek çocukların kapasitelerine saygı duyulduğunu gösterir ve onlara gelişimleri açısından daha fazla fırsatlar sağlayabilir (12). Sağlık personelinin, ergenleri kendilerine yapılacak uygulamalar ve tedaviler konusunda bilgilendirme ve kendisiyle ilgili kararlara katılma hakkını destekleme konusundaki yükümlülüğü ile ebeveyn hakları konusunda yasalara uyma yükümlülüğü arasındaki dengeyi korumaları gerekmektedir (5,23). Tıp etiği açısından ergenin, yaşamını tehdit etmeyecek ve geleceğini önemli ölçüde etkilemeyecek olan uygulamalarda gelişimsel özelliği göz önünde bulundurularak aydınlatılmış onam sürecinde yer alması, ergenin yaşamını ve geleceği tehdit eden durumlarda da ebeveyn onamının alınmasının yanı sıra ergenin onayının alınması gerekmektedir. Onay sürecinde de aydınlatılmış onam sürecinde olduğu gibi ergenin karar verme yeterliliğinin değerlendirilmesi, hastalık ve uygulanacak tedaviler konusunda bilgilendirilmesi ve yapılacak uygulamalar konusunda gönüllülüğünün sağlanması gerekmektedir.

Çocuklarda ve Ergenlerde Karar Verme Yeterliği Durumu

Aydınlatılmış onam ve onay sürecinin ortak öğelerinden biri olarak yeterlik hukuksal bir kavramdır. Hukuk açısından yeterlik kişinin eyleminin anlamını ve sonuçlarını kavrayabilecek yeteneğe sahip olmasıdır (1). Beauchamp ve Childress (2001)'a göre hukuk bağlamında yeterlik konusu bireyin kendi mülkü ile ilgili karar verip veremeyeceği ile ilgilidir ve bireylerden ziyade mülkleri korumaya yönelik tasarlandığı için tıbbi kararlar verme konusunda uygun değildir (24). Tıp etiği bağlamında ise yeterlik, bireyin kendi sağlığı ile ilgili konularda özerk karar verme yeteneğine sahip olmasıdır (1). Hasta kendisine önerilen işlemleri anlayabiliyorsa,

riskleri ve faydaları değerlendirerek bir karar verebiliyorsa, isteklerini serbestçe dile getirebiliyorsa karar verme yeterliğine sahip olduğu kabul edilir (24,25). Aydınlatılmış onam sürecinde yaş gibi bazı ölçütler kullanılarak bireyin yeterli olup olmadığına karar verilir. Bu tür ölçütler olgunlaşmamış ya da hataya meyilli bireyleri zarardan korumak için oluşturulmuştur (24). Bu bağlamda çocukların karar verme yeterliğini değerlendirmede tek ve kesin bir ölçüt olmadığı için, çocuğun karar verme yeterliğinin olup olmadığı ya hekimin görüşüne dayanarak ya da yasalar tarafından belirlenen yaş esas alınarak verilmektedir (5,11). Ancak yaş, yeterliği değerlendirmek için ele alınacak tek değişken midir? Ya da yasal olarak yetişkinliğe ulaşmayan bireylerin yeterli olmadıkları yönünde genel bir değerlendirme yapılabilir mi? Kuther (2003)'e göre; "yetişkin olmayanlar için bu yasal düzenlemelere karşı aydınlatılmış onam kanuna uymaktan daha ötedir; sağlık çalışanları için, bireyin özerkliğini, haysiyetini ve kendi kararını kendi verme kapasitesini tanımaya dayanan ahlaki bir sorumluluktur. Çünkü hastanın kendi kararını kendi vermesi hakkı ve karar verme yetkisinin 18. yaş gününde ortaya çıkmadığı açıktır" (5).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından insanın 10-19 yaşları arasındaki dönemi olarak tanımlanan ergenlikte bireylerin cinsel ve psikososyal açıdan olgunlaşmaya başladığı; bağımsızlık ve sosyal üretkenliğini kazandığı; hızlı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimler gösterdiği kabul edilmektedir (26). Jean Piaget'e göre de 11 yaşından sonra bireyler, kişisel deneyimin ötesinde genelleme, soyut fikir ve hipotezler ile ilgilenme ya da eylemlerin olası sonuçlarını öngörmede entelektüel muhakeme kapasitesi gösterir (11,27). Çocukların soyut düşünme kapasitesi; tıbbi tedavinin riskleri ve yararları hakkındaki bilgiyi anlamaları açısından önemlidir. Çünkü tıbbi karar verme süreci; yeni bir bilgiyi anlama kabiliyetini, olasılıklar üzerine akıl yürütmeyi, birden fazla etmeni değerlendirmeyi, soyut değişkenleri öncelik sırasına koymayı ve gelecek açısından durum değerlendirmesi yapmayı gerektirir (12). Bibace ve Walsh (1980) Piaget'in teorileri ışığında 4, 7, 11 yaşlarındaki çocuklarda hastalık kavramının gelişimini incelediklerinde; 11 yaşındaki çocukların hastalık sürecini anlamaya başladıklarını ve yüzde 34'nün hastalığın bir fizyolojik temeli olduğunu anladıklarını belirttiler (28). Yine bu yıllarda

Amerika Birleşik Devletlerinde yapılan Weithorn ve Campbell (1982)'in çalışmasında 9, 14, 18 ve 21 yaşlarında olan sağlıklı bireylerin varsayımsal vakalarda tedavi kararları vermesini isteyerek karar verme kapasiteleri değerlendirildi. Araştırmacılar tedavi nedenlerini ya da tedavi seçeneklerini incelemeye, olayları anlamada 14 yaşında olanların 18 ve 21 yaşında olanlardan önemli bir farkı olmadığını buldu (29). Weithorn ve Campbell'in çalışması ergenlerin tedavi kararı verme sürecinde yeterli olabilecekleri konusunda literatürde oldukça ilgi gördü. Ancak 2000'li yıllarda yayımlanan bazı makalelerde; ergenlerde kararın sonuçlarını değerlendirmek için tecrübe eksikliği olabileceği, bu dönemde yaşanan duygusal çalkantılar ve dürtülerine hâkim olamama sorunundan dolayı seçimlerin sonuçlarını öngörmede yeterli olmayabilecekleri, bu nedenle de ergenlerin özerk seçim yapmasının muğlâk bir konu olduğunu belirtildi (30,31). Ergenlerin yeterliği konusunda her iki yönde yayımlanan görüşlerdeki temel sorun yeterliğin evrensel bir özellik olarak ele alınmasıdır. Oysaki yeterlik her birey için duruma özgü ele alınması gereken spesifik bir özelliktir. Ergenlerde yeterliğin yaşla birlikte artacağı tahmin edilse de; destekleyici ve sevgi dolu ebeveyn-çocuk ilişkisi, hekim-hasta ilişkisinde güven ve gizliliğin sağlanması, doğru yolla yeterli bilgi verilmesi, baskı-panik-ağrının olmaması gibi birçok faktörden etkileneneği göz ardı edilmemelidir (32). Karar verme sürecinde ergenin yeterli olmadığı yönünde kanaat getirilirse de ergenin üstün yararını korumak adına tedavi kararı yetişkinler tarafından verilmelidir (9). Hem yetişkinler hem de ergenlerin uygun tedavi kararı vermelerinin temelinde hastalık ve tedaviler konusunda yeterli bilgilendirmenin olduğu göz ardı edilmemelidir (8).

Çocuklarda ve Ergenlerde Bilgilendirilme Durumu

Aydınlatılmış onam ve onay sürecinin ilk basamağı ve en önemli ögesi olan bilgilendirme aşamasında; hastaya ya da yasal temsilcisine hastalığın doğası, önerilen yöntemin/tedavinin beklenen riskleri ve yararları, olası alternatifler ve önerilen tedaviyi kabul etmeme durumunda olacaklar anlatılmalıdır (25,33). Bu süreçte her bireye özgü bilgi gereksinimi değerlendirilmeli ve bilgi organize bir şekilde sunulmalıdır (8).

Çocuk ve ergenler söz konusu olduğunda hastalık ve tedavileri ile ilgili bilgi genellikle ebeveynlere verilmekte, çocuk ve ergenin neyi ne kadar bilmesi gerektiği ebeveynler tarafından şekillenmektedir. Bazen ebeveynler çocuklarının korku ve endişelerinin artabileceği kaygısıyla bilgilendirilmesine ve çocuğun isteklerinin ele alınmasına izin vermeyebilirler. Dolayısıyla da yetişkinlerin çocuklar için yararlı olanı belirlemede en iyisini bildikleri inancıyla çocuklar ve ergenler aydınlatılmış onam/onay sürecinin dışında bırakılabilmektedirler (13). Çocuklarının bilgilendirilmesini istemeyen ebeveynlere; kendilerini çocuğun yerine koymaları, belirsizliğin daha fazla stres yaratacağı, ebeveynlere ve hekimlere güvenmesi için gerçeğin söylenmesi gerektiği belirtilerek, ebeveynleri ikna etme girişiminde bulunulmalıdır. Sonrasında çocuğa ve ergene ebeveynlerin eşliğinde bilgilendirme yapılmalıdır. Ebeveyn eşliğinde bilgilendirme yapmanın amacı; çocuğunu nasıl bilgilendireceğini bilmeyen ebeveynlere destek olmak, aynı zamanda da çocuğa söylenenler konusunda hekim ve ebeveynlerin eş zamanlı haberdar olmasını sağlamaktır (34). Tedaviyi üstlenen hekim tarafından çocuk ve ergenin gelişimsel özelliğine uygun olarak anlayabileceği bir dille; hastalık ve tedavileri hakkında bilgi verilmeli ve onlardan gelen sorular yanıtlanmalıdır. Bilgi verildikten sonra karar vermeden önce, ebeveynlere ve çocuklara üzerinde düşünecek kadar yeterli zaman tanınmalıdır. Yeterli bilgi verilmediğinde ve yeterli karar verme süresi tanınmadığında ne çocukların ne de ebeveynlerin karar vermek için yeterli olamayacakları göz ardı edilmemelidir (35).

Çocuğun bilgilendirilme hakkı ve hekimin etik yükümlülüğü kapsamında sorumlulukların yerine getirilmesi ile çocuğun sağlığı açısından fayda sağlanması hedeflenmektedir. Çocuktan bilginin saklanması, iletişim sürecinin dışında bırakılmasına neden olmakta, teşhis ve tedavi hakkında yeterli düzeyde bilgilendirilmeyen çocukta psikolojik sıkıntılar artabilmekte ve çocuğun tedavisi sırasında işbirlikçi tutum sergilememesine neden olabilmektedir (36).

Ebeveyn Rolü ve Gönüllülük Durumu

Aydınlatılmış onam ve onayın diğer bir ögesi olan gönüllülük; bireyin başkasının etkisi altında kalmadan, kendi isteği doğrultusunda hareket etmesidir (24). Fiziksel, duyuşsal ve finansal bağımlılıkları ile birlikte hastalık ve

tedavileri ile ilgili karar verme konusunda görece tecrübesizlikleri düşünülürken çocukların tıbbi tedaviye gönüllü olarak gerçek onam verip veremeyecekleri belli değildir (5). Yayınlanan sınırlı sayıda araştırma; kararın sonuçlarının ergen sağlığı için ciddi etkileri olduğunda ergenlerin ebeveyn etkisine direnme olasılıklarına karşın, genellikle tedavi kararı vermede ebeveyn etkisine saygılı oldukları, kendine güvenin yaşla arttığını, ancak ergenliğin ilk dönemlerinde ebeveynlerin etkilerini sürdürdüklerini göstermektedir (37,38).

Tıbbi karar verme sürecinde küçük çocuklar hekimleri ve ebeveynlerini otorite figürü olarak görme ve algılanan sosyal güçteki farklılıklar nedeniyle genellikle onların isteklerine uyma eğilimindedirler. Yaşları büyüdükçe uygun görmedikleri talepleri sorgulamaya başlarken, dışarıdan gelen baskılara karşı daha az hassas olurlar (5). Ancak ebeveynler özellikle yaşamı ciddi bir biçimde tehdit eden hastalık durumunda, hastalıkla ilgili algıları nedeniyle aşırı korumacı tutum sergileyebilmektedirler. Aşırı korumacı ebeveyn tutumu, ergenlerde hastalığın gidişatı ile ilgili kontrol hissine müdahale ederek kişisel sorumluluk duygusunu engelleyebilmektedir. Ayrıca kültürel olarak belirlenmiş olan çocuk yetiştirme uygulamalarındaki farklılıklar, çocuğun ya da ergenin kendi hastalıkları ve tedavileri ile ilgili kararlara aktif olarak katılımlarını etkileyebilmektedir (39). Örneğin Çin'de yapılan Hui (2010)'nin çalışmasında 14-16 yaşındaki Çinli ergenlerin Batıdaki emsallerine benzer şekilde özerk karar verme yeterliğe sahip olduklarını, ancak ebeveyn güçlü bir biçimde baskı uygularsa daha küçük olan ergenlerin ebeveynlerinin isteklerine boyun eğme eğiliminde oldukları belirlendi. Yazar, ergenlerin özerk karar vermede tereddüt etmelerinin nedeni olarak da, yerel kültüre işlenmiş olan anne babaya saygı ve ebeveyn otoritesindeki Konfüçyüs'e ait değerlerin olabileceğini belirtmektedir (4).

Aydınlatılmış onam ve onay sürecinde ebeveynlerin önemli bir rolü, çocuklarının özerk karar vermelerine destek olmaktır. Çocuklar ve ergenler baskıyı güçlü bir biçimde hissettiklerinde ebeveynleri ile çatışma yaşamamak ya da gerilimden kaçınmak için tedavi kararını ebeveynlerine bırakmak isteyebilirler. Bu süreçte sağlık personelinin hem çocukların kendi kararlarını verme haklarına hem de aile bütünlüğüne saygı

göstermesi gerekir, aksi durumda aile içi çatışmalar çocuğu tedavi kararına dahil etmemekten daha zararlı olabilir (12). Aile içi çatışmaların yaşanmaması için de ebeveynlerin çocuklarının katılımı konusundaki endişeleri giderilmeli, tedavi kararı verme sürecinde ergenlerin yer alması konusunda öncelikle ebeveynlerin gönüllüğü sağlanmalıdır.

Onam (Consent) ve Onay (Assent) sürecindeki farklılıklar

Tıbbi karar verme sürecinde ergenin olgunluk ölçütü, verilecek tedavi kararının niteliğine göre farklılık göstermektedir. Örneğin; spor kazasında yaralanan ya da diş tedavisi için gelen ergenle, gelecekteki yaşamını ciddi şekilde etkileyecek olan bir tedaviye onam verecek ergenin onam verme kapasitesi aynı olmayabilir (14). Çocuklar prosedürlerin doğasını, risklerini ve faydalarını anlayabilecek kadar yeterli olduğunda, ancak tam bir aydınlatılmış onam verecek kadar yeterliğe sahip olmadıklarından "onayları" alınır (2). Yetişkin olmayanları tedavi kararlarına dahil etmenin bir yolu olan onay; çocuk ve hekim arasında gelişimsel özelliğine paralel olarak hastalığı ile ilgili uygun açıklamanın yapıldığı ve tedavi konusunda çocuğun istek ve taleplerinin yer aldığı etkileşimli bir süreçtir. Onay aydınlatılmış onamdan daha düşük bir yetkinlik standardı içerir. Çünkü aydınlatılmış onamın temel öğelerinden biri olan kavrama kabiliyetinin gösterilmesi onay alma sürecinde beklenmemektedir (5).

Onay için gerekli iletişimin kurulması; çocukların gereksinim duydukları bilgiyi karşılamasına, kendi yararlarına olacak kararların bir parçası olduklarını hissetmesine, kademeli olarak özgürlük sağlayarak karar verme için bir "ön ehliyet" görevi görmesine ve onların güvenli ortamlarda karar verme tecrübesi kazanmalarını sağlar (5). Çocuktan onay alınma sürecinde; çocuğa ya da ergene hastalığın doğası ile ilgili farkındalık kazanmasına yardımcı olunmalı, çocuğun ya da ergenin önerilen tedavinin doğası ve tedavi sürecinde neler yaşayacağı ile ilgili bilgilendirilmeli ve önerilen müdahalenin uygulanması için çocuğun ya da ergenin gönüllülüğü sağlanmalıdır (26).

Onay alınma sürecinde çocuk ya da ergen sağlık personeli ve ebeveynleri ile aynı fikirde olmadığında nasıl bir yol izlenmelidir? Bu gibi durumlarda meydana gelen ikilemi çözmek için kolay bir yol bulunmamaktadır. Çocuk ve

ergen tarafından önerilen tedavinin reddedilmesi durumunda sağlık personeli; ergenin karar verme kapasitesinin, tedaviyi reddetmesinin altında yatan sebebin, bunun dini görüşler gibi derinden bağlı olunan değerlerle nasıl örtüştüğünün, reddetmesi için mantıklı sebepleri olup olmasının ve ebeveynlerin görüşlerinin değerlendirilmesinin öneminin farkında olmalıdır. Yaşının büyük, ebeveynin konu ile ilgili fikir birliğinin ve belirsiz bir fayda-risk oranının olması, tedavinin reddedilme durumunda ergenin lehine olan etkenlerdir (40). Önerilen tedavinin isteğe bağlı olması ya da tedavi uygulanmadığında çocuğun yaşamının ciddi bir biçimde tehlikeye girip girmeyecek olması konu ile ilgili kararı etkileyen diğer etmenddir. Tedavinin reddedilmesi durumunda; eğer tedavi isteğe bağlı ise etik açıdan herhangi bir zorluk olmazken, yaşamı ciddi şekilde tehdit eden tedavinin reddedilmesi durumunda hekimlerin durumun ciddiyetini, tedavinin risk-fayda oranını değerlendirmeleri gerekir (5). Mümkün olduğunca çocuklara ve ergenlere baskı ve güç uygulamaktan kaçınılmalıdır (41). İtirazına karşın tedavi ve bakımın uygulanacağı durumlarda bu gerçek hastaya söylenmelidir (6). Tüm çocukların ve ergenlerin anlayacakları bir şekilde bilgilendirilme sonrasında kendilerine uygulanacak girişimi kabul etme ya da etmeme hakkı vardır. Çocuklar ve ergenler hayatlarını kurtaracak ya da ciddi bir zarar meydana gelme olasılığını ortadan kaldıracak olan durumlar haricinde, kendilerine önerilen uygulamaları ve tedavileri reddedebilirler. Önerilen uygulama ve tedavi çocuğun hayatını kurtaracaksa ya da uygulanmadığında ciddi bir zarar meydana gelecekse, hekimin bu durumda çocuğun üstün yararına/en üstün çıkarına uygun hareket etme yükümlülüğü vardır (35).

Sonuç ve Öneriler

Sonuç olarak ergenlerin aydınlatılmış onam ve onay sürecinde yer almaları konusunun karmaşıklığına ilişkin tartışmalar günümüzde devam etmektedir. Ergenin yaşamını tehdit etmeyecek ve geleceğini önemli ölçüde etkilemeyecek olan uygulamalarda gelişimsel özelliği göz önüne alınarak aydınlatılmış onamının alınması, ergenin yaşamını ve geleceği tehdit eden durumlarda da ebeveyn onamının yanı sıra ergenin onayının alınması gerekmektedir. Onay sürecinde de aydınlatılmış onam sürecinde olduğu gibi ergenin karar verme yeterliliği

değerlendirilmeli, hastalık ve uygulanacak tedaviler konusunda bilgilendirilmeli ve yapılacak uygulamalar konusunda gönüllülüğü sağlanmalıdır. Onam/onay sürecinde çocuklarının yer alması konusunda ebeveynler teşvik edilmeli, hem çocukların kendi kararlarını verme haklarına hem de aile bütünlüğüne saygı gösterilmelidir.

Mevcut yasal düzenlemelerde onam verme yetkisi yasal yaş sınırı ile yetişkin kabul edilen bireylere tanınmaktadır. Bu nedenle çocuk kavramı içinde ele alınan ergenlere tıbbi kararlarda onam yetkisi verilmemektedir. Hızlı fiziksel, psikolojik ve sosyal değişimlerin görüldüğü ergenlik döneminde yeterliğin zaman içinde değişebilecek bir kavram olduğu, yaşın yeterliliği değerlendirmede tek değişken olamayacağı göz ardı edilmemelidir. Eğer karar verme sürecinde ergenin yeterli olmadığı yönünde kanaat getirilirse de, ergenin üstün yararını korumak adına kararlar ebeveynleri ya da yasal temsilcileri tarafından verilmelidir. Çocuklar ve ergenlerin aydınlatılmış onam sürecinde yer almalarına ilişkin sorularının cevaplanması elbette kolay değildir ve bir çok etik ikileme gebedir, ancak bu ikilemler sağlık personelinin bilinçli yaklaşımı ile çözümlenebilir. Sağlık personeli bir yandan ergenlere hastalıkları ve yapılacak uygulamalar/ tedaviler konusunda bilgilendirip ve kendisiyle ilgili kararlara katılımını desteklerken diğer yandan ebeveynlerin hakları kapsamındaki yasalara uymakla yükümlüdür. Bu nedenle de sağlık personelinin lisans ve sağlıkta sürekli eğitimlerinde aydınlatılmış onam süreci ile ilgili temel yaklaşımlar kazandırılmalı, klinik etik eğitimi ile de hastadan onam alma sürecine ilişkin temel bilgileri pekiştirilmelidir.

Son olarakta ergenlerin aydınlatılmış onam ve onay sürecinde yer almaları konusunda literatürde sınırlı sayıda araştırma vardır. Bu bağlamda gerçek dünyadan farklı örneklerde tıbbi karar verme sürecinde ergenin yeri ile ilgili yayımlanacak yeni araştırmalar konu ile ilgili tartışmaları ve farkındalığı artıracaktır. Ergenin tıbbi karar verme sürecindeki rolü konusunda farkındalığın artırılması, yeni yasal ve etik düzenlemelerin temelini atma açısından önem arz etmektedir.

İletişim: Dr. Hatice Demir Küreci

E-posta: hdkureci@gmail.com

Kaynaklar

1. Oğuz YN, Tepe H, Büken NÖ, Kucur DK. Biyoetik Terimleri Sözlüğü. 1.Baskı.Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu; 2005.p.1-322.
2. Kaushik JS, Narang M, Agarwal N. Informed consent in pediatric practice. *Indian Pediatrics* 2010;47(17):1039-46.
3. Canadian Paediatric Society Bioethics Committee. Treatment decisions regarding infants, children and adolescents. *Paediatr Child Health* 2004;9(2):99-103.
4. Hui E. Adolescent and parental perceptions of medical decision making in Hong Kong. *Bioethics* 2010;25(9):516-26.
5. Kuther TL. Medical decision-making and minors: Issues of consent and assent. *Adolescence* 2003;38(150):343-58.
6. Committee on Bioethics. Informed consent, parental permission and assent in pediatric practice. *Pediatrics* 1995;95(2):314-7.
7. Spinetta JJ, Masera G, Jankovic M, Oppenheim D, Martins AG, Ben Arush, et al. Valid informed consent and participative decision-making in children with cancer and their parents: A report of the SIOP Working Committee on psychosocial issues in pediatric oncology. *Medical and Pediatric Oncology* 2003;40(4):244-6.
8. Canadian Paediatric Society. Treatment decisions regarding infants, children and adolescents. *Paediatrics and Child Health* 2004;9(2):99-103.
9. Kelsey J, Abelson-Mitchell N, Skirton H. Perceptions of young people about decision making in the acute healthcare environment. *Paediatric Nursing* 2007;19(6):14-8.
10. Runeson I, Hallström I, Elander G, Hermerén G. Children's participation in the decision-making process during hospitalization: An observational study. *Nursing Ethics* 2002;9(6):583-98.
11. Doig C, Burgess E. Withholding life-sustaining treatment: Are adolescents competent to make the decisions?. *Canadian Medical Association Journal* 2000;162(11):1585-88.
12. McCabe MA. Involving children and adolescents in medical decision making: Developmental and clinical considerations. *Journal of Pediatric Psychology* 1996;21(4):505-16.
13. Spencer GE. Children's competency to consent: An ethical dilemma. *Journal of Child Health Care* 2000;4(3):117-22.
14. Dickens BM, Cook RJ. Adolescents and consent to treatment. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2005;89:179-84.
15. Michaud PA, Berg-Kelly K, Macfarlane A, Benaroyo L. Ethics and adolescent care: An international perspective. *Current Opinion in Pediatrics* 2010;22(4):418-22.
16. Hokkanen H, Eriksson E, Ahonen O, Salanterä S. Adolescents with cancer experience of life and how it could be made easier. *Cancer Nursing* 2004;27(4):325-35.
17. Zwaanswijk M, Tates K, van Dulmen S, Hoogerbrugge, PM, Kamps WA, Beishuizen A, et al. Communicating with child patients in pediatric oncology consultations: A vignette study on child patients', parents', and survivors' communication preferences. *Psychooncology* 2011;20(3):269-77.
18. Coleman DL, Rosoff P M. The Legal authority of mature minors to consent to general medical treatment. *Pediatrics* 2013;131:786-93.
19. Çocuk Hakları Sözleşmesi (Resmi Gazete 09/12/1994, 4058).
20. Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliği (Resmi Gazete 01/08/1998, 23420).
21. Türk Tabipler Birliği. Türk Tabipler Birliği Etik Bildirgeleri. Ankara: 2010.
22. Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (Resmi Gazete 03/12/2003, 5013).
23. Aydın E. Aydınlatılmış onam. *Tıp Etiği*.1.Baskı.Ankara: Güneş Kitapevi;2006.p.19-31.
24. Beauchamp TL, Childress JF. *Respect for autonomy. Principles of Biomedical Ethics*. 5th ed. New York: Oxford University Press; 2001. p.57-112.
25. Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *The New England Journal of Medicine* 2007;357:1834-40.
26. Çuhadaroğlu F. Ergenlik döneminde psikolojik gelişim özellikleri. *Katkı Pediatri Dergisi* 2000;21(6):863-68.
27. Piaget J. Çocukta zihinsel Gelişim. Portakal H. (çeviren).2. Baskı.Istanbul: Cem Yayınevi; 2004.
28. Bibace R, Walsh M.E. Development of children's concepts of illness. *Pediatrics* 1980;66(6):912-7.
29. Weithorn LA, Campbell S B. The competency of children and adolescents to make informed treatment decisions. *Child Development* 1982;53(6):1589-98.
30. Hickey K. Minors' rights in medical decision making. *JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation* 2007;9(3):100-04.
31. Partridge BC. Adolescent psychological development, parenting styles, and pediatric decision making. *Journal of Medicine and Philosophy* 2010;35:518-25.
32. Shaw M. Competence and consent to treatment in children and adolescents. *Advances in Psychiatric Treatment* 2001;7:150-59.
33. Roberts LW. Informed consent and the capacity for voluntarism. *The American Journal of Psychiatry* 2002;159:705-12.
34. Mack JW, Grier H E. The day one talk. *Journal of Clinical Oncology* 2004;22(3):563-66.
35. De Lourdes Levy M, Larcher V, Kurz R. Informed consent/assent in children. Statement of the Ethics Working Group of the Confederation of European Specialists in Paediatrics (CESP). *European Journal of Pediatrics* 2003;162:629-33.
36. Piersol LW, Johnson A, Wetsel A, Holtzer K, Walker C. Decreasing psychological distress during the diagnosis and treatment of pediatric leukemia. *Journal of Pediatric Oncology Nursing* 2008;25:323-30.
37. Scherer DG, Repucci ND. Adolescents' capacities to provide voluntary informed consent. *Law and Human Behavior* 1988;12(2):123-41.
38. Scherer DG. The capacities of minors to exercise voluntariness in medical treatment decisions. *Law and Human Behavior* 1991;15(4):431-49.
39. De Trill M, Kovalcik R. The child with cancer influence of culture on truth-telling and patient care. *Annals of the New York Academy of Sciences*1997;20(809):197-210.
40. Joffe S, Truog RD, Shurin SB, Emanuel EJ. Ethical Consideration in Pediatric Oncology. In:Pizzo PA, Poplack DG ed. *Principles and Practice of Pediatric Oncology*. 5th ed., Philadelphia:Lippincott Williams&Wilkins; 2007. p. 1467-86.
41. Bartholome WG. A new understanding of consent in pediatric practice: consent, parental permission, and child assent. *Pediatr Ann* 1989;18:262-65.

Çocuklarda Cinsel İstismara Bağlı Posttravmatik Stres Bozukluğu (Olgu Analizi)*

Sexual Abuse related Post-traumatic Stress Disorders in Children (Case Analysis)

Derleme



Review Article

*Dr. Gülçin Bozkurt**, Dr. Coşkun Yorulmaz****

Geliş tarihi : 10.07.2014

Kabul tarihi: 09.10.2014

Öz

Cinsel istismara bağlı post travmatik stres bozukluğunda, psikolojik etkileri yetişkinliğe kadar süren bir travmadır. Ülkemizdeki hastanelerde cinsel istismarı değerlendirme ve izleme ekipleri sınırlı sayıdadır. Başvurulabilecek merkez ve uzmanların yetersizliği nedeniyle, çocuğun tekrarlayan, fiziksel ve ruhsal muayene maruz kaldığı, multidisipliner ve bütüncül yaklaşımın olmadığı görülmüştür. Cinsel istismarda tanı ve tedavinin her aşamasında hemşire çocuğun yanında olmalıdır. Cinsel istismar nedeniyle postravmatik stres bozukluğu olan çocuk ve ailesine; bireysel baş etmede yetersizlik, uyku bozukluğu ve benlik saygısında bozulma tanılarını doğrultusunda hemşirelik bakımı yapılabilir. Bu olguda cinsel istismara uğrayan çocuğun; tedavi ve hak arama sürecinde yaşadığı sorunlara ve hemşirenin rolüne dikkat çekilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar sözcükler: Çocuk; cinsel istismar; stres bozuklukları; post travmatik

Abstract

Post-traumatic stress disorders deriving from sexual abuse have their psychological implications extending to adulthood. In hospitals in Turkey, the number of units evaluating and monitoring cases of sexual abuse is limited. Due to the insufficiency of centres and specialists that can be applied to, it is observed that there is absence of a multi-disciplinary and holistic approach that can address such cases in their physical and moral dimensions. In cases of sexual abuse, the nurse must accompany the child at all stages of diagnosis and treatment. Nursing care and services may be extended to the child experiencing post-traumatic stress disorders and his/her family in line with such diagnoses as inability to cope up with, bad sleep and distortions in self-respect. The case is intended to draw attention to problems faced by sexually abused children in the process of rehabilitation and remedial action and to the role of the nurse in this process.

Key words: Child, sexual abuse, stress disorders, post-traumatic

* II. Ulusal 1. Uluslararası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongresi'nde sunulmuştur, (16-19 Kasım 2009, Ankara)

**Yrd. Doç.; İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, İstanbul

***Doç.; İstanbul Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul

Giriş

Ülkemizde, aile içinde, kurumlarda, toplumda çocuğun cinsel istismarının boyutlarını tam olarak yansıtan geniş çaplı araştırmalar yoktur. Cinsel istismarın % 13–33 arasında değişen oranlarda görüldüğü ve bu çocukların ancak % 15'inin bildirildiği bilinmektedir (1,2,3)

Cinsel istismar post travmatik stres bozukluğuna yol açan en travmatik olaydır (4,5). Cinsel istismara uğrayan çocukların 1/3'ü posttravmatik stres bozukluğu tanısı almakta ve psikolojik etkileri yaşam boyu sürmektedir (6). Nevrotik bozukluklar, uyuşturucu bağımlılığı, depresyon, kişilik bozuklukları vb. psikiyatrik bozuklukların altında çoğu zaman, cinsel istismara bağlı post travmatik stres bozukluğu yer almaktadır (6,7).

Çocuklarda cinsel istismar bağlı oluşan post travmatik stres bozukluğunda; benlik saygısında değişimler, duygulanım sürecinde bozulmalar, yineleyici, rahatsız edici düşünceler, olayla ilgili kabuslar, uykuya dalma ve konsantrasyon güçlüğü ve öfke patlamaları klinik olarak görülebilir (3,8).

Sağlık çalışanları; adli tıp, psikiyatri, acil ve çocuk kliniği gibi birçok alanda cinsel istismara uğramış çocuk ve aile ile karşılaşabilir. Sağlık çalışanlarının bu çocuklara ve ailelerine doğru yaklaşımda bulunması önemlidir (3,8,9). Bu olguda cinsel istismara uğrayan çocuğun; inceleme, takip ve tedavi sürecinde yaşadığı sorunlara ve hemşirenin rolüne dikkat çekilmektedir.

Olgu Sunumu

Erişkin bir kişi tarafından rektal temasa zorlanan, çok korkan ve ağrısı olan on yaşındaki erkek çocuk, cinsel istismardan hemen sonra durumu anne ve babası ile paylaşmıştır. Aile çocuğa zarar veren kişinin cezalandırılması için karakola başvurmuştur.

Savcılık "çocuğun livata yoluyla (anal ilişki) vücuduna organ ya da sair cisim sokularak cinsel istismarın olup olmadığı, mağdura şiddet uygulanıp uygulanmadığı, olay nedeni ile çocuğun beden ya da ruh sağlığının bozulup bozulmadığının değerlendirilmesi için" devlet hastanesine sevk etmiştir.

Devlet Hastanesi; yaptığı muayene sonucunda, darp cebir izine rastlanmadığı, halen yaşamsal tehlikesi bulunmadığı, makatta saat (5-6-7) hizasında kızarıklıklar ve laserasyonlar olduğu ve kesin raporun resmi bilirkişilik tarafından verileceğini bildirilmiştir.

Çocuk tekrar değerlendirilmesi için resmi bilirkişilik kurumuna sevk edilmiştir.

Resmi bilirkişilik kurumu; "darp cebir izine rastlanmadığı, genital muayenede makatta saat (5-6-7) hizasında kızarıklıklar ve laserasyonlar bulunduğu... raporda tarif edilen bulguların ayrıntılı olmadığı, laserasyon tabirinin ne anlamda (sıyrık, fissür, yırtık gibi) kullanıldığının anlaşılamadığı; bu nedenle değerlendirilemediğini... konuyla ilgili ihtisas kurulu olan bir üst resmi bilirkişilik kurumu'na gönderilerek heyet raporu istenmesinin uygun olacağı" bildirilmiştir.

Baba çocuğun olay tarihinden beri yalnız yatmadığını, kendileri ile yattığını ve korktuğu bildirince... hastanesi çocuk psikiyatri bölümüne sevk edilmiştir.

...Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Psikiyatrisi; yapılan psikiyatrik muayenesinde, bilinç açık, koopere, oryante, konuşma açık, anlaşılır, amaca yönelik, affektü uyumlu, bilişsel yetileri normal, çağrışımları düzenli ve düşünce içeriğini yaşadığı olaylarla ilgili değerlendirmiş. Çocuğun olaydan sonra iki hafta evden dışarı çıkmaması ve rüyalarında olayı tekrar tekrar yaşadığını ifade etmesi, öyküsü, psikiyatrik muayene ve psikometrik değerlendirmeler sonucunda, travma sonrası stres bozukluğu tanısı ile imipramin 20 mg/gün tedavi başlanmış'...

... Üst resmi bilirkişilik kurumu;... babadan alınan öyküde, olaydan sonra anne ve babasıyla yatmaya başladığını, onların itirazı üzerine kendi odasında ancak kapıyı kilitleyip anahtarı cebine koyarak yattığı, psikolojik yardım ve ilaç kullandığı, okul başlayıp ve mahkemeye çıkmasından sonra korkularının yeniden alevlendiğini... Anal muayenesinde, mukozada...hizasında 0.5x0.1 cm ebadında nedbe dokuları olduğu, sfinkter tonusunun doğal bulunduğu"na dair muayene kaydı bilgilerine raporda yer vermiştir.

Üst resmi bilirkişilik kurumu Sonuç: Tıbbi belgeler ile dava dosyasında belirlenen adli psikiyatri ve adli tıbbi ilgilendiren hususların değerlendirilmesiyle... üst resmi bilirkişilik kurumunca saptanan muayene bulguları ve dava dosyasının birlikte değerlendirilmesi sonucunda; ... tarif ve tespit edilen bulguların vücuda anal yoldan, organ vs. cisim sokulması neticesinde meydana gelebilecek cinsel istismar niteliğinde olduğu, mevcut bulgularla kişide saptanan bulguların parmak, penis ya da bir başka cismin sokulması neticesinde meydana gelip gelmediğinin tıbben ayırd edilemeyeceği ve bunun yanısıra kişide ruhsal yönden travma sonrası stres bozukluğu saptandığına oybirliği ile karar vermiştir.

Tartışma

Cinsel istismar için başvurulacak, uygun merkezlerin ve uzman ekiplerin olmamasının, çocuğun farklı kurum ve merkezde fiziksel ve ruhsal muayeneye maruz kalmasının travma kadar rahatsız edici olduğu, sorunu ağırlaştırdığı bilinmektedir. Bu olguda hak arama sürecinde, bilirkişi görüşü almak için, en az altı kişi ve kurum tarafından yapılan yineyeleyen değerlendirmelere dikkat çekmektedir. Ayrıca mahkeme süreci, mahkemenin kaç oturumda sonuçlandığı yukarıdaki raporda görülmektedir. Fazla sayıda (2-7 kez arasında) yapılan her muayenede çocuğun olayı tekrar yaşadığı bildirilmektedir. Oysa öykü, psikiyatrik bulgular, deliller ve tedavinin multidisipliner bütüncül yaklaşımla değerlendirilmesi gerekmektedir (9). Bu çocukların muayenesinin adli tıp kurumlarında, özel hazırlanmış muayene ünitelerinde bir kerede bitirilmesi, genital muayeneside dahil tüm muayenesinin çocuk küçükse anne kucağında ya da yanında yapılması önerilmektedir (4). Cinsel istismara uğrayan bu olguda, yukarıdaki eksiklikler nedeniyle tanılanması, tedavisi ve resmi bilirkişilik süreci uzamıştır. Post travmatik stres bozukluğunu önlemek için çocukla görüşmenin; uzman kişiler tarafından, standart görüşme teknikleri ve standart formlar kullanılarak yürütülmesi, görüşme bulgularının görüntülü ve yazılı kaydedilmesi gerekmektedir (3).

Bu olgu ile karşılaşmadan önce Türkiye'nin en büyük üniversitelerinden birinin çocuk acil,

çocuk psikiyatrisi ve çocuk kliniklerinde daha önce karşılaşılmış, hemşirelik yaklaşımı yapılmış bir olgu araştırıldığında, hemşirelerin bu tür olguların tanılanma, takip ve tedavi süreçlerinde rol almadığı ve kayıtlarının olmadığını belirlendi. Cinsel istismara uğramış çocuklarla sık karşılaşan hemşirelerin, bu çocuklara hizmet sunulan birimlerde yeterince aktif rol almadığı bilinmektedir. Bu konuda yapılmış araştırmalarda, ülkemizde adli tıp kurumlarında ve bu çocukların tedavi edildiği birimlerde, istismar konusunda tecrübeli hemşire bulunmadığını göstermektedir. Tamer ve ark. Ankara'da sekiz hastanenin altında çocuk istismar ve ihmali ile ilgilenen yapılandırılmış bir ekip olduğu ve bu ekipler içinde hiç hemşire olmadığını saptamış (10). Cinsel istismar riski olan çocukları tanılama, bakım, rehabilitasyon ve toplumun eğitilmesinde hemşirelerin önemli sorumlulukları vardır. Hemşireler çocuğa hizmet verilen her alanda, cinsel istismara uğramış çocuklarla karşılaşabilirler (8). Arıkan ve ark. hemşirelerin %71'inin en az bir defa çocuk istismarı ile karşılaştığını belirlemiş (11).

Cinsel istismara hemşirelik yaklaşımında öncelikli hedefler; İstismarın daha fazla sürmesini önlemek, çocuğun güvenliğini sağlamak, çocukta gelişen psikolojik bozuklukları azaltmak, ebeveyn işlevselliğini güçlendirmek ve çevresel stresörleri azaltmaktır (4,5). Bu çocuklarla karşılaştığında yapılacak ilk iş, çocuğun güvenliğini sağlamak ve profesyonel destek için ilgili yerlere başvurmak ve aile merkezli yaklaşımda bulunmaktır. Hemşire fiziksel değerlendirme, tıbbi kayıtların doğru ve eksiksiz tutulması, biyolojik delillerin uygun şekilde alınmasının desteklenmesi ve ilgili yerlere doğru şekilde gönderilmesini sağlamalıdır.

Hemşire çocukla karşılaştığında, travmatik olay öyküsü, çocuğun yaşantısındaki değişiklikler, şimdiki yakınmaları, okuldaki durumu, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü vb. sorgulayarak hemşirelik tanılarını koyar (8,12). Cinsel istismar sonrası post travmatik stres bozukluğu olan çocuklara; bireysel baş etmede yetersizlik, sosyal izolasyon, uyku düzeninde bozulma vb. hemşirelik tanılarını doğrultusunda hemşirelik yaklaşımı yapılmalıdır (13).

Sonuç

Başvurulabilecek merkezlerin ve uzman ekiplerin yetersizliği nedeniyle, çocuğun farklı kurum ve merkezde tekrarlayan, fiziksel ve ruhsal incelemeye maruz kaldığı, multidisipliner, bütüncül yaklaşımın olmadığı görüldü.

Çocuk ve aile hak arama mücadelesine başladığında, multidisipliner yaklaşımla çocuğun bir kerede değerlendirmesi oldukça önemlidir. Multidisipliner ekip içinde hemşire çocuk ve aileleri cinsel istismar açısından destekleme, çocuğun güvenliğini ve bakımını sağlamada önemli sorumluluklara sahiptir.

İletişim: Dr. Gülçin Bozkurt

E-posta: gbozkurt@istanbul.edu.tr

Kaynaklar

1. Akduman G, Ruban C, Akduman B, Korkusuz İ. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. Adli Psikiyatri Dergisi 2005;3(1): 9-14.
2. Shapiro DL, Levendosky AA. Adolescent survivors of childhood sexual abuse: the mediating role of attachment style and coping in psychological and interpersonal functioning. Child Abuse and Neglect 1999;23 (11):1175-1191.
3. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi 2004;35:82-86.
4. Judith A, Cohen MD. Çocuk ve er gençlerde travma sonrası stres bozukluğu. Aydın H, Bozkurt A, ed. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi;2007. p.3286-3295.
5. Ovayolu N, Uçan Ö, Serindağ S. Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2(4):13-22.
6. Ackerman PT, Newton JEO, Mcpherson WB, Jones JG, Dykman RA. Prevalence of post traumatic stress disorder and other psychiatric diagnosis in three groups of abused children (sexual, physical, and both). Child Abuse and Neglect 1998;22 (8); 759-774.
7. Özbaran B, Gencer Ö, Kesikçi Ergin H, Miral S, Aydın C, Varan A. Bir Çocuk Köyünde Yaşayan Çocuk ve Gençlerin Cinsel İstismar İddiaları Sonrası Psikiyatrik Değerlendirmeleri ve İzlemi. Türkiye Klinikleri J Med Sci 2009;29(2): 395-404.
8. Keskin G, Çam O. Çocuk cinsel istismarına psikodinamik bakış açısı ve hemşirelik yaklaşımı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2005;21 (2):191-208.
9. Eşiyok B, Hancı İH, Özdemir Ç, Yelken N, Zeyfeoglu Y. Adli hemşirelik. Sted 2004 13 (5);169-171.
10. Tamer A, Şahin F, İlhan MN, Çamurdan AD, Yöney A. Ankara'daki hastanelerde çocuk istismarı ve ihmali olgularına takım yaklaşımı. Sted 2008;17 (4):49-55.
11. Arıkan D, Yaman S, Çelebioglu A. Çocuk ihmali ve istismarı konusunda hemşirelerin bilgileri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000;3(2):29-35.
12. Çam O, Keskin G. Çocuk cinsel istismarına psikodinamik hemşirelik yaklaşımı. Yeni Sempozyum 2005;43(3):118-125.
13. Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. 7.Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2005.

İlaç Kullanan Gebeye Yaklaşım: Teratojenite Riski ve Danışmanlık Hizmeti

Approaching Pregnant Women using Medicine: Risk of Teratogenicity and Counselling Services

Derleme



Review Article

*Dr. Zeynep Öztürk**

Geliş tarihi : 12.05.2014

Kabul tarihi: 09.07.2014

Öz

Gebelikte ilaç kullanımı teratojenik etkilere yol açabilir, fetus üzerinde yapısal ve fonksiyonel anormalliklere neden olabilir. Konjenital defektler, büyüme geriliği, fetotoksik etkiler ve fetal ölüm gibi çok çeşitli riskler söz konusudur. Ancak bu, ilaç maruziyetinin her zaman zararlı olacağı anlamına gelmemektedir. İlaçların teratojenik etkileri doza, süreye ve maruz kalındığı gebelik dönemine bağlıdır. FDA gebelik risk sınıflandırması, ilaca bağlı potansiyel riski kategorize eden bir sistemdir. Kısa ve pratik bilgiler sağlamasına karşın, tek başına kullanıldığında yeterli değildir. Gebelik için yapılan genel bir sınıflama, ilaç kullanımı söz konusu olan özel klinik durumları kapsayamayabilir. Ayrıca "yüksek risk" ya da "kontrendikasyon" kelimelerinin kullanımı da gereksiz gebelik sonlandırmalarına neden olabilmektedir. Detaylı bir maternal öykü, hatalı teşhis ve müdahalelerin önüne geçmede yardımcı olabilir. Gebelikte kimyasal maruziyeti ve ilaç kullanımına dair daha fazla bilgi almak için farmakoloji konsültasyonu ve uzman desteğine başvurulması da önemlidir.

Anahtar sözcükler: İlaç kullanımı, Gebelik, Teratojenite

Abstract

Medicine use during pregnancy may lead to teratogenic effects and structural and functional abnormalities on foetus. There are various risks including congenital defects, growth retardation, foetotoxic effects and foetal death. However, this does not mean that exposure to medicine would be harmful in all cases. Teratogenic effects of medicine depend on dose, duration and the specific stage in pregnancy. The FDA classification of risks in pregnancy is a system categorizing potential risks related to medicine. While providing short and practical information, it is not sufficient when used alone. An overall classification for pregnancy may not cover special clinical cases where medicine is used. Further, the use of such terms as "high risk" or "contraindication" may lead to unnecessary termination of pregnancies. A detailed maternal story may help prevent erroneous diagnoses and interventions. To obtain more information on chemical exposure and medicine use in pregnancy, it is also important to appeal to pharmaceutical counselling and specialists.

Key words: Medicine use, Pregnancy, Teratogenicity

*Tıbbi Farmakoloji Uzm.; İzmir Atatürk Eğit. ve Arş. Hast. Klinik Farmakoloji ve Toksikoloji Birimi, İzmir

Gebelik ve İlaç

Gebelikte ilaç kullanımı sık karşılaşılan bir sorun ve sorudur. Araştırmalar, gebe kadınların yaklaşık yüzde altmışının gebeliğinde bir ya da birden fazla ilaca maruz kaldığını göstermektedir (1,2). İlaç maruziyetlerinin önlenmesi ve geçmiş ya da zorunlu maruziyetlerde gebeye en uygun yaklaşımın sağlanabilmesi için öncelikle hekimlerin bu konuda yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir. İstenmeyen sonuçların ortaya çıkmasını önlemek için hekimlerin gebelikte ilaç kullanımına bağlı riskleri doğru değerlendirebilmeleri ve gebeleri bu açıdan bilgilendirmeleri önemlidir. Bilgisizlik ve yanlış yönlendirmeler gebeliğin geleceği açısından belirleyicidir.

Gebelik döneminde kullanılan ilaçlar, kullanıldığı dönem, doz ve maruziyet süresiyle de ilişkili olarak bir takım advers, toksik ya da teratojenik etkilere neden olabilirler. Bu açıdan bakıldığında konunun önemi aşikardır; ancak gebe ve bebek izlem kayıtlarımızın yetersizliği, bununla birlikte gebelerde ilaç kullanımı öyküsünün özenle alınması gerekliliği de veri eksikliklerine neden olmaktadır. Etik sınırlamalar nedeniyle gebelerde kontrollü klinik çalışmalar yapmak mümkün olmadığından da veri elde etmek güçleşmektedir. Yapılan çalışmalarda ilaca ve diğer kimyasal ajanlara bağlı konjenital malformasyon oranının % 1-3 olduğu gösterilmiştir (3-5). Gebenin gebeliğinin ilk aylarında, farkında olmadan kullandığı ilaçlar ile tiroid, diyabet, epilepsi gibi kronik bir hastalığa sahip gebelerde ilaç kullanım gerekliliği, gebelikte ilaç kullanımı konusunun önemli noktalarıdır. Gebeliğin neden olduğu metabolik, gastroenterolojik ve dermatolojik rahatsızlıklar gibi bazı istenmeyen durum ve bozuklukların tedavisinde de ilaç kullanımı gerekli duruma gelebilir. Bu noktalarda, kimi

zaman endişe halinde de olabilen gebeye, doğru ve güvenilir bilgi sunmak hekimlerin görevidir.

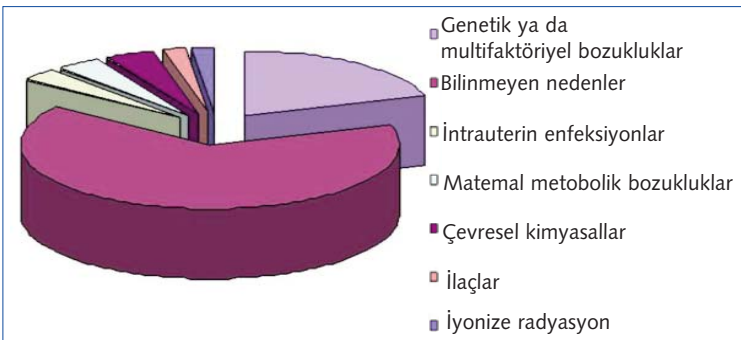
Teratojenite ve Teratojen Etki

Teratojenite, bir takım kimyasal ve çevresel etkenlerle fetusta meydana gelen anormal durumları ve kusurları tanımlar. Teratojen ise bu kusura yol açan etkenin kendisidir. Bu tanımlardan da anlaşılacağı gibi yalnızca ilaca bağlı değil, pek çok değişik etkene bağlı olarak teratojen etki oluşabilir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre fetal anomalili doğum insidansı % 3'tür. Oluşan anomalilerin % 70'inin nedeni bilinmemektedir. Bilinen nedenler arasında ilk sırada genetik ve multifaktöriyel hastalıklar yer almakta olup bunu teratojenik etkenler (radyasyon, kızamıkçık enfeksiyonu, ilaçlar gibi) izlemektedir (Şekil 1).

Teratojen, kelime olarak yunanca "canavar, dehşet" anlamına gelen "teros/ teratos" sözcüğünden köken alan bir terimdir (6). İlaçlar teratojenik etkilerini değişik mekanizmalarla gösterebilirler. Bunların başlıcaları fetal DNA yapısının bozulması, fetal gelişim için önemli besinsel faktörlerinin alınımının engellenmesi ve enerji üretiminin bozulması, uteroplasental akımın azalması, doku ozmolaritesinin değişmesi, farklılaşmayla ilgili spesifik olayların bozulmasıdır (7). İlacın teratojenik etki gösterme şekli, muhtemelen kimyasal yapısına ve terapötik etki mekanizmasına da paralel olarak gelişmektedir. Örneğin cinsiyet hormonu içeren ilaçlara maruziyetlerde ürogenital sistem anomalilerine daha sık rastlanmaktadır. Antimetabolit ilaçlara bağlı teratojen etkide ise (metotreksat gibi) fetal DNA yapısının bozulması ve sitotoksik etki ön plandadır.

Teratojen etki, ilaç için "olası" bir etki olup bunu hem olumlu hem de olumsuz manada değerlendirmek gerekir. Bu olası etkiyi akılda tutmak ne kadar yerinde ise, bu etkinin olasılığının düşük olduğunu ve yalnız ilacın etken maddesinin teratojenik potansiyeline bağlı olmadığını göz önüne almak da o kadar akılcıdır. İlaça maruz kalınan zaman, gebeliğin hangi dönemine rastladığı ile ilacın dozu ve kullanıldığı süre de teratojen etkinin ortaya çıkmasında rol oynayan faktörlerdir. Bununla birlikte kişinin ilaca duyarlılığı ve genetik yapısı da ilaç etkisini ve şiddetini değiştirebilmektedir.

Teratojen etki, gebelik dönemine göre değişik şekillerde ortaya çıkabilir. Erken gebelik ya da



Şekil 1. Fetal anomali nedenleri

“preimplantasyon” döneminde (1. hafta - 2. hafta) bir maruziyet söz konusu ise bu durum ya gebeliğin sonlanması ile sonuçlanır ya da bir etki görülmez. Buna teratojen etkide “ya hep ya hiç kuralı” denir. Embriyonun organ taslaklarının şekillenmesi ve uterus içine gömülmesinin gerçekleştiği dönem embriyogenezis ya da organogenezis dönemi olarak bilinmektedir. Gebeliğin 3. hafta ve 9. haftalarına denk gelen bu dönemdeki maruziyetler, önemli yapısal bozukluklar ve organ anomalileri ile sonuçlanabilir. Bu dönem teratojen etkiye en hassas olunan dönemdir. Embriyogenezisi fizyolojik ve fonksiyonel olgunlaşmanın ön planda olduğu fetal gelişim dönemi takip eder. Fetal dönemdeki teratojen maruziyetleri ise minör malformasyonlar, büyüme geriliği ve fonksiyonel bozukluklara neden olabilir (6).

Gebelik dönemleri genel olarak üç aylık periyotlar (trimester) ile incelenecek olursa birinci trimester maruziyetlerinin teratojen etki açısından oldukça önemli olduğu görülmektedir. Bununla birlikte gebelikte ilaç kullanımı en sık birinci trimesterde karşımıza çıkmakta, yapılan epidemiyolojik çalışmalar da bunu desteklemektedir (8). Organogenezis dönemine de denk gelen bu kritik periyottaki ilaç kullanımlarının en önemli nedenleri gebeliğin erken tayininin mümkün olmaması, plansız gebelikler ve gebelik öncesinde var olan ya da gebelikte ortaya çıkan hastalıklardır. Bu nedenle yalnız gebelik olasılığı olan değil, üreme çağındaki (15- 45 yaş) tüm kadınlara ilaç reçete edilirken ilacın olası teratojen etkisi mutlaka araştırılmalı, bu konuda bir şüphe dahi mevcutsa gebelik olup olmadığı tespit edilmelidir. Bazı ilaçların (metotreksat, leflunomid gibi) gebelik oluşumu öncesi kesilmesi gerektiği ve kesildikten sonra da metabolitlerinin uzun bir süre vücutta kaldığı, ilaç yazarken hatırdaki tutulması gereken önemli noktalar.

Tablo 1. FDA gebelik risk kategorileri ve yorumu

A- İnsanlarda yapılmış kontrollü çalışmalar mevcut; fetal risk yok.
B- İnsanlarda kontrollü çalışma yok; hayvan çalışmalarında fetal risk yok.
C- İnsanlar ve hayvanlarda kontrollü çalışmalar yok ya da yalnızca hayvanlarda fetotoksik etkisi gösterilmiş; insanlarda fetal risk kanıtı yok.
D- İnsanlarda fetal risk oluşturduğuna dair kanıt mevcut; yarar-zarar oranına bakılarak kullanılmalı.
X- İnsanlarda ve hayvanlarda fetal anomaliye yol açtığı gösterilmiş; gebe kadında kullanımı yüksek riskli ve kontrendike.

Gebelikte İlaç Risk Kategorileri:

Gebelik risk kategorileri, ilaçların olası teratojen etkilerini kabaca değerlendirmek için oluşturulmuş, ilaç hakkında akılda kalıcı, kolay ve pratik bilgi veren sınıflamalardır. Genellikle ilaç prospektüslerinde o ilacın hangi risk kategorisinde olduğu (A, B, C, D, X) belirtilir ya da o kategorinin açıklaması “gebelikte kullanımı” bölümünde ifade edilir.

İlaçlara bağlı fetal riskler için yapılan çeşitli sınıflamalardan en sık kullanılanı ve öne çıkanı FDA (Food and Drug Administration, ABD Gıda ve İlaç Dairesi) gebelik risk kategorizasyonudur. Bu kategorizasyon, 1979 yılında ortaya konmuş olup ilaçları risklerine göre beş kategoride incelemektedir, ülkemizde de tercih edilen risk sınıflamasıdır (Tablo 1*). Ayrıca FDA kategorizasyonu ile benzerlik taşıyan İsveç FASS (Farmaceutiska Specialiteter Sverige) ve Avustralya ADEC (Australian Drug Evaluation Committee) sınıflandırmaları bulunmaktadır.

Bir ilacın gebelik risk kategorisi, yalnızca o ilacın etken maddesinin etki potansiyelini genel anlamda göstermektedir. Bununla birlikte rutinde çok sayıda ilaçla haşır neşir olan hekimin aklında, ilacın gebelikte kullanımına dair kısa bir bilgi ya da sembol oluşmasını sağlamaktadır. Olası teratojen etkinin hızlı fakat “kesin olmayan” şekilde değerlendirilmesini sağladığını söylemek doğru olur; çünkü bu sınıflamalar ve risk değerlendirmeleri tamamen etken madde üzerinden, daha önce aynı ilaca maruz kalmış gebelerden elde edilen tecrübeler ve hayvanlarda yapılmış deneysel çalışmalarla ortaya konmaktadır. Daha önce de belirttiği gibi, bir ilacın teratojen etki riski yalnızca etken maddeye bağlı değil, aynı zamanda ilacın dozuna, kullanım süresine ve gebeliğin hangi döneminde kullanıldığına da bağlıdır. 2008 yılında FDA tarafından yapılan açıklama da bunu savunmakta ve yalnız risk kategorizasyonlarının değerlendirmede yetersiz kalacağı, bununla birlikte gebeye özgü bir klinik değerlendirme ile risk özetinin mevcut verilerle metin şeklinde anlatılması gerekliliği vurgulanmaktadır (9).

Genel olarak A kategorisindeki ilaçlar “güvenli”, B kategorisindeki ilaçlar “düşük riskli” kabul edildiğinden gebelikte kullanımlarının sorun yaratması beklenmez. Gebelikte kullanılacak ilaçlar mümkün olduğunca A ve B kategorilerinden seçilmelidir

(10). Bir ilaç C risk kategorisinde ise, bu ilaç "orta riskli" ya da daha doğru deyişle "yüksek riskli olmayan" ilaç grubuna girmektedir. Gebelikte ilaç kullanımından bağımsız olarak %3 oranında bir konjenital anomali riski bulunmaktadır. Teratojen etki riski değerlendirilirken bu oran göz önünde tutulur. C kategorisinde tanımlanan ilaçlarda genellikle bu oranın üzerinde bir anomali riskine rastlanmamaktadır, bu nedenle "yüksek riskli olmayan ilaç grubu" olarak da tanımlanabilir. Gebenin rahatsızlığı gerektiriyorsa, "yarar/zarar oranı gözetilerek" bu ilaçların tedavide kullanımları gündeme gelebilir. Örneğin antiepileptik ilaçların bir kısmı (levetirasetam, lamotrijin gibi) bu kategoride yer almakta olup gebelikte epilepsi tedavisinde en çok tercih edilen, gebede nöbet gelişimine bağlı fetal bir anomali oluşmasını engelleyen ilaçlardır. Benzer şekilde psikiyatrik ilaçların da önemli bir kısmı bu kategoride yer almakta olup gebenin tolere edilemeyecek düzeyde bir psikiyatrik rahatsızlığı söz konusu ise hastalığı değerlendirecek bir uzman hekim takibinde bu ilaçlar tedavide kullanılabilir.

Geriye dönük araştırmalarda, aynı ilacı kullanan gebelerde %3'ün üzerinde bir anomali oranı varsa bu ilaç ya da ilacın etken maddesi, hemen daima D ya da X kategorisine girmektedir. "Yüksek riskli" kabul edilen bu ilaçların gebelikte kullanımının değerlendirilmesinde hekim oldukça hassas davranmalı, "doz- süre- dönem" üçlüsünü de göz önünde bulundurmalıdır. Genel olarak D ya da X kategorisi "artmış bir riski" işaret etse de bu durum, hekimde bir ünlem(!) yerine bir soru (?) işareti bırakmalı ve yüksek riskli ilaç maruziyeti olan gebelerde, gebelik sonlandırılması en son seçenek olmalıdır. İlaça bağlı anomali riskinin sağlıklı doğum şansıyla

kıyaslandığında oldukça düşük olması, ayrıca fetusun iç ve dış organlarının değerlendirilebildiği detaylı ultrason ve fetal eko ile gerekli olgularda amniyosentez gibi prenatal tanı yöntemlerinin varlığı da günümüzde pek çok gebeliğin takiple devamını mümkün kılmaktadır. Herhangi bir şekilde bu kategoride bir ilaca maruz kaldığı öğrenen gebedeki kaygı giderilmeli, hem hekim hem gebe açısından en doğru bilgilere ulaşmak amacıyla uzman görüşü alınmalıdır.

Risk İletişiminde Uzman Desteği ve Danışmanlık Hizmeti

Gebelikte kullanılan ilaca bağlı risk değerlendirmesinin bu konuda eğitilmiş ya da uzman kişilerce yapılması uygundur. FDA ya da diğer risk kategorizasyonlarının yetersizliği, ilaçlar hakkında net ve detaylı bilgiye ulaşmanın, ulaşılan bilgilerin yorumunun nispeten zorluğu ile bilgilendirilecek gebenin algısı ve duygu durumu da özel bir danışmanlık hizmetini gerekli duruma getirmektedir. Avrupa ve Amerika'da kurulmuş, sayıları giderek artan teratojenite bilgi servisleri bu hizmeti görev edinmiş olup kendi aralarında da çeşitli organizasyonlar ve ağlar aracılığıyla güvenilir bilgi alışverişleri yapmaktadırlar. Ülkemizde ise bu konunun önemi yeni yeni anlaşılmakta olup farmakoloji uzmanları tarafından çeşitli kuruluşlarda bu hizmet verilmektedir (Tablo 2).

Danışmanlık hizmetinde esas olan risk iletişiminin sağlanabilmesidir. Bu nedenle öncelikle gebe ve hekimin görüşme yapabileceği uygun bir ortama ihtiyaç vardır. Özellikle gebeliğinin farkında olmadan ilaç kullanımı öyküsü olan gebelerde "endişe", her türlü algıyı değiştirebilecek bir durumdur. Bu nedenle öncelikle gebenin kaygısının

Tablo 2. Gebelikte ilaç danışmanlığı veren bazı merkezler ve iletişim bilgileri

Refik Saydam Hıfzısıhha Merkezi Başkanlığı, Teratojenite Danışma Merkezi	turktedam@rshm.gov.tr	Ankara
Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Farmakoloji Polikliniği	Tel: (216) 6570606/ 4756	İstanbul
Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, İlaç ve Zehir Danışma Merkezi	Tel: (232) 4123939	İzmir
İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Farmakoloji ve Toksikoloji Birimi	Tel: (232) 2444444/ 1598- 1698	İzmir
Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Tel: (236) 2331920/ 212	Manisa
Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Teratojenite Bilgi Servisi ve İlaç Danışma Merkezi	teratology@ktupharmacology.com	Trabzon

giderilmesi önemlidir. Risk iletişiminde yapılan danışmanlığın türü, verilen bilgilere ne şekilde ulaşıldığı, genel risk kategorizasyonlarında ilacın ya da etken maddenin yeri, varsa kısaca literatür özeti, doz-süre-dönem üçgeninde ve literatür değerlendirmesine göre bir "risk artışı" olup olmadığı anlatılıp gebeliğin devamında ne gibi değişiklikler, önlemler önerildiği açıkça belirtilir. Gebenin verilen bilgileri anladığından sorular yöneltilecek emin olunur, aklındaki soruları sorması sağlanır. Görüşme sonunda verilen tüm sözlü bilgiler yazılı olarak gebeye verilir, bir rapor örneğinin altına da kendi el yazısıyla, tarafına anlatıldığına ve anladığına dair bir ifade alınır. Bu, yaklaşık 20- 40 dakika süren bir görüşmedir. Karşılıklı iletişim başarılı bir şekilde kurulmuşsa genellikle gebe açısından da memnun edici bir nitelik taşır.

İlaç kullanan gebeyle risk iletişimine geçmeden önce gebenin genel bilgilerini ve ilaç öyküsünü özetleyen bir ön bilgi formu doldurulması hem kayıt hem de iletişime geçilecek kişinin özelliklerini bilmek açısından da faydalı olmaktadır. Eğitim durumu, meslek, yaş, gebelik tecrübesi gibi bazı etmenler, iletişimde algıyı kolaylıkla değiştirebilmektedir. Deneyimlerimiz aynı ya da benzer danışmanlık verilen gebelerde dahi farklı tepkiler ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Bu nedenle risk iletişiminin her safhasında gebenin verilen bilgileri ve danışmanlığı doğru anlayıp anlamadığı kontrol edilmeli, olanaklı ise görüşme boyunca göz teması kurulmalıdır. Bu noktada "güvenilir" ve net bir görüntü verebilmek oldukça önemlidir.

İlaç öyküsü ve ön bilgileri alınan bir gebenin teratojenite raporu, literatür taraması yapılarak, olgu sunumları ve olgu-kontrol çalışmalarından faydalanılarak düzenlenir. Literatür taraması için Micromedex, PubMed gibi bilgi servislerinden, FDA internet sitesinden, bu konuda yazılmış çeşitli kitaplardan (Drugs During Pregnancy and Lactation. Christof Schaefer, Paul Peters, Richard K. 2nd Edition.2007; Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk. Gerald G. Briggs, Roger K. Freeman, Sumner J. Yaffe. 9th Edition. 2011) ve diğer bazı web sitelerinden (drugs.com, safefetus.com) yapılabilir. Uzun ve emek gerektiren bir derleme olan bu rapor, her gebe için farklılık gösterse de, yaklaşık 48 saat içerisinde hazırlanır.

Sonuç ve Öneriler

Gebelikte ilaç kullanımı, gebelik takibi yapılan her yerde sıklıkla karşılaşılan bir sorundur. Hekimlerin bu konuda bilgili ve yetkin olmaları, hem gebeliğin geleceği hem de gebenin duygu durumu açısından önemlidir. Sık kullanılan risk kategorizasyonları yetersiz kalmakla birlikte "yüksek risk"i işaret eden durumlarda da izlenecek yollar, oluşan endişe ve güvensizlik nedeniyle doğru seçilemeyebilmektedir. Bu nedenle detaylı bilgiye ya da uzman görüşüne erişim sağlanmalıdır. Ülkemizde gebelikte ilaç kullanımına dair risk değerlendirmesi ve danışmanlık hizmetinin yapıldığı kurumlar oldukça az sayıdadır. Bu konuyla ilgili olarak yeni yapılandırmalara gidilmesi gerekliliği ortadadır. Birinci basamak sağlık hizmetinde de, gebe takibi yapan hekimlerimiz için hizmet içi eğitimler planlanarak bu konuda daha fazla bilgi sahibi olmaları sağlanabilir. Konunun uzmanları tarafından oluşturulacak, ana dilde ve kolay okunabilir dokümanlar da hekimler için kılavuz olabilir.

İletişim: Dr. Zeynep Öztürk

E-posta: dr.zeyneb@hotmail.com

Kaynaklar

1. Adam MP, Polifka JE, Friedman JM. Evolving knowledge of the teratogenicity of medications in human pregnancy. Am J Med Genet C Semin Med Genet 2011; 157(3): 175- 182.
2. Mitchell AA, Gilboa SM, Werler MM, et al. Medication use during pregnancy, with particular focus on prescription drugs: 1976–2008. Am J Obstet Gynecol 2011; 205(1): 51.e1- 51.e8.
3. Finnell RH. Teratology: general considerations and principles. J Allergy Clin Immunol. 1999; 103: 337- 342.
4. Moore KL, Persaud TV. The Developing Human Clinically Oriented Embryology. 5 th ed. Philadelphia: W.B. Saunders company; 1993.
5. Manning FA. Imaging in the diagnosis of Fetal Anomalies. In Creasy RK, Resnik R eds, Creasy&Resnik's Maternal-Fetal Medicine. 6 th edition. Saunders Elsevier; 2009; 275 -99.
6. Schaefer C, Peters P, Miller RK. Drugs During Pregnancy and Lactation. 2nd ed.; London: Elsevier; 2007.
7. Kayaalp SO. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. 11.baskı; Ankara: Hacettepe-Taş Kitapçılık Ltd Şti; 2009. p: 133- 134.
8. Andrade SE, Gurwitz JH, Davis RL, et al. Prescription drug use in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2004; 191: 398- 407.
9. Frederiksen MC. The new FDA pregnancy labeling requirements for drugs. J Midwifery Womens Health. 2011; 56(3): 303- 307.
10. İskit AB. Gebe hastada ilaç seçimi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi. 2007; 16 (1): 15- 17.



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.

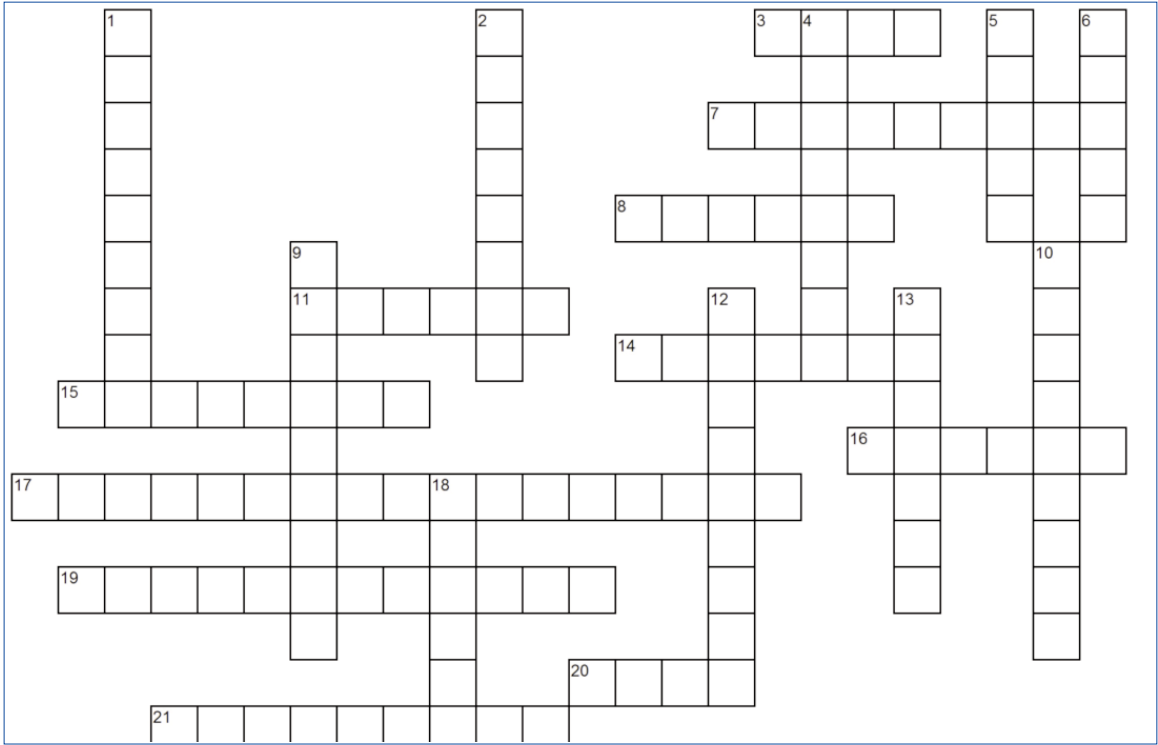
9. Çeviri: Çeviri yazılarda çeviriyi yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

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 **Kasım - Aralık 2014** sayımızda yayımlayacağız.



1. Sağlık Bakanlığı ve Ulusal Hemoglobınopati Konseyi tarafından hazırlanan Kalıtsal Kan Hastalığı Yönetmeliği'nin yayın tarihi.
2. Malnütrisyon. 3. Toplumun sosyo-kültürel yapısının en dinamik ögesi. 4. Gebelikte ilaç kullanımı gerekebilecek kronik hastalıklardan biri. 5. 2003 yılında Hemoglobınopati Önleme Programı başlatılan illerden biri.
6. Teratojen sözcüğünün köken aldığı Yunanca "canavar, dehşet" anlamına gelen sözcük. 7. Üç aylık periyot.
8. Literatür taraması yapılan servislerinden biri. 9. Teratojenik etkenlerden biri.
10. Cinsel istismara bağlı post travmatik stres bozukluğunun neden olduğu psikiyatrik bozukluklardan biri. 11. Araştırmalara göre, gebe kadınların gebeliğinde bir ya da birden fazla ilaca maruz kalma yüzdesi.
12. Çocuklarda obeziteyi tanımlamak için yaş ve cinse göre hazırlanan yaşa göre boy, yaşa

- göre ağırlık ve boya göre ağırlık için referans değerlere göre oluşturulmuş eğriler.
13. Obezitenin etyolojisinde yer alan etkenlerden biri. 14. Genetik, çevresel, gelişimsel ve davranışsal etmenlerin birbiri ile etkileşimi sonucu bedende aşırı yağ depolanması ile ortaya çıkan fiziksel ve ruhsal sorunlara yol açan enerji metabolizması bozukluğu. 15. Bireyin kadın ya da erkek olarak genetik, fizyolojik ve biyolojik özellikleri. 16. Toplumsal cinsiyet.
17. Sosyal yönden kadın ve erkeğe verilen roller, sorumluluklar. 18. Post travmatik stres bozukluğuna yol açan istismardan biri.
19. Kimyasal ve çevresel etkenlerle fetusta oluşan anormal durumlar ve kusurlar.
20. Cinsel istismara uğramış çocuk ve aile ile karşılaşabilecek sağlık çalışanlarından bir grup.
21. Obezite.