

E-ISSN 2148-5348  
ISSN 1300-0853

# sted

'Bilimsel  
ve Dostça'

SÜREKLİ TIP EĞİTİMİ DERGİSİ | JOURNAL OF CONTINUING MEDICAL EDUCATION  
TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ YAYINI | THE PUBLICATION OF TURKISH MEDICAL ASSOCIATION

MAYIS | MAY  
HAZİRAN | JUNE  
2016 | 2016  
CİLT 24 | VOLUME 25  
SAYI 3 | ISSUE 3

# 3





#### Kurucu Yayın Yönetmenleri / Founding Editors

Dr. Füsün Sayek

Prof. Dr. Şükrü Hatun

#### Yayın Yönetmenleri / Editors

Doç. Dr. Orhan Odabaşı

Doç. Dr. Özen Aşut

#### Yardımcı Yayın Yönetmenleri / Assistant Editors

Doç. Dr. Aysun Balseven Odabaşı

Dr. Aylin Sena Beliner

#### Bilimsel Danışma Kurulu / Advisory Board

##### Acil Tıp / Emergency Medicine

Doç. Dr. Bülent Erbil

##### Adli Tıp / Forensic Medicine

Prof. Dr. Ümit Biçer

Prof. Dr. Hamit Hancı

##### Aile Hekimliği / Family Medicine

Dr. Mehmet Özen

##### Beslenme ve Diyetetik / Nutrition and Dietetics

Prof. Dr. Gülden Pekcan

##### Çocuk Cerrahisi / Paediatric Surgery

Prof. Dr. Onur Özen

##### Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatrics

Prof. Dr. Ufuk Beyazova

Dr. Ali Süha Çalikoğlu

Prof. Dr. Şükrü Hatun

Prof. Dr. Nural Kiper

Prof. Dr. Serdar Kula

Prof. Dr. Figen Şahin

Prof. Dr. S. Songül Yalçın

Dr. Adnan Yüce

##### Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları/ Paediatric Psychiatry

Prof. Dr. Bahar Gökler

Doç. Dr. Dilşat Foto Özdemir

##### Deri Hastalıkları / Dermatology

Prof. Dr. Ertan Yılmaz

##### Tıp Tarihi ve Etik / Medical History and Ethics

Prof. Dr. Berna Arda

Prof. Dr. Nüket Örnek Büken

##### Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon / Physical Medicine and Rehabilitation

Doç. Dr. Deniz Erdoğan

Prof. Dr. Yeşim Gökçe Kutsal

##### Genel Cerrahi / Surgery

Prof. Dr. Osman Abbasoğlu

Prof. Dr. Semih Baskan

Prof. Dr. İskender Sayek

Prof. Dr. Cem Terzi

##### Genel Pratisyenlik / General Practice

Dr. Binnaz Başaran

Dr. Remzi Karşı

Dr. Alfert Sağdıç

Dr. Mustafa Sülkü

Dr. Figen Şahpaz

Dr. Hakan Şen

Dr. Emrah Şeyhoğlu

Dr. Fatih Şua Tapar

Dr. Yılmaz Yıldız

##### Halk Sağlığı / Public Health Medicine

Prof. Dr. Gazanfer Aksakoğlu

Prof. Dr. Dilek Aslan

Prof. Dr. Deniz Çalışkan

Prof. Dr. Muzaffer Eskioçak

Prof. Dr. Sibel Sakarya

Prof. Dr. Şevkat Bahar Özvarış

Doç. Dr. Özlem Sarıkaya

##### İç Hastalıkları / Internal Medicine

Prof. Dr. Erdal Akalın

Prof. Dr. Murat Akova

Prof. Dr. Önder Ergönül

Prof. Dr. Çetin Turgan

Prof. Dr. Serhat Ünal

##### Kadın Hastalıkları ve Doğum / Gynaecology and Obstetrics

Doç. Dr. Polat Dursun

Prof. Dr. Haldun Güner

##### Kulak Burun Boğaz Hastalıkları / Otorhinolaryngology

Doç. Dr. Orhan Yılmaz

##### Nöroloji / Neurology

Prof. Dr. Özden Şener

##### Ortopedi ve Travmatoloji/ Orthopaedics

Prof. Dr. Sinan Adıyaman

Prof. Dr. Muharrem Yazıcı

##### Psikiyatri / Psychiatry

Prof. Dr. Berna Uluğ

Prof. Dr. Aylin Uluşahin

##### Tıbbi Farmakoloji / Medical Pharmacology

Prof. Dr. Alper İskit

##### Tıp Bilişimi / Medical Informatic

Dr. Arif Onan

##### Tıp Eğitimi / Medical Education

Doç. Dr. Melih Elçin

##### Tıp Hukuku / Medical Law

Av. Mustafa Güler

#### Sahibi ve Sorumlu Yazı İşleri Müdürü / Owner and Responsible Editor

Prof. Dr. M. Raşit Tükel

#### Hazırlık ve Tasarım / Preparation and Design

Yeter Canbulat

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

Journal of Continuing Medical Education is published bimonthly by the Turkish Medical Association for the continuing education of the physicians working at the primary health care services.

Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, TÜBİTAK Türk Tıp Dizini ve Türkiye Atıf Dizini içinde yer almaktadır.

Journal of Continuing Medical Education is indexed by TUBITAK Turkish Medical Database and Citation Index of Turkey.

Basım Yeri: Başak Matbaacılık ve Tanıtım Hizmetleri Ltd. Şti.

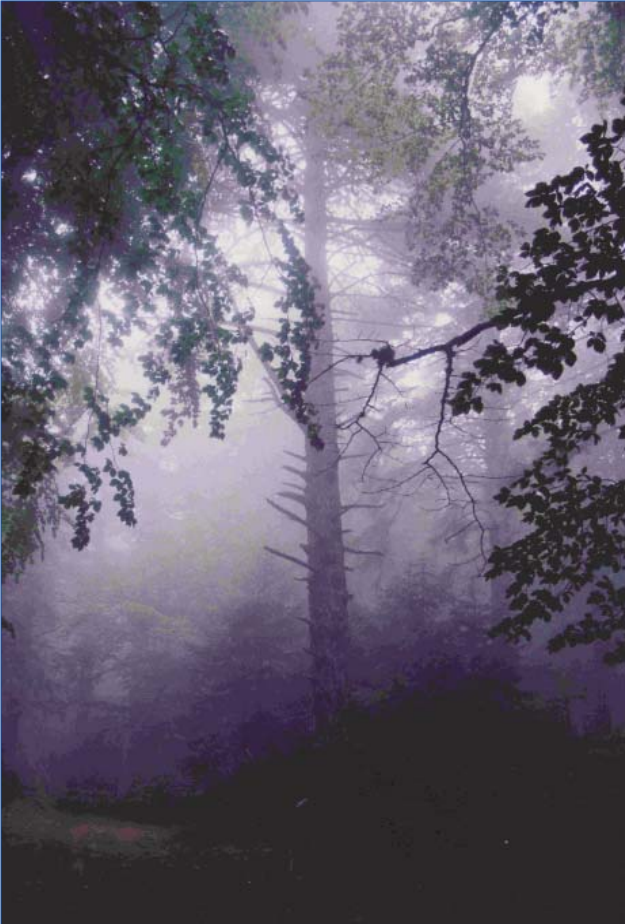
Tel: 0 312 397 16 17 / Adres: Macun Mah. Anadolu Bulvarı Mesa Plaza No: 5/15 Gimat-Yenimahalle / Ankara

Vergi Dairesi: Ostim Vergi Dairesi No: 144 005 6234-Ticaret Sicil No: 131/133 - Baskı Tarih: Temmuz 2016



### Merhaba,

Dr. Ebru Karaca ve arkadaşları "Kocaeli'de Konjenital Hipotiroidi Taraması Kapsamında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne Sevk Edilen Olguların Değerlendirilmesi" isimli çalışmalarında Yenidoğan Tarama Programı kapsamında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi Pediatrik Endokrinoloji Kliniği'ne sevk edilen olgularda topuk kanı Tiroid Stimulan Hormon ölçümü üzerinden konjenital hipotiroidi tarama programının değerlendirilmesini amaçlamışlar. Yazarlar olguların %70,8'inin (n:328) ilk klinik değerlendirmede normal saptanarak izlemiden çıkarılmasının nedeni topuk kanı alınma gününün erken olmasına bağlı olabileceğini, tarama programıyla yönlendirilen olguların çok az bir kısmının (%12) tedavi başlanması için ideal zaman olan 14 günlük ve öncesindeyken hastaneye başvurduğunu saptamışlar.



Fotoğraf: "Ürperti" Dr. Onur Erdem  
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2015 Sergi Ödülü

Dr. Kürşat Volkan Özcan ve arkadaşları "5E Öğrenme Modeline Uygun Tasarlanan "Kanser Hastalarında Palyatif Bakım" Stajının Değerlendirilmesi" isimli çalışmalarında tıp fakültelerinde verilen palyatif bakım eğitiminin 5E öğrenme modeli ile sunulmasının öğrencilerin akademik başarısına etkisini incelemeyi amaçlamışlar. Yapılan bu çalışma sonucunda kanser hastalarında palyatif bakım stajının yapılandırıcı öğrenme kuramına uygun 5E öğrenme modeli ile sunulmasının akademik başarıya ve kalıcılığa olumlu etkisi olduğu saptanmıştır.

Dr. Nazan Gürarlan Baş ve arkadaşları "Bir Kredi Yurtlar Kurumunda Kalan Kız Öğrencilerin Genital Sağlık Durumu ve Etkileyen Faktörler" isimli çalışmalarında Kredi Yurtlar Kurumu'na bağlı bir öğrenci yurdunda kalan kız öğrencilerin genital sağlık durumları ve etkileyen faktörleri değerlendirmeyi amaçlamışlar. Yazarlar yurttan kalan kız öğrencilerin genital sağlık ve hijyene ilişkin sorunlarının olduğu saptanmasında bulunmaktadır.

Dr. Nurten Elkin "Olumlu Ergen Gelişiminde Aile İçi İletişimin Önemi" isimli çalışmada biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimsel değişikliklerin yaşandığı ergenlik dönemini, ergenlerin aile içi iletişimleriyle ilgili duygusal sağlıkları arasındaki ilişkiyi, "aile içi iletişim eğitimi"nin ergenlerin duygusal sağlığının geliştirilmesinde önemini vurgulamaktadır.

Dr. Tuncay Aydın Taş ve Dr. Nalan Akış "Sağlık Okuryazarlığı" isimli çalışmalarında sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda düşük sağlık okuryazarlığının sağlık davranışı, sağlık çıktıları, sağlık hizmeti kullanımı ve maliyetini olumsuz yönde etkilediğini belirtmektedirler. Yazarlar bireysel, sosyal ve çevresel faktörlerle birlikte eğitim sistemi ve sağlık sisteminden de etkilenen sağlık okuryazarlığını geliştirmek için sektörler arası işbirliğini vurgulamaktalar.

Dr. Nihat Özaydın ve arkadaşları "Yaşlılarda Besin İlaç Etkileşimi" isimli çalışmalarında yaşlılarda olası besin-ilaç etkileşiminin incelenmesi ve klinik önemini vurgulanması amaçlamışlar. Yasa paralel artan kronik hastalıkların tedavisi için yaşlılar daha fazla sayıda ilaç kullanmaktadırlar. Beraberinde vücudun değişen gereksinimlerini karşılamak / korumak için beslenme disiplini de ön plana çıkmaktadır.

**Bilimsel ve dostça.**



### Araştırma / Research

Kocaeli'nde Konjenital Hipotiroidi Taraması Kapsamında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesine Sevk Edilen Olguların Değerlendirilmesi 89  
The Evaluation of the Cases Referred to Kocaeli University Research and Practice Hospital under the New-born Screening Program for Congenital Hypothyroidism in Kocaeli  
Dr. Ebru Karaca, Dr. Filiz Mine Çizmecioğlu, Dr. Onur Hamzaoğlu

5e Öğrenme Modeline Uygun Tasarlanan "Kanser Hastalarında Palyatif Bakım" Stajının Değerlendirilmesi 94  
The Evaluation of the Academic Success of the Medical Students through the Elective Course on "Palliative Care in Cancer Patients" Designed in Accordance with 5e Learning Model  
Dr. Kürşat Volkan Özcan, Dr. İsmail Okan, Dr. Mustafa Süren

Kredi Yurtlar Yurdunda Kalan Kız Öğrencilerin Genital Sağlık Durumu ve Etkileyen Faktörler 101  
Genital Health Status Among Female Students Staying In A Dormitory Of Students Loans And Dormitories Institution And Affecting Factors  
Dr. Nazan Gürarslan Baş, Dr. Gülnaz Karatay, Dr. Duygu Arkan

### Derleme / Review Article

Olumlu Ergen Gelişiminde Aile İçi İletişimin Önemi 110  
The Importance of Family Communication in Positive Adolescent Development  
Dr. Nurten Elkin

Sağlık Okuryazarlığı 119  
Health Literacy  
Dr. Tuncay Aydın Taş, Dr. Nalan Akış

Yaşlılarda Besin İlaç Etkileşimi 125  
Food Drug Interaction in the Elderly  
Dr. Nihat Özyayın, Dr Funda Şensoy, Dr. Nilüfer Özyayın

### Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



Kamile Kurt "Anne ve Çocuk"  
STED Fotoğraf Yarışması 2015 Başarı Ödülü

# Kocaeli'nde Konjenital Hipotiroidi Taraması Kapsamında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'ne Sevk Edilen Olguların Değerlendirilmesi

The Evaluation of the Cases Referred to Kocaeli University Research and Practice Hospital under the New-born Screening Program for Congenital Hypothyroidism in Kocaeli

Araştırma



Research

Dr. Ebru Karaca<sup>1</sup>, Dr. Filiz Mine Çizmecioğlu<sup>2</sup>, Dr. Onur Hamzaoğlu<sup>3</sup>

Geliş/Received : 23.12.2015

Kabul/Accepted: 04.03.2016

## Öz

**Amaç:** Çalışmamızın amacı Yenidoğan Tarama Programı (YTP) kapsamında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (KOÜAUH) Pediatrik Endokrinoloji Kliniğine (PEK) sevk edilen olgularda topuk kanı Tiroid Stimulan Hormon (TSH) ölçümü üzerinden konjenital hipotiroidi tarama programının değerlendirilmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** YTP kapsamında, 01.Şubat.2013-28.Şubat.2015 tarihleri arasında KOÜAUH-PEK'e konjenital hipotiroidi ön tanısıyla sevk edilen 591 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Değerlendirmeler tüm verileri tam olan 463 olgu üzerinden yapılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmaya alınan olguların %44,9'u (n=208) kız, %55,1'i (n=255) erkektir. Birinci topuk kanının olguların %87,3'ünden (n=404) sıfırinci ve birinci günde, %5,4'ünden (n=25) ikinci günde, %7,3'ünden (n=34) de üçüncü gün ve sonrasında alındığı bulunmuştur. Sevk sonrasında olguların %12,1'inin (n=56) 14 günlük ve öncesindeyken, %87,9'unun (n=407) 15 günlük ve sonrasındayken hastaneye başvurdukları saptanmıştır. KOÜAUH-PEK değerlendirmesinden sonra olguların %70,8'inin (n=328) izlemden çıkarıldığı, %22,2'sinin (n=103) tedavisiz izleme alındığı ve %6,9'unun (n=32) tedavi başlanarak izleme alındığı saptanmıştır. İzleme alınan olguların hastaneye geliş günlerine göre klinik değerlendirme sonuçları incelendiğinde tedavi edilen olguların %93,7'sinin (n=30) hastaneye 15 günlük ve sonrasındayken başvurduğu bulunmuştur.

**Sonuç:** Olguların %70,8'inin (n:328) ilk klinik değerlendirmede normal saptanarak izlemden çıkarılmasının nedeni topuk kanı alınma gününün erken olmasına bağlı olabilir. Tarama programıyla yönlendirilen olguların çok az bir kısmının (%12) tedavi başlanması için ideal zaman olan 14 günlük ve öncesindeyken hastaneye başvurduğu saptanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Konjenital hipotiroidi, Tarama programı, Topuk kanı

## Abstract

**Aim:** The aim of the study is to evaluate the Screening Program for Congenital Hypothyroidism through the heel prick test results indicating Thyroid Stimulating Hormone (TSH) of the cases referred to Kocaeli University Research and Practice Hospital Paediatric Endocrinology Clinic.

**Material and Method:** 591 cases referred to Kocaeli University Paediatric Endocrinology Clinic under the New-born Screening Program between the dates of February 1, 2013 and February 28, 2015 with an initial diagnosis of congenital hypothyroidism were included in the study. Only 463 cases with complete data were assessed.

**Findings:** Of the cases included in the study, 44,9 % (n=208) was female and 55,1 % (n=255) was male. Heel prick blood sample was taken on zeroth and the first day from the 87,3 % (n=404) of the total cases while blood sampling was performed on 5,4 % (n=25) of the new-borns on second day and on 7,3 % (n=34) of them on third day or later. It was found that, of all the infants 12,1 % (n=56) was 14 days of age or younger and 87,9 % (n=407) was 15 days of age or older when they have been admitted to the hospital after referral. It was seen that, following the examination by Kocaeli University Paediatric Endocrinology Clinic, of total cases, 70,8 % (n=328) was excluded from monitoring, 22,2 % (n=103) was monitored without a treatment and 6,9 % (n=32) was kept under surveillance along with a treatment. When the results of clinical assessment were analysed by hospital admission dates, it was detected that 93,7 % (n=30) of the patients were admitted to the hospital at 15 days of age or older.

**Conclusion:** The reason for the exclusion of 70,8 % (n=328) of total cases from monitoring, after initial clinical assessment indicating normal values might be receiving heel prick blood samples too early. It was detected that just a small part (12%) of the cases referred to hospital through the screening program was admitted within 14 days or earlier, which was ideal time to start treatment.

**Key words:** Congenital hypothyroidism, Screening program, Heel prick test

1 Arş. Gör.; Kocaeli Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Kocaeli

2 Öğr. Gör.; Kocaeli Ü. Tıp Fak. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Kocaeli

3 Prof. Dr.; Kocaeli Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, Kocaeli

## Giriş

Konjenital hipotiroidizm yenidoğan bebeklerde tiroid bezinin yeterli tiroid hormonu üretememesine bağlı gelişen klinik bir durumdur. Yenidoğan döneminde karşılaşılan en sık endokrinolojik sorunlardan ve önlenebilir zeka geriliğinin en önemli nedenlerinden biridir (1,2). Değişik toplumlarda büyük farklılıklar göstermesine karşın konjenital hipotiroidinin küresel sıklığı 1: 3000- 1: 4000 olarak bildirilmektedir (2). Amerika Birleşik Devletleri'nde Kızılderili nüfusta 1:2000, Afrika kökenlilerde 1: 20000 ve Hollanda'da 1:1800 sıklığında görülmektedir (3). Türkiye'de yapılan çalışmalarda ise 1: 2700 olarak bildirilmektedir (3). Konjenital hipotiroidi %95 sporadik, %5 genetik kökenlidir ve kız-erkek oranı 2/1'dir (3). Down sendromlularda görülme sıklığı ise 1:140'dır (3). Etiyolojisinde birbirinden farklı birçok etmen rol oynar. (3). %85'i tiroid disgenezisine bağlı oluşur (3). Dünyada konjenital hipotiroidinin en önemli nedeni iyot eksikliğidir (1,2,3).

Konjenital hipotiroidili olgularda genellikle ilk dönemlerde klinik bulgu yoktur ya da belirgin değildir, ancak 6-12. haftalardan sonra belirginleşir. Erken tanı güçtür, yalnızca tarama testleriyle saptanabilir. Hipotermi, arka fontanelin geniş olması, emme gücü, uzayan yenidoğan sarılığı gibi klinik bulgularda hipotiroidi mutlaka akla gelmelidir. Tedavi edilmeyen olgularda kaba yüz görünümü, yayvan burun, çökük burun kökü, makroglossi, umbilikal herni, konstipasyon, kaba sesle ağlama, diş çıkmasında gecikme, boy uzamasında gerilik, mental retardasyon ve nörolojik gelişimde bozukluklar görülmektedir. Bu nedenle erken tanı ve tedavisi önemlidir. Erken tanıyla tedavi oldukça kolay, ucuz ve etkindir (3,4,5,6).

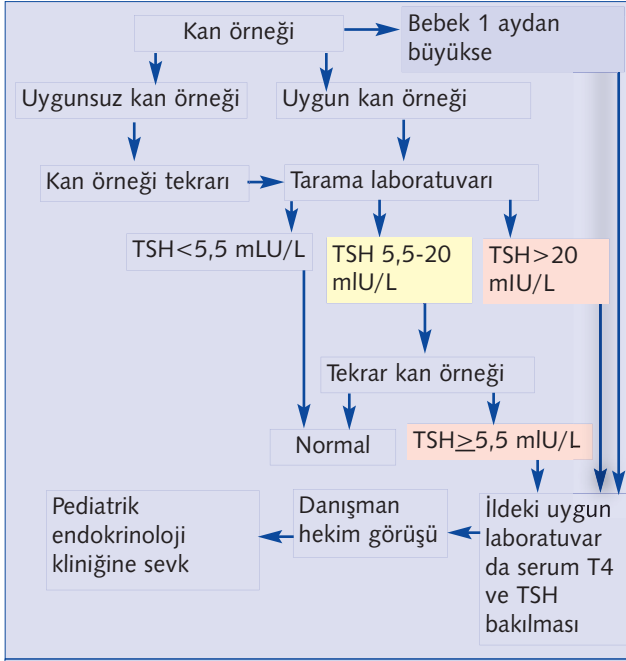
Konjenital hipotiroidiyi saptamada en duyarlı test kanda TSH düzeyinin belirlenmesidir. Doğumdan sonraki ilk saatlerde tiroid fizyolojisinde önemli değişiklikler ortaya çıkar. İlk 30 dakika içinde serum TSH seviyeleri hızlı bir yükseliş gösterir ve pik değerine ulaşır. Bunu takiben ilk 24 saat içinde hızlı bir düşme görülür ve 48 saat sonunda düşme yavaşlar. Yenidoğan döneminde tiroid hormon seviyeleri değerlendirilirken bu durum göz önünde bulundurulmalıdır (2,7,8).

Yenidoğan tarama testleri konjenital hipotiroidinin en şiddetli formlarını en kısa sürede saptamaya odaklanmıştır. Çünkü tedavisine yaşamının ilk üç ayında başlanmamış hastalarda konjenital hipotiroidi nedeniyle oluşan bozukluklar daha sık görülmektedir (7).

Konjenital hipotiroidide tedavi uygun dozda tiroksin (L-T4) verilmesidir. Tedaviye en geç doğumdan iki hafta sonrasına kadar olmak üzere başlanabilecek en kısa sürede başlanmalıdır (4,5,7).

Ülkemizde 25 Aralık 2006 tarihinde konjenital hipotiroidi taraması Ulusal Tarama Programı'na eklenmiştir ve Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Enstitüsü Merkez Başkanlığı ile Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü tüm ülkeyi kapsayan Yenidoğan Tarama Programı'nı başlatmıştır. 19 Mart 2012 tarihinden itibaren de Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Programlar ve Kanser Başkan Yardımcılığı bünyesinde yer alan Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı'nca yürütülmektedir. Topuktan filtre kağıdına alınan kanda TSH düzeyi ölçümü ile tarama yapılmaktadır. Şekil 1'de görüldüğü gibi tarama programı kapsamında Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerini sunan kurumlarca topuk kanları alınarak Toplum Sağlığı Merkezleri'ne (TSM) iletilmekte, TSM tarafından da Ankara ya da İstanbul'da bulunan yenidoğan tarama laboratuvarına gönderilmektedir. Topuk kanının alınmasına ve gönderilmesine ilişkin esaslar 2014/7 Sağlık Bakanlığı Yenidoğan Tarama Programı Genelgesi'nde açıklanmıştır. Topuk kanı TSH düzeyi yüksek saptanan hastalar en yakın pediatrik endokrinoloji uzmanına yönlendirilmektedir. Klinik tarafından venöz kanda bakılan TSH ve serbest T4 (sT4) düzeyi normal çıkanlar izlemiden çıkarılmaktadır. TSH'si yüksek ve/veya sT4'ü düşük çıkan olgular tedaviyle ya da tedavisiz izleme alınmaktadır (4,6,9,10).

Çalışmamızın amacı Yenidoğan Tarama Programı (YTP) kapsamında Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (KOÜAUH) Pediatrik Endokrinoloji Kliniğine (PEK) sevk edilen olgularda topuk kanı TSH ölçümü üzerinden konjenital hipotiroidi tarama programının değerlendirilmesidir.



**Şekil 1.** Yenidoğan tarama programı konjenital hipotiroidi akış şeması (11)

### Gereç ve Yöntem

01 Şubat 2013- 28 Şubat 2015 tarihleri arasında YTP kapsamında KOÜAUH-PEK'e sevk edilen ve endokrinoloji kliniğinde tarama dosyasında bulunan 591 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Örnek seçilmemiştir. Bu olgulardan dokuz tanesinin dosya numarasına, dört tanesinin kan kaydı bilgilerine, 91 tanesinin birinci topuk kanı TSH düzeyine, 85 tanesinin de birinci topuk kanı alınma tarihine ulaşamamıştır. Değerlendirme ve hesaplamalar verilerine ulaşılabilen 463 olgu üzerinden yapılmıştır. Olguların dosyaları geriye dönük olarak incelenmiştir. Olguların doğum tarihi, cinsiyeti, KOÜAUH-PEK'e başvuru tarihi, KOÜAUH-PEK'teki venöz kan TSH değerleri, venöz kan alınma tarihi, tedavi alıp almadıklarına hastanenin veritabanından ve endokrinoloji

kliniğindeki hipotiroidi tarama dosyasından, topuk kan TSH değerleri ve topuk kanı alınma tarihlerine sevk formlarından ulaşılmıştır. Doğumdan sonraki ilk 24 saat 0. gün, 48-72 saatler arası 2. gün olarak tanımlanmıştır. Veriler Excel programına kaydedilmiş, istatistiksel analizleri SPSS for Windows 20.0 paket programında yapılmıştır.

### Sınırlılıklar

Kocaeli'nde YTP kapsamında PEK'e yönlendirilen olguların ne kadarının KOÜAUH-PEK'e başvurduğu bilgisine ulaşamamış olması, topuk kanı değerleri ya da topuk kanı alınma tarihi bilgileri eksik olan olguların çalışmaya alınamamış olması, kayıtlarından çalışıldığı için kayıt girişinin doğru yapılmamış olma olasılığı ve klinik değerlendirmelerin aynı kişi tarafından yapılmamış olması çalışmamızın kısıtlılıklarındandır.

### Bulgular

01 Şubat 2013-28 Şubat 2015 tarihleri arasında YTP kapsamında KOÜAUH-PEK'e sevk edilen 591 olgudan 463'ünün verilerine ulaşılabilmiştir. Bu da evrenin %78,3'ünü oluşturmaktadır.

Çalışmadaki olguların %44,9'u kız, %55,1'i erkektir. 463 olgunun %70,8'inin ilk değerlendirme sırasında normal olarak değerlendirilip izlemden çıkarıldığı, %22,2'sinin tedavisiz ve %6,9'unun da tedavi başlanarak izleme alındığı saptanmıştır. Normal olarak değerlendirilen olguların %47,9'u kız, %52,1'i erkek, tedavisiz izlem yapılan olguların %36,9'u kız, %63,1'i erkek, tedavi başlanarak izleme alınan olguların %40,6'sı kız, %59,4'ü erkektir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Olguların sonuç değerlendirmelere göre cinsiyetin dağılımı

	Normal		Tedavisiz İzlem		Tedavi		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
Erkek	171	52,1 <sup>b</sup>	65	63,1 <sup>b</sup>	19	59,4 <sup>b</sup>	255	55,1 <sup>b</sup>
Kız	157	47,9 <sup>b</sup>	38	36,9 <sup>b</sup>	13	40,6 <sup>b</sup>	208	44,9 <sup>b</sup>
Toplam	328	100,0 <sup>b</sup>	103	100,0 <sup>b</sup>	32	100,0 <sup>b</sup>	463	100,0 <sup>ab</sup>
		70,8 <sup>a</sup>		22,2 <sup>a</sup>		6,9 <sup>a</sup>		

a Satır yüzdesi, b Sütun yüzdesi



Olguların birinci topuk kanı alınma günü ortalaması  $1,3 \pm 3,6$  (SS) gün, ortancası 1 gün, minimum değeri 0 gün, maksimum değeri de 55 gün olarak bulunmuştur.

Birinci topuk kanlarının %87,3'ünün 1. gün ve öncesinde, %5,4'ünün 2. günde, %7,3'ünün 3. gün ve sonrasında alındığı bulunmuştur.

Olguların hastaneye başvuru günü ortalaması  $24,9 \pm 12,2$  (SS) gün, ortancası 23 gün, minimum değeri 7 gün, maksimum değeri 143 gün olarak bulunmuştur

KOÜAUH-PEK'e başvurup ilk değerlendirme sırasında normal olarak değerlendirilip izleme alınmayan 328 olgunun topuk kanı alınma günü ortalaması  $1,3 \pm 3,9$  (SS) gün, ortancası 1 gün, minimum değeri 0 gün, maksimum değeri 55 gün olarak bulunmuştur.

Olguların %12,1'i 14. gün ve öncesinde, %87,3'ü 15. ve 90. günler arasında, %0,6'sı da 91. gün ve sonrasında hastaneye başvurmuşlardır. Olguların hastaneye geliş günlerine göre klinik değerlendirme sonuçları incelendiğinde tedavi edilen olguların %93,7'sinin hastaneye 15. ve 90. günler arasında başvurduğu bulunmuştur (Tablo 2).

### Tartışma ve öneriler

Konjenital hipotiroidinin klinik bulgularının geç görülmesi nedeniyle tanı ve tedavisi geciken hastalarda ağır nörolojik gelişim bozuklukları görülmektedir. Son 30 yıldır dünyadaki tarama programlarıyla erken tanı ve tedavi başarıyla sonuçlanmış ve geç tanı nedeniyle oluşan sinirsel gelişim bozuklukları azalmıştır. Ülkemizde 2006 yılından beri tarama yapılmaktadır. Önlenemeyen zeka geriliğinin en önemli nedenlerinden biri olması, erken tanıyla tedavisinin etkin ve ucuz olması konjenital hipotiroidinin taramasının çok önemli olduğunu göstermektedir (2,3,7,8,13).

Kocaeli'nde topuk kanı TSH düzeyi yüksek gelen olgulardan KOÜAUH-PEK'e sevk edilmiş olanlar incelendiğinde %70,8'inin ilk değerlendirmede izlemiden çıkarıldığı görülmüştür. Bunun nedeni topuk kanı alınma gününün erken olmasına bağlı olabilir. Daha önce Cinaz ve ark. yaptığı çalışmada bu sıklık %96 olarak bulunmuştur. Sevk oranlarının artması, sevk edilen olguların ailelerinde çocuklarının hasta olup olmadığına dair endişe oluşturmakta öte yandan sağlık sistemi üzerindeki iş yükü ve maliyeti artırmaktadır. Topuk kanı örneğinin uygun zamanda alınması yanlış tanıyla sevk oranını ve gereksiz kaygı yaratılan aile sayısını azaltacak, taramanın efektif olmasını sağlayacak, aynı zamanda da ekonomik yükü düşürecektir (9).

Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı 2014/7 Yenidoğan Tarama Programı Genelgesi'nin birinci maddesine göre; "Tarama programı kapsamında doğan her bebekten doğumu takiben 48 saat sonra (ağızdan beslenmenin ardından) topuk kanı örneği alınması esastır. Ancak olanaklı ise çok sayıda bebeğe ulaşabilmek için sağlık kurumlarında doğan bebeklerin sağlık kurumunu terk ettiği son anda topuk kanı örneği alınmalı, eğer bu örnek bebek yeterince ağızdan beslenmeye alınmışsa hastaya ilk hafta içinde aile hekimlerine ya da en yakın sağlık kurumuna başvurarak yeni topuk kanı örneği aldırması gerektiği söylenmelidir". Ülkemizde doğumdan sonra ilk günde bebek ve annesi taburcu edildiği için topuk kanları bebeklerin sağlık kurumunu terk ettiği son anda alınmaktadır ve bu da çoğunlukla sıfırıncı ve birinci gün olmaktadır. Çalışmamızda ortalama topuk kanı alınma günü 1,37 gün, normal olarak değerlendirilip izlemiden çıkarılan hastaların topuk kanı alınma günü 1,39 gün olarak bulunmuştur. Hastaların yalnızca %5,4'ünün birinci topuk kanı 48-72 saatler arasında alınmıştır (11).

**Tablo 2.** Olguların hastaneye geliş günlerine göre klinik değerlendirme sonuçları

Hastaneye geliş günü	Sonuç				
	Normal	Tedavisiz İzlem	Tedavi	Toplam	
	Sayı	Sayı	Sayı	Sayı	Yüzde
14. gün ve öncesi	43	11	2	56	12,1
15. -90. günler	282	92	30	404	87,3
91. gün ve sonrası	3	0	0	3	0,6
Toplam	328	103	32	463	100,0

*Olgulardan tedavi başlananların hastanede tanı alması ortalama  $24,3 \pm 11,2$  gündür.*



Konjenital hipotiroidide tedavi en geç doğumdan iki hafta sonrasına kadar olmak üzere başlanabilecek en kısa sürede başlanmalıdır. Fakat yaptığımız çalışma taramadan yönlendirilen hastaların yalnızca %12,1'inin 14. gün ve öncesinde, %87,9'unun 15. gün ve sonrasında, tedavi edilen olguların %93,7'sinin hastaneye 15. ve 90. günler arasında başvurduğu bulunmuştur (5,7).

Tarama programıyla TSM'den yönlendirilen olguların çok az bir kısmının tedavi başlanması için ideal zaman olan 14 günlük ve öncesindeyken hastaneye başvurduğu saptanmıştır. Eren ve ark. yaptığı çalışmada tanı yaşı 35,2-48,3 gün olarak bulunmuştur. Çalışmamızda tedavi başlananların tanı yaşı ortalama 24,3-11,29 gündür. Geç başvuru nedenleriyle ilgili veri bu çalışmada toplanmamıştır. Ancak geç başvuru tedaviye başlamayı da geciktireceği için geri dönüşümsüz zihinsel sekellere neden olabilmektedir. Bu yüzden geç başvuruyu önlemek için çalışmalar yapılmalı ve hastanın endokrinoloji kliniğine en kısa sürede başvurması sağlanmalıdır (2,3,7,8,9,13).

#### Not:

- Bu araştırma, Halk Sağlığı AD uzmanlık öğrencileri eğitim programındaki Epidemiyolojinin Temel İlkeleri ve Araştırma Teknikleri ile Araştırma Planlama ve Uygulama dersleri kapsamında gerçekleştirilmiştir.

- Bu araştırma 18. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi'nde (Ekim 2015) poster olarak sunulmuştur.

**İletişim:** Dr. Ebru Karaca

**E-posta:** ebru.cobanoglu@kocaeli.edu.tr

#### Kaynaklar

1. Atas A, Çakmak A, Karazeybek H. Konjenital Hipotiroidizm. Güncel Pediatri. 2007; 5:70-76.
2. Gönç E N, Yordam N. Çocukluk ve Adölesanda Tiroid Hastalıkları. Günöz H, Öcal G, Yordam N, Kurtoğlu S. Pediatrik Endokrinoloji. 1. Basım. Ankara. Pediatrik Endokrinoloji ve Oksoloji Derneği Yayınları:1. 2003.261-361.

3. Günöz H. Tiroid Bezi ve Hastalıkları. Neyzi O, Ertuğrul T. Pediatri. 4. Basım. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2010. 1527-1547.
4. Hashemipour M, Amini M, Iranpour R ve ark. Prevalance of Congenital Hypothyroidism in İsfahan, Iran: Results of a Survey on 20.000 Neonates. Horm Res. 2004;62:79-83.
5. Grüters A, Jenner A, Krude H. Long-term Consequences of Congenital Hypothyroidism in The Era of Screening Programmes. Best Practice and Research Clinical Endocrinology and Metabolism. 2002;Vol 16, No:2, 369-382.
6. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu internet sayfası, Erişim Tarihi: 04.06.2015, <http://cocukergen.thsk.saglik.gov.tr/daire-faaliyetleri/taramalar/758-yenido%C4%9Fan-tarama-program%C4%B1.html>.
7. Leger H, Olivieri A, Donaldson M ve ark. European Society for Paediatric Endocrinology Consensus Guidelines on Screening, Diagnosis, and Management of Congenital Hypothyroidism. J Clin Endocrinol Metab. 2014;99(2):363-384.
8. Cinaz P. Konjenital Hipotiroidi. Klinik Pediatri. 2003;2(2):59-63.
9. Cinaz P, Yesilkaya E, Acar D ve ark. Yenidoğan Konjenital Hipotiroidizm Tarama Sonuçlarının Değerlendirilmesi. İstanbul Tıp Fak Derg. 2008;78-83.
10. Tezel B, Dilli D, Bolat H ve ark. The Development and Organization of Newborn Screening Programs in Turkey. Journal of Clinical Laboratory Analysis. 2014; 28:63-69
11. Sağlık Bakanlığı Neonatal Tarama Programı Genelge 2014/7.
12. Krude H, Kühnen P, Biebermann H. Treatment of Congenital Thyroid Dysfunction: Achievements and Challenges. Best Practice and Research Clinical Endocrinology and Metabolism. 2015; 399-413.
13. Eren E, Sağlam H, Zengin A ve ark. Konjenital Hipotiroidili Olguların Değerlendirilmesi: Ulusal Tarama Programının Etkisi. Güncel Pediatri. 2011;9:28-33.
14. Ercan O. Konjenital Hipotiroidizm Tarama Programı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sağlam Çocuk İzlemi, Sempozyum Dizisi No:35, 2003, 59-64.

# 5e Öğrenme Modeline Uygun Tasarlanan "Kanser Hastalarında Palyatif Bakım" Stajının Değerlendirilmesi

The Evaluation of the Academic Success of the Medical Students through the Elective Course on "Palliative Care in Cancer Patients" Designed in Accordance with 5e Learning Model

Araştırma



Research

Dr. Kürşat Volkan Özcan<sup>1</sup>, Dr. İsmail Okan<sup>2</sup>, Dr. Mustafa Süren<sup>3</sup>

Geliş/Received : 23.02.2015

Kabul/Accepted: 04.06.2015

## Öz

Yapılandırmacı eğitim teorisi, temel olarak bilginin öğrenenler tarafından oluşturulduğu fikrine dayanır. Teorinin eğitim ortamlarına uygulanabilmesine imkân sağlayan öğretim tasarım modellerinden biri de giriş, keşfetme, açıklama, derinleşme ve değerlendirme olarak 5 aşamadan oluşan 5E öğrenme modelidir. Bu çalışmanın amacı, tıp fakültelerinde verilen palyatif bakım eğitiminin 5E öğrenme modeli ile sunulmasının öğrencilerin akademik başarısına etkisini incelemektir. Bu kapsamda 2013–2014 eğitim öğretim yılında Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi 5. sınıfta öğrenim gören ve seçmeli staj olarak verilen palyatif bakım stajını tercih eden on beş öğrenci çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Yalnızca deney grubuna ait bulguların yorumlandığı bu çalışmada nicel araştırma yöntemlerinden zayıf deneysel araştırma deseni kullanılmıştır. Eğitim, beş anabilim dalından sekiz öğretim elemanı, hemşirelik yüksek okulundan bir hemşire öğretim üyesi, bir sosyal hizmet uzmanı ve bir diyetisyen rehberliğinde yirmi altı saat teorik, otuz sekiz saat pratik olmak üzere toplamda altmış dört saat olarak sunulmuştur. Modelin akademik başarıya etkisini incelemek amacıyla öğrencilere çalışma öncesinde ve çalışma sonrasında yirmi beş çoktan seçmeli sorudan oluşan başarı testi uygulanmıştır. Ayrıca modelin kalıcılığa etkisini belirlemek amacıyla on bir hafta sonra yirmi beş çoktan seçmeli sorudan oluşan kalıcılık testi uygulanmıştır. Yapılan bu çalışma sonucunda palyatif bakım başarı ön test ve son test toplam puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p < 0,01$ ). Ayrıca yapılan kalıcılık testi ile eğitim öncesi uygulanan ön test puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $p < 0,05$ ). Bu bulgu ışığında kanser hastalarında palyatif bakım stajının yapılandırmacı öğrenme kuramına uygun 5E öğrenme modeli ile sunulmasının akademik başarıya ve kalıcılığa olumlu etkisi olduğu söylenebilir.

**Anahtar sözcükler:** Tıp eğitimi, Öğretim tasarımı, 5E öğrenme modeli, Palyatif tıp

## Abstract

Constructivist education theory depends on the idea that the information is developed by the ones being educated. One of the applications of the theory in education is 5E learning model, which consists of five stages, namely engagement, exploration, explanation, elaboration, and evaluation.

The aim of this study is to evaluate the use of 5E learning model in an elective course on palliative care with regard to students' academic success. The sample group consisted of fifteen fifth-grade medical students who chose palliative care as an elective course during academic year 2013-2014. Since only the findings of experimental group were studied here, the weak quantitative experimental research model was used. The palliative care education was structured as sixty-four hours in total - twenty-six hours theoretical and thirty-eight hours practical - under the guidance of 8 faculty members from 5 different departments, one faculty from nursing school, one social worker and one dietician. To evaluate the effect of the model on academic success, a test containing twenty five multiple choice questions was administered before and after the course. The same test was readministered eleven weeks later to determine the effect of the model on memorability. The difference between the results of pre-course and post-course tests was significantly different ( $p < 0.01$ ). Additionally, the results of memorability test conducted after eleven weeks were significantly different ( $p < 0.05$ ) compared to the results of pre-course test. In conclusion, the presentation of elective palliative course in accordance with 5E learning model has a significant impact on academic success and memorability.

**Key words:** Medical education, Instructional design, 5E Learning model, Palliative medicine

\*Bu çalışmanın bir bölümü 8th International Computer & Instructional Technologies sempozyumunda bildiri olarak sunulmuştur.

\*\*Gaziosmanpaşa Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi Bilişimi AD., Tokat

\*\*\*Gaziosmanpaşa Ü. Tıp Fak. Genel Cerrahi AD., Tokat

\*\*\*\*Gaziosmanpaşa Ü. Tıp Fak. Anesteziyoloji AD., Tokat

## Giriş

M.Ö. 3000'li yıllardan itibaren Tıp eğitiminde usta-çırak ilişkisi önemli rol oynamıştır. (1). Yıllar içerisinde tıp eğitiminin modernleştirme çabaları devam etmiş, tıp eğitimi reformunun desteklenmesi ve tıp eğitimi kalitesinin geliştirilmesi gibi çalışmalar yürütülmüştür (2). Tıp eğitiminin niteliğinin artırılmasına yönelik çalışmalarda 1988 yılında yayınlanan Edinburg Bildirgesi ayrı bir öneme sahiptir. Edinburg Bildirgesi'nde tıp eğitiminin amacı insan sağlığının gelişmesine yardımcı olacak hekimler yetiştirmek olarak tanımlanmıştır (3,4). Bu amaca ulaşmak için tıp eğitimi programlarında son yıllarda probleme dayalı, görev odaklı, işbirlikli gibi birçok yeni öğrenme yaklaşımları uygulanmaktadır ve bu yaklaşımların temelinde yapılandırıcılık (oluşturmacılık) yer almaktadır (5).

Tıp eğitiminde önemli bir yeri olan yapılandırıcı yaklaşımda öğrenmeyi etkileyen en önemli etmenin hekim adaylarının mevcut birikimleri olduğu söylenebilir (6). Yaklaşım öğrenme süreçlerinde öğrencilere yaşantı zenginliklerinin sağlanmasını hedeflemektedir. Bu sayede mevcut bilgilerinden hareketle yeni bilgilere ulaşabilen, yeni bilgi ve becerileri üretebilen, öğrendiklerini sorgulayabilen ve analiz edebilen doktorlar yetiştirilmesi hedeflenmektedir (7).



Yapılandırıcılık müfredatın bütüncül ele alınmasına ve ders materyalleriyle öğrenenlerin sürece etkin katılımına vurgu yapar (8). Yapılandırıcı yaklaşımın esas alındığı öğretim programlarında çok farklı uygulamaların yer aldığı bunlardan birinin de beş aşamalı 5E öğrenme modeli olduğu bilinmektedir (9,10).

5E öğrenme modeli giriş, keşfetme, açıklama, derinleşme ve değerlendirme olarak beş aşamadan oluşmaktadır (11,12). Giriş aşamasında, öğretici öğrencilerin merakını artırır ve ön bilgilerinin ortaya çıkarılması gibi faaliyetlerde bulunur. Öğrenciler ise geçmiş bilgileriyle mevcut faaliyetler arasında ilişki kurmaya çalışır. Keşfetme aşaması öğrencilerin en aktif olduğu aşamadır. Bu aşama yeni fikirler üretmek için ön bilginin sorular sordukları, hipotezler ortaya koyarak sorularına yanıt aradıkları aşamadır. Öğretmenler ise sorular yardımıyla öğrencileri yönlendirirler. Açıklama aşaması öğrencilerin giriş ve keşfetme aşaması sonunda kavramsal değişimlerini gözlemlemek için öğretmenlere fırsat sunar. Öğrenciler ise kavramlarını açıklar, öğretmenlerinden ve arkadaşlarından alacakları rehberlik ile doğruya ulaşmaya çalışır. Derinleşme aşamasında öğretmenler öğrencilerden bilgiyi bütünlüklerini bekler ve konunun farklı yönlerini belirterek daha derin ve geniş bir anlayış kazanmalarına yardımcı olur. Öğrenciler ek etkinlikler yaparak bilgilerinin farklı durumlarda işlevini inceleyerek derinleşmeye çalışır. Değerlendirme aşaması eğitim hedeflerine ulaşmada öğrencilerin kendilerini gözden geçirmelerine teşvik eder. Öğretmenlere ise öğrencilerin bilgi ve becerilerini değerlendirmek için fırsatlar sunar (7,11,13).

Öğrencilerin merakını artırıp, öğrenme süreci içerisinde aktif olarak kalmalarını sağlayan ve öğrencilerin beklentilerini tatmin eden aktiviteleri içeren bu modelin başarıya, derse karşı olan tutuma ve kalıcılığa olan etkisini inceleyen birçok çalışma olduğu bilinmektedir (14). Genellikle fen öğretiminde uygulanan modelin biyokimya, mikrobiyoloji, biyomedikal gibi alanlarda da uygulandığı görülmüştür (15). Bu araştırmadan elde edilecek veriler tıp fakültelerinde verilen palyatif bakım eğitiminin yapılandırıcı model ile sunulmasının öğrenci başarısına ve kalıcılığa etkisinin bilinmesine yardımcı olacaktır. Ayrıca



modelin işleyişi ile ilgili bilgiler verilecek olması tıp fakültelerindeki öğretim elemanlarına yapılandırıcı yaklaşım hakkında katkı sağlayabilecektir.

Araştırmanın amacı, Tıp Fakültesi beşinci sınıf öğrencilerine sunulan seçmeli palyatif stajının 5E öğrenme modeli ile tasarlanmasının öğrenci akademik başarısına ve kalıcılığa etkisini incelemektir.

Bu kapsamda aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır: Seçmeli palyatif stajının 5E öğrenme modeli ile tasarlanmasının öğrencilerin akademik başarısına etkisi nedir?

Seçmeli palyatif stajının 5E öğrenme modeli ile tasarlanmasının kalıcılığa etkisi nedir?

## Gereç ve Yöntem

Bu çalışmada 5E öğrenme modeli ile tasarlanmış bir seçmeli stajın etkisi tek grup ön test son test deseni olarak da adlandırılan zayıf deneysel yöntemle gerçekleştirilmiştir (16). Araştırma kapsamında, 3 yıldır devam eden palyatif bakım ekibinde yer alan 4 anabilim dalından 7 öğretim elemanının, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı'ndan 1 öğretim elemanının, 1 hemşire ve 1 sosyal hizmet uzmanının rehberliğinde stajın içeriği ve yapısı belirlenmiş, uygulanacak öğretim modeline uygun veri toplama araçları geliştirilmiştir. İki hafta süresince verilen eğitim, yirmi altı saat teorik, otuz sekiz saat pratik olmak üzere toplamda altmış dört saatten oluşmuştur.

Araştırmanın evreni, 2013 – 2014 eğitim-öğretim yılında tıp fakültesinde öğrenim gören bir önceki

**Tablo 1.** Çalışma süresince uygulanan işlemler

Model adımları	İşlemler
<b>Giriş</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Öğrencilere öğretim programı hakkında bilgi verildi.</li><li>- Öğrencilere inceleyebileceği palyatif hastaları dağıtıldı. Öğrenciler üçer kişilik çalışma gruplarına ayrıldı.</li><li>- Hastalara uygulanan tedavilere ilişkin sorular sorularak geçmiş bilgilerin hatırlanması sağlandı.</li><li>- Öğrencilere belirtileri tanıma ve tedavisi hakkında bilgi verildi.</li><li>- Kendi çevrelerinde palyatif bakım gören yakınlarının tedavi süreçleri tartışıldı.</li></ul>
<b>Keşfetme</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Öğrencilerin hastalar hakkındaki bilgilere hastalardan, hasta yakınlarından ve hastane bilgi sisteminden ulaşmaları sağlandı.</li><li>- Belli saatlerde öğrencilerin klinikte ve kütüphanede araştırma yapmalarına imkân sağlandı ve teşvik edildi.</li><li>- Öğrencilerin karşılaştıkları sorunlara arkadaşlarıyla yanıt bulmalarına rehberlik edildi.</li></ul>
<b>Açıklama</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Öğrencilerin karşılaştığı durumları açıklamaları istendi ve kendi düşüncelerinin sınıf ortamında tartışılması sağlandı.</li><li>- Her öğretim üyesi kendi uzman olduğu konuda seminer verdi, öğrencilerle kavramların tartışılmasını sağladı ve öğrencilerin sorular yardımıyla doğruya ulaşmalarını destekledi.</li><li>- Öğrencilerin açıklamalarına göre belirtilerin ayırıcı tanıları ve tedavi metotları tartışıldı.</li></ul>
<b>Derinleşme</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Öğrenciler hastalarını daha iyi tanıyabilmek için, tedavi eden doktorları ile yüz yüze görüştü, hastanın hastalığı ve uygulanan tedavi süreci hakkında bilgi almak için telefonla hasta yakınları ile görüştü.</li><li>- Grup içerisinde yapılan tartışmalardan ve yaptıkları araştırmalardan elde ettikleri bilgiler ışığında giriş adımında kendilerine dağıtılan palyatif hastalarına uygulanan tedaviyi eleştirmeleri istenmiş ve kendi geliştirdikleri çözümlerini savunmaları istenmiştir.</li><li>- Öğrencilere bilgilerini pekiştirmek için sözel sorular soruldu ve tartışma ortamları oluşturulmaya çalışıldı.</li></ul>
<b>Değerlendirme</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Öğrencilerin palyatif bakım konusundaki bilgilerini incelemek için yirmi beş soruluk çoktan seçmeli bir test uygulanmıştır.</li><li>- Hastalar hakkındaki sunumları ve planladıkları tedaviyi sınıf ortamında sunmaları istendi ve nesnel yapılandırılmış değerlendirme formu ile değerlendirildi.</li></ul>

Tablo 2. Ön test-son test başarı puanlarının değerlendirilmesi				
Grup	N	$\bar{X}$	Z*	p
Ön Test	15	14,53	-3,43	0,00
Son Test		20,53		

\* Wilcoxon testi

Tablo 3. Son test-kalıcılık test başarı puanlarının değerlendirilmesi				
Grup	N	$\bar{X}$	Z*	p
Son Test	11	20,53	-2,35	0,02
Kalıcılık Testi		17,09		

\* Wilcoxon testi

Tablo 4. Ön test – kalıcılık test başarı puanlarının değerlendirilmesi				
Grup	N	$\bar{X}$	Z*	p
Ön Test	11	14,53	-2,23	0,03
Kalıcılık Testi		17,09		

\* Wilcoxon testi

yıl Genel Cerrahi Stajında zorunlu iki saatlik Palyatif Bakım eğitimini almış beşinci sınıf öğrencilerinden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise palyatif seçmeli stajını tercih eden on beş öğrenci oluşturmaktadır. Eğitim öncesinde katılımcıların bağımlı değişkene ilişkin ölçümleri (ön test) tespit edilmiştir. Ardından iki hafta süre ile eğitim uygulanmıştır. İki haftalık eğitim süresince tüm öğretim elemanları modelin ön gördüğü adımlar rehberliğinde öğrencileri yönlendirmişlerdir. Çalışma süresince 5E öğrenme modeliyle ilgili adımlara ilişkin uygulamalar Tablo 1'de verilmiştir.

Eğitimin ardından hekim adaylarının palyatif bakım konusuna ilişkin akademik başarılarını belirlemek amacıyla yirmi beş çoktan seçmeli sorudan oluşan son test uygulanmıştır. Eğitim sona erdikten on bir hafta sonra modelin kalıcılığına



Şekil 1. Araştırmanın işleyişinin şekilsel gösterimi

etkisini belirlemek için öğrencilere önceden haber vermeden son test olarak kullanılan yirmi beş çoktan seçmeli soru kalıcılık testi olarak uygulanmıştır. Araştırmanın genel işleyişi Şekil 1'de verilmiştir.

Veri toplama aracı olarak öğretim elemanları tarafından hazırlanmış yirmi beş çoktan seçmeli sorudan oluşan ön test ve son test kullanılmıştır. Hazırlanan soruların sunulan öğretim programının kazanımlarına paralel olması nedeniyle kapsam geçerliliğinin olduğu kabul edilmiştir. Bu yüzden ayrıca bir yapı geçerliliği kontrolü yapılmamıştır. Her doğru soru "1" puan, yanlış soru ise "0" ile puanlandırılmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilere uygulanan ön test, son test ve kalıcılık başarı puanları arasındaki anlamlılık düzeyini incelemek amacıyla Wilcoxon işaretli sıralar testi uygulanmıştır.

### Bulgular

#### Seçmeli palyatif stajının 5E öğrenme modeli ile tasarlanmasının öğrencilerin akademik başarısına etkisi

Başarı testlerine ait ön test ve son test puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $Z=-3,43$ ;  $p=0,00$ ). Bu bulgu 14,53 olan eğitim öncesi ön test ortalama puanın eğitim sonrasında 20,53 olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgular Tablo 2'de verilmiştir.

#### Seçmeli palyatif stajının 5E öğrenme modeli ile tasarlanmasının kalıcılığa etkisi

Başarı testlerine ait son test ve kalıcılık testi puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $Z=-2,35$ ;  $p<0,05$ ). Bu bulgu 20,53 olan eğitim sonrası ortalama test puanının 11 hafta sonrası uygulanan kalıcılık testinde 17,09 olduğunu göstermektedir. Elde edilen bulgular Tablo 3'te verilmiştir.

Son test ve kalıcılık testi puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmüştür ( $Z=-2,35$ ;  $p<0,05$ ). Bunun üzerine her iki teste de katılan öğrencilerin ön test– kalıcılık testi başarı puanları arasındaki anlamlılık düzeyini incelemek amacıyla Wilcoxon işaretli sıralar testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgular Tablo 4'te verilmiştir.

Başarı testlerine ait ön test ve kalıcılık testi puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak

anlamli olduğu görülmüştür ( $Z=-2,23$   $p<0,05$ ). Bu bulgu 14,53 olan eğitim öncesi test puanını uygulanan eğitim tamamlandıktan 11 hafta sonrası uygulanan kalıcılık testinde 17,09 olduğunu göstermektedir. Araştırmaya katılan öğrencilere uygulanan ön test, son test ve kalıcılık testi başarı puanları ortalamaları Şekil 2’de verilmiştir.

Bu bulgu her iki teste de katılan 15 öğrencinin 14,53 olan eğitim öncesi ön test başarı puanını eğitim sonrasında 20,53 olduğunu göstermektedir. Kalıcılık testine katılan on bir öğrencinin ise başarı puanının ise 17,09 olduğu görülmüştür.

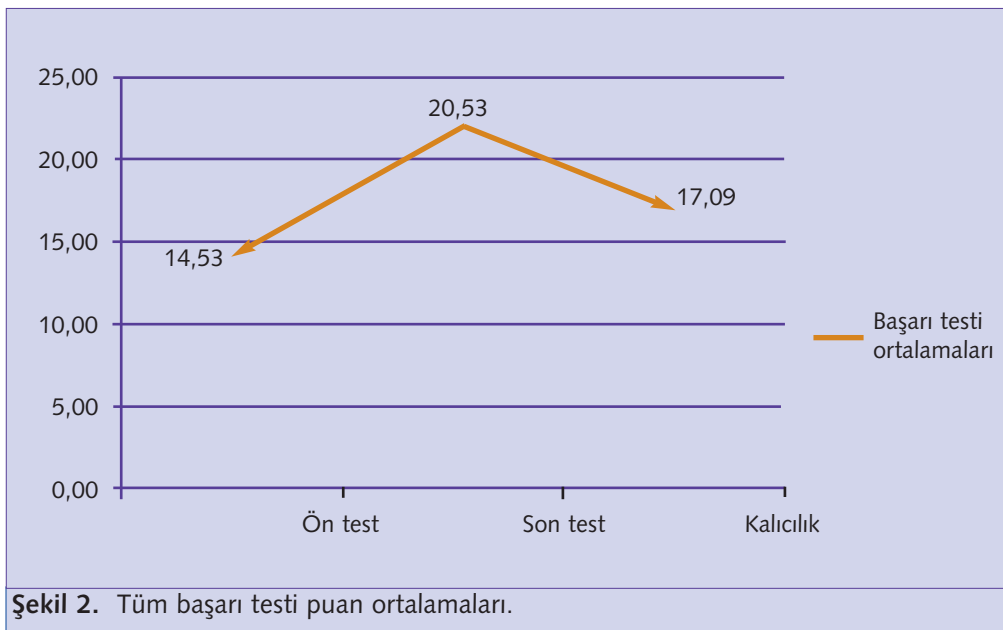
### Tartışma

Günümüz eğitim sisteminde etkili öğrenme yaklaşımlarından birinin yapılandırıcılık olduğu ve bu yaklaşımın tıp eğitiminde yaygın kullanıldığı bilinmektedir (6,17). Tıp fakültelerinde, özellikle kliniklerde verilen eğitimde yapılandırıcılığın uygulanması bir takım zorlukları beraberinde getirmektedir (18). Yapılandırıcılığın eğitim ortamlarında uygulanmasına yönelik zorluklara karşı geliştirilmiş öğretim tasarım modelleri olduğu bilinmektedir (19). Bu çalışmada Tıp Fakültesi beşinci sınıf öğrencilerine verilen seçmeli palyatif bakım stajı eğitiminin 5E öğrenme modeli ile sunulmasının öğrenci akademik başarısına ve kalıcılığa etkisini incelenmiştir.

Çalışmada uygulama öncesi sınıfın başarı testi ortalaması 14,53 iken uygulamanın sonunda

sınıfın başarı testi ortalamasının 20,53’e yükseldiği görülmüştür. Başarı testi ortalamalarındaki yükselişe istinaden bu model ile verilen eğitimin başarıya pozitif anlamda etkisi olduğu söylenebilir. İlgili alan yazın incelendiğinde 5E modelinin başarıyı etkisinin olduğunu belirten çalışmalar olduğu görülmüştür (20,21). Yalçın ve Bayrakçeken (2010) tarafından yapılan çalışmada, üniversite öğrencilerinin kimya dersinde 5E modelinin uygulanmasının başarıya etkisi olduğu görülmüştür. Yine modelin fizik dersi başarısı üzerine etkisinin incelendiği diğer bir çalışmada anlamlı düzeyde etki saptanmıştır (22,23). Sunulan çalışmaların sonuçlarının bu araştırmanın sonuçlarını destekler nitelikte olduğu görülmüştür. Bunun yanı sıra evrim konulu bir çalışmada 5E modelinin öğrenmeye etkisinin olmadığı ortaya konmuştur (22). Modelin akademik başarıya olumlu etkisinin olması yaparak ve yaşayarak öğrenmeyi destekler bir yapıya sahip olmasına bağlanmıştır (24).

5E öğrenme modelinin akademik başarıya etkisinin incelenmesinin yanı sıra kalıcılığa etkisinin de incelenmesi gerektiği belirtilmiştir (25). Bu araştırma kapsamında modelin kalıcılığa olan etkisi incelendiğinde uygulama sonunda gerçekleştirilen başarı testi ortalaması (kalıcılık testine giren öğrencilerin) 19,90 iken on bir hafta sonrası gerçekleştirilen kalıcılık testinde ortalamasının 17,09’a düştüğü görülmüştür. Bu sonuca bakarak modelin kalıcılığa etkisinin olmadığı söylenebilir. Fakat kalıcılık testine giren



Şekil 2. Tüm başarı testi puan ortalamaları.



on bir öğrencinin uygulama öncesi başarı testi ortalaması ile kalıcılık testi ortalamasında anlamlı farklılık olduğu ve ortalamaların 14,26'dan 17,09'a yükseldiği görülmüştür. Stajın bitiminden on bir hafta sonra stajı alan öğrencilerin palyatif bakım konusundaki kavramsal becerilerinde bir miktar düşüş olmasına karşın staj öncesine nazaran daha başarılı oldukları ortaya çıkmıştır. Son test ile kalıcılık testi arasında anlamlı farklılık olmasına karşın kalıcılık testinde ön teste göre daha başarılı sonuçların elde edildiği çalışmalara literatürde rastlamak olanaklıdır (26,27). Bu sonuçtan hareketle 5E öğrenme modelinin kalıcılığa etkisinin olduğu söylenebilir. Literatür incelendiğinde modelin kalıcılığa etkisinin olduğunu belirten çalışmalar bulunmaktadır (28). Örneğin eğik atış hareketi konusunda 5E modeli esas alınarak sunulan öğrenci grubunun geleneksel model ile dersin sunulduğu guruba nazaran kalıcılık testinde daha başarılı olduklarını belirtmiştir (14).

Modelin uygulanabilirliği konusunda sınıf mevcutlarının kalabalık olmasının ve eğiticilerin modeli yeteri kadar benimsememelerinin dezavantaj oluşturabileceği söylenmiştir (29). Özellikle uygulamanın yoğun olduğu alanlarda çok büyük öğretimsel değişikliklere gerek olmadan bazı ufak değişiklikler ile bu model sayesinde başarıya ulaşmanın daha kolay olduğu belirtilmiştir (30). Bu nedenle bu çalışmada olduğu gibi klinik stajlarda ve kalabalık olmayan staj gruplarında bu modelin uygulanmasının başarılı olacağı söylenebilir. Yine modelin uygulanmasında günlük yaşamdan eğlenceli



aktivitelerin yer almasının öğrenmeyi kolaylaştıracağı söylenmiştir (31). Ayrıca eğitimde senaryonun değiştirilmesiyle farklı konularda öğrenmelerin gerçekleşmesine imkân sağlayan bir yapısı mevcuttur (32).

Yukarıdaki sonuçlara göre, tıp fakültesi öğrencilerinin palyatif bakım eğitiminde 5E modelinin uygulanmasının öğrencilerin bu alandaki başarısına katkıda bulunduğu ve öğrenilenlerin kalıcılığını artırdığı bulunmuştur. Bu alanda geniş katılımlı çalışma grubu ve karşılaştırmalı yapılacak araştırmalara gereksinim vardır.

**İletişim:** Dr. Kürşat Volkan Özcan

**E-posta:** kursatvolkan@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Kapıcıoğlu MİS, İşler V, Bulun M, Toprak Ş, Okutanoğlu A, Gülnar B, Ganiz M C, Yalçın G, Keskin D, Bıkmaz İ. Tıp eğitiminde senkron eğitim ve Selçuklu Tıp Fakültesi'ndeki uygulamaları. TOJET 2003;2(3):137-141.
2. Ozan S, Gürpınar E, Şahin H. Yolumuza ışık tutanlar: Tıp eğitimcileri için önemli kuruluşlar ve belgeler. Tıp Eğitimi Dünyası. 2011;(32):30-68.
3. Akkoç H, Bilgin HM, Daşdağ, MM, Çiçek, R. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesinde uygulanan öğretim programının ÇEP ile uyumu ve öğrencilerin yıl sonu notlarındaki değişimler, Dicle Tıp Dergisi. 2007;34(1):107- 10.
4. Kalaça, S. (2000). İnteraktif çalışma modülü: Eğitim yönlendiricileri için el kitabı. İstanbul: Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi.
5. Turan, S., & Sayek, İ. (2006). Tıp eğitiminde öğrenen merkezli yaklaşımlar. Hacettepe Tıp Dergisi, 37, 171-175.
6. Özmen, H. (2004). Fen öğretiminde öğrenme teorileri ve teknoloji destekli yapılandırmacı (constructivist) öğrenme. The Turkish Online Journal of Educational Technology, 3(1), 100-111.
7. Şentürk, C. (2010). Yapılandırmacı Yaklaşım ve 5E Öğrenme Döngüsü Modeli. Eğitime Bakış, 6(17), 58-62.
8. Schunk, D. H. (2009). Öğrenme teorileri eğitimsel bir bakışla. Çeviri Edit. Muzaffer Şahin). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
9. Su, C. Y., Chiu, C. H., & Wang, T. I. (2010). The development of SCORM-conformant learning content based on the learning cycle using participatory design. Journal of Computer Assisted Learning, 26(5), 392-406.
10. Aktaş, M. 5E Öğrenme modeli ve iş birlikli öğrenme yönteminin biyoloji dersi tutumuna

- etkisi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi. 2013;32(2):1-19.
11. Bybee, R. W., Taylor, J. A., Gardner, A., Van Scotter, P., Powell, J. C., Westbrook, A., & Landes, N. (2006). The BSCS 5E instructional model: Origins and effectiveness. Colorado Springs, CO: BSCS.
  12. Hırça, N., Seven, S., & Azar, A. (2012). 5E Öğrenme Modeline Göre Bilgisayar Destekli Öğretim Materyali Tasarlama:" Iş, Güç ve Enerji" Ünitesi Örneği. Kuramsal Eğitimbilim Dergisi, 5(3).
  13. Bybee, R. W. (2009). The BSCS 5E instructional model and 21st century skills. National Academies Board on Science Education, Washington, DC: Retrieved March, 4, 2011.
  14. Ergin, İ. (2012). Fen Eğitiminde 5E Modeli ile İlgili Yazılı Kaynaklar Dizini. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi, 1(1), 53-67.
  15. Markowitz, D. G., & DuPre, M. J. (2007). Graduate Experience in Science Education: The Development of a Science Education Course for Biomedical Science Graduate Students. CBE - Life Sciences Education, 6(3), 233-242.
  16. Büyüköztürk, Ş., Çakmak, E.K., Akgün, Ö.E., Karadeniz, Ş. & Demirel, F., (2012). Bilimsel Araştırma Yöntemleri, Pegem Akademi, Ankara.
  17. Demirören, M., & Palaoğlu, Ö. (2011). Klinik Akıl Yürütme Modelleri, Öğretimi Ve Değerlendirilmesi. Tıp Eğitimi Dünyası, (29). 1-10.
  18. Harden, R. M., Crosby, J., Davis, M. H., Howie, P. W., & Struthers, A. D. (2000). Task-based learning: the answer to integration and problem-based learning in the clinical years. Medical Education-Oxford, 34(5), 391-397.
  19. MacDonald, G. L., Miller, S. S., Murry, K., Herrera, S., & Spears, J. D. (2013). Efficacy of ACA strategies in biography-driven science teaching: an investigation. Cultural Studies of Science Education, 8(4), 889-903.
  20. Ceylan, E., & Geban, Ö. (2009). Facilitating Conceptual Change In Understanding State Of Matter And Solubility Concepts By Using 5E Learning Cycle Model. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi, (36), 41-51.
  21. Kowasupat, C., Jittam, P., Sriwattanothai, N., Ruenwongsa, P., & Panijpan, B. (2012). Development of an Inquiry-based Learning Unit for Enhancing High-school Students' Understanding of Animal Social Behavior. International Journal Of Learning, 18(10), 167-190.
  22. Yalcin, F. A., & Bayrakçeken, S. (2010). The effect of 5E learning model on pre-service science teachers' achievement of acids-bases subject. International Online Journal of Educational Sciences, 2(2), 508-531.
  23. Ergin, İ., Kanlı, U., & Tan, M. (2007). Fizik Eğitiminde 5E Model'inin Öğrencilerin Akademik Başarısına Etkisinin İncelenmesi. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi, 27(2), 191- 209.
  24. Bayar F. İlköğretim 5. sınıf fen bilgisi öğretim programında yer alan ısı ve ısının maddedeki yolculuğu ünitesi ile ilgili bütünleştirici öğrenme kuramına uygun etkinliklerinin geliştirilmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, KTÜ, Fen Bilimleri Enstitüsü, 2005 Trabzon.
  25. Özsevgeç, T. (2006). Kuvvet ve hareket ünitesine yönelik 5E modeline göre geliştirilen öğrenci rehber materyalinin etkililiğinin değerlendirilmesi. Türk Fen Eğitimi Dergisi, 3(2), 36-48.
  26. Ergin, İ. (2009). 5E Modeli'nin Öğrencilerin Akademik Başarısına ve Hatırlama Düzeyine Etkisi:"Eğik Atış Hareketi" Örneği. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 9(18), 11-26.
  27. Bıyıklı C. 5E öğrenme modeline göre düzenlenmiş eğitim durumlarının bilimsel süreç becerileri, öğrenme düzeyi ve tutuma etkisi. Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2013.
  28. Artun H, Coştu B. Effect of The 5e model on prospective teachers' conceptual understanding of diffusion and osmosis: A mixed method approach. Journal of Science Education and Technology. 2013;22(1):1-10.
  29. Bozdoğan AE, Altunçekiç A. Fen bilgisi öğretmen adaylarının 5E öğretim modelinin kullanılabilirliği hakkındaki görüşleri. Kastamonu Eğitim Dergisi 2007;15(2):579-590.
  30. Tanner, K. D. (2010). Order matters: using the 5E model to align teaching with how people learn. CBE-Life Sciences Education, 9(3), 159-164.
  31. Jackson, J., & Castro, A. (2011). A High-Stakes-Test Intervention. Science Scope, 34(5), 22-28.
  32. Carrier, S. J., & Thomas, A. (2010). Potato Problem Solving. Science And Children, 47(7), 33-37.

# Bir Kredi Yurtlar Kurumunda Kalan Kız Öğrencilerin Genital Sağlık Durumu ve Etkileyen Faktörler

Genital Health Status among Female Students Staying in a Dormitory of Students Loans and Dormitories Institution and Affecting Factors

Araştırma



Research

Dr. Nazan Gürarlan Baş<sup>1</sup>, Dr. Gülnaz Karatay<sup>2</sup>, Dr. Duygu Arıkan<sup>3</sup>

Geliş/Received : 14.12.2015

Kabul/Accepted: 21.03.2016

## Öz

**Amaç:** Kredi Yurtlar Kurumu'na bağlı bir öğrenci yurdunda kalan kız öğrencilerin genital sağlık durumları ve etkileyen faktörleri değerlendirmektir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı türde olan araştırma, 20-25 Haziran 2015 tarihleri arasında, Kredi Yurtlar kurumunda 465 kız öğrenci ile yürütülmüştür. Araştırmanın verileri, yüz yüze görüşme tekniği ile Kız Öğrencilerin Genital Sağlık Durumları ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Soru Formu kullanılarak toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS programında sayı, yüzdeler ve ki kare önemlilik testi kullanılarak analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Öğrencilerin yaş ortalaması  $21,42 \pm 1,74$  olup, %60,6'sı haftada üç kez banyo yaptığını, %41,2'si haftada üç kez iç çamaşır değiştirdiğini, %18,7'si adet döneminde banyo yapmadığını; %47,5'i günlük ped kullandığını ifade etmiştir. Öğrencilerin %72,7'sinin tuvalete girmeden önce ellerini yıkamadağı ve %38,5'inin genital bölgeyi uygun biçimde temizlemediği görülmüştür.

Öğrenciler son bir yıllık süre içinde idrar yaparken yanma ve ağrı (%69,7), beyaz peynir kesimine benzer kaşıntılı akıntı (%72,9) ve yeşil/sarı renkte kötü kokulu akıntı sorunu (%20,9) yaşadığını bildirmiştir. Genital akıntısı olan öğrencilerin çoğunluğu doktora gitmediğini ifade etmiştir.

**Sonuç:** Yurtta kalan kız öğrencilerin genital sağlık ve hijyene ilişkin sorunlarının olduğu görülmüştür.

**Anahtar sözcükler:** Genital sağlık, Hijyen, Hemşirelik

## Abstract

**Aim:** The aim of the study was to assess the genital health status among female students staying in a dormitory of Students Loans and Dormitories Institution and affecting factors.

**Method:** This descriptive study was conducted in a dormitory of Students Loans and Dormitories Institution with the participation of 465 female students on June 20-25, 2015. The research data were collected through face-to-face interviews using a Questionnaire on Genital Health Status among Female Students and Affecting Factors. These data were analysed using numbers, percentages and chi-square significance tests in SPSS software.

**Findings:** The mean age of the students was  $21.42 \pm 1.74$ . According to their statements, of the respondents, 60,6 % was taking a bath three times a week, 41,2% was changing their underwear three times a week, 18,7 % wasn't taking bath during menstruation and 47,5% was using daily pads. It was seen that 72,7% of the students wasn't washing their hands before going to the toilet and 38,5% of them wasn't cleaning their genital area properly. The students reported that they had burning sensation and pain during urination (69,7 %), itchy, white, cottage cheese-like vaginal discharge (72,9 %) and yellow or green colored, foul-smelling discharge (20,9 %) during the last one year period. The majority of the students having vaginal discharge stated that they have not seen a physician.

**Conclusion:** It was found that the female students staying in the dormitory experienced some problems regarding genital health and hygiene.

**Key words:** Genital health, Hygiene, Nursing.

1 Yrd. Doç.; Tunceli Ü. Sağlık Yüksekokulu, Tunceli

2 Doç.; Tunceli Ü. Sağlık Yüksekokulu, Tunceli

3 Prof.; Atatürk Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Erzurum



## Giriş

Toplumun yaklaşık yarısını oluşturan kadınların sağlığı, genel sağlık göstergelerinin önemli bir belirleyicisi niteliğindedir. Günümüzde, kadın sağlığını tehdit eden etmenlerin ilk sıralarında, önlenebilir nitelikte olan üreme sistemine ilişkin sorunlar gelmektedir (1). Jinekoloji polikliniklerine başvuru nedenleri değerlendirildiğinde, kadın üreme organlarının yapı ve fizyolojisine ait sorunların önemli yer tuttuğu (2,3), bu sorunlar içerisinde genital enfeksiyonların en sık yaşanan sorun olduğu görülmektedir (4). Özellikle ergenlik süreciyle birlikte kadınların üriner sisteme ilişkin sorunları aşamalı olarak artabilmektedir.

Dünyada yaklaşık bir milyon kadın, cinsel yolla geçiş göstermeyen üriner kanal enfeksiyonu, bakteriyel vajinozis gibi ürogenital enfeksiyonlara maruz kalmakta (4,5) ve kadınların en az %75'inde genital bir enfeksiyon öyküsü bulunmaktadır (1,2,5,6). Türkiye'de yapılan çalışmalarda da genital enfeksiyonların kadın sağlığını tehdit eden ve yaşam kalitesini düşüren önemli bir sorunu olduğu görülmektedir (2,7,8). Kadınlarda genital enfeksiyonlar yaygın görülmesine karşın, bu enfeksiyonların hastalık olarak algılanmaması, genital muayeneye ilişkin ön-yargılar, damgalanma korkusu, kadınların sosyal-güvence kapsamında olmaması gibi nedenler tıbbi tedaviye ulaşmayı engelleyebilmektedir (9,10,11,12,13). Dolayısıyla genital enfeksiyon yaşadığı halde sağlık kuruluşlarına başvuramayan kadınlar, tedavisiz kaldıkları için enfeksiyon sürecini uzatmakta (12,13) ve komplikasyon gelişmesine zemin hazırlamakta, aynı zamanda enfeksiyonu çevrelerine bulaştırabilmektedirler (1,11,14). Tedavi edilmeyen genital enfeksiyonlar, pelvik inflamatuvar hastalık, infertilite, düşük, ektopik gebelik, genital organ kanserleri gibi hastalık ve ölüm nedenleri arasında yer alabilmektedir (4). Ayrıca kadının genel yaşam kalitesi ve cinsel yaşamı da olumsuz yönde etkilenebilmektedir (2).

Genital enfeksiyonlara neden olan etmenlere bakıldığında, kişisel hijyen alışkanlıkları ile yakından ilişkili olduğu görülmektedir. Kadınlarda genel hijyen eksikliği, genital bölge temizliğinin uygun biçimde yapılmaması, tuvalet öncesi ve sonrası el yıkama alışkanlığının olmaması, vajinal lavaj uygulamaları, uygunsuz iç çamaşır kullanılması, adet döneminde hijyene önem

verilmemesi, gereksiz antibiyotik kullanımı gibi risklerin bazı çalışmada gösterildiği görülmektedir (14,15,16,17,18). Bütün bu riskler yanında diğer bir risk faktöründe toplu yaşam alanlarında kullanılan ortak tuvaletlerdir.

Kadınlarda genital enfeksiyonlara yol açan etmenlere bakıldığında, toplu yaşam alanlarını paylaşan kız öğrencilerinin genital enfeksiyon riski taşıdığı söylenebilir. Özellikle 15-24 yaş grubunda yer alan genç kadınların bu dönemde üreme sağlığı hakkında yeterli ve doğru bilgiye sahip olmamaları genital enfeksiyon riskini artırmaktadır (19). Bununla birlikte gençlik döneminin sağlıklı bir dönem olarak algılanması, genç kadınların genital sorunlarının göz ardı edilmesine neden olabilmektedir (20).

Genç kadınlarda üreme sağlığının korunması ve geliştirilmesinde sağlık çalışanlarına özellikle hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Kadınların genital organlarının yapı ve özelliklerini tanımaları, genital sorunlarını erken fark edip tıbbi tedaviye yönelebilmeleri ve genital enfeksiyonlardan korunmaları, hemşirelik hizmetlerinin etkin yürütülmesi ile olanaklı olabilir. Bu amaçla hemşirelerin kadınlarda genital enfeksiyona yatkınlığı artıran kişisel ve çevresel riskleri tanımaları gerekir. Bu çalışmanın amacı, Kredi Yurtlar Kurumu'na bağlı bir öğrenci yurdunda kalan kız öğrencilerin genital sağlık durumlarını ve etkileyen etmenleri değerlendirmektir.

## Gereç ve Yöntem

**Araştırmanın Türü:** Bu çalışma tanımlayıcı türde planlanmıştır.

## Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Kredi Yurtlar Kurumu (KYK) bağlı bir kız öğrenci yurdunda kalan 863 öğrenciyi kapsamaktadır. Evrenden örneklem seçimine gidilmeden, araştırmaya katılmaya gönüllü 465 kız öğrenci araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

**Verilerin Toplanması:** Çalışmanın verileri 20-25 Haziran 2015 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler, araştırmacılar tarafından literatür taranarak (1,2,11,14,19,21) oluşturulan "Kız Öğrencilerin Genital Sağlık Durumları ve Etkileyen Faktörlere İlişkin Soru Formu" kullanılarak

toplanmıştır. Formda yer alan ilk 8 soru sosyo-demografik özellikler, 17 soru genital sağlık ve öğrencilerin genital hijyen alışkanlıklarıyla ilişkilidir. Soru formu uygulanmadan önce 10 katılımcı üzerinde ön-uygulama yapılmış ve soru formuna son şekli verilmiştir. Çalışmanın verileri anketörler tarafından, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Her bir görüşme ortalama 10-15 dakika sürmüştür.

**Verilerin Değerlendirilmesi:** Elde edilen veriler bilgisayar destekli SPSS programında yüzdelerle yardımcıyla, bazı hijyenik alışkanlıklar ile genital belirtiler arasındaki ilişki ise ki-kare testi kullanılarak analiz edilmiştir.

**Araştırmanın Etiği:** Çalışmanın yapılabilmesi için Kredi Yurtlar Kurumu İl Müdürlüğü'nden gerekli kurumsal izin, kız öğrencilerden de sözel izin alınmıştır.

### Bulgular

Toplu yaşam alanı olan bir öğrenci yurdunda kalan kız öğrencilerin genital sağlık durumları ve

etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları aşağıda yer almaktadır.

Yaş ortalaması  $21,42 \pm 1,74$  olan öğrencilerin, %13,5'i ön lisans, %86,5'i lisans programına kayıtlı olup (%33,8'i İBFF, %25,8'i EF, %22,8'i MF, %13,5'i MYO, %4,1'i SYO) çoğunluğu birinci ve ikinci sınıfta (%32,9'u birinci sınıf, %31,0'ü ikinci sınıf) öğrenim görmektedir. Çoğunluğu (%65,8) birinci öğretimde öğrenim gören öğrencilerin, %33,3'ü sosyal güvence kapsamında olmayıp, %38,9'u aylık olarak eline geçen harçlığın giderlerini karşılamaya yetmediğini belirtmiştir (Tablo 1).

Öğrencilerin bazı hijyenik alışkanlıkları değerlendirildiğinde; %60,6'sı haftada üç kez banyo yaptığını, %64,7'si genital bölgeyi temizlerken yalnızca su, %24,0'ı sabun, %11,3'ü losyon kullandığını; %17,8'i banyodan sonra genital bölgeyi kurulamadığını; %62,9'u iç çamaşır alırken pamuklu olmasına dikkat ederken, diğerleri görünüşüne ve ucuz olmasına dikkat

**Tablo 1.** Çalışma süresince uygulanan işlemler

Özellikler	Sayı	Yüzde
Yaş Ortalaması	21,42±1,74	
<b>Öğrenim Gördüğü Bölüm</b>		
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi (İBFF)	157	33,8
Edebiyat Fakültesi (EF)	120	25,8
Mühendislik Fakültesi (MF)	106	22,8
Meslek Yüksek Okulu (MYO)	63	13,5
Sağlık Yüksek Okulu (SYO)	19	4,1
<b>Öğrenim Tipi</b>		
Birinci öğretim	306	65,8
İkinci Öğretim	159	34,2
<b>Sınıf</b>		
Birinci	153	32,9
İkinci	144	31,0
Üçüncü	80	17,2
Dördüncü	88	18,9
<b>Sosyal Güvence</b>		
Var	310	66,7
Yok	155	33,3
<b>Aylık Harçlığın Giderleri Karşılama Durumu</b>		
Harçlık Giderlerden Az	181	38,9
Harçlık Giderleri Karşılıyor	273	58,7
Harçlık Giderlerden Fazla	11	2,4

ettiğini; %4,9'u iç çamaşırını haftada bir kez, %9,9'u iki kez, %41,2'si iki kez değiştirdiğini; %45,2'si iç çamaşırlarını elde yıkadığını; %47,5'i günlük ped kullandığını; %21,7'si adet döneminde pedini doldukça değiştirdiğini; %18,7'si adet döneminde banyo yapmadığını ve banyo yapanların büyük çoğunluğu (%93,9) ayakta yapmayı tercih ettiğini ifade etmiştir. Öğrencilerin %98,1'i alaturka tuvalet kullandığını, %72,7'si tuvalete girmeden önce ellerini yıkamadığını, %38,5'i taharetlenmeyi arkadan öne doğru yaptığını ifade etmiştir (Tablo 2).

Öğrencilerin %69,7'si yurttan kaldığı süre içerisinde idrar yaparken ağrı sorunu yaşadığını; %72,2'si hijyenine dikkat ederek geçmesini beklediğini ve %26,6'sı doktora gittiğini; %72,9'u beyaz süt kesigi şeklinde akıntı ve beraberinde kaşıntı sorunu yaşadığını, %41,6'sı akıntının geçmesini beklediğini, %34,6'sı hijyene dikkat ettiğini, %23,3'ü ise doktora gittiğini ifade etmiştir. Benzer biçimde öğrencilerin %20,9'u yeşil renkte kötü kokulu akıntı sorunu yaşadığını, 2/3'ü geçmesini beklediğini ya da hijyene dikkat ettiği, %36,0'ı ise doktora gittiğini ifade etmiştir (Tablo 3).

Tuvalete girmeden önce ellerini yıkayan öğrencilerin %59,8'inde, yıkamayanların ise %74,4'ünde idrar yaparken ağrı/yanma gibi şikayetler olduğu; tuvalete girmeden önce ellerini yıkayan öğrencilerin %64,5'inde beyaz renkte ve süt kesigi şeklinde akıntı ve vajinada kaşıntı şikayeti görülürken, tuvalet öncesi ellerini yıkamayan öğrencilerin %75,8'inde bu şikayetlerin gözlemlendiği; yine tuvalete girmeden önce ellerini yıkayanların %16,5'inde yeşil/sarı renkte kötü kokulu akıntı görülürken, tuvalete girmeden önce ellerini yıkamayan öğrencilerin %22,3'ünde bu şikayetlerin görüldüğü gözlemlenmiştir. Tuvalete girmeden önce el yıkama alışkanlığı ile idrar yaparken ağrı/yanma ve beyaz süt kesigi biçiminde akıntı sorunu yaşama arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Tuvalet öncesi el yıkama durumu ile yeşil/sarı renkte kötü kokulu akıntı sorunu yaşama arasında ilişkiye bakıldığında; tuvalet öncesinde ellerini yıkamayan kız öğrenciler daha fazla yeşil/sarı renkte kötü kokulu akıntı sorunu yaşadıkları halde aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ( $p > 0,05$ , Tablo 4).

## Tartışma

Kadınlarda önemli bir sorun olan genital enfeksiyonların, genel hijyen özellikle de genital hijyen alışkanlıkları ile ilişkisi bulunmaktadır. Hijyenik alışkanlıkları uygun bir biçimde yerine getirme olanaklarının sınırlı olduğu toplu yaşam alanlarında, genital enfeksiyonlar önemli bir sorun olarak karşımıza çıkabilmektedir. Bu çalışmada, genç nüfustan oluşan yurt ortamında kız öğrencilerin genital sağlık durumlarını ve bazı hijyenik alışkanlıklarla ilişkisini değerlendirmek amaçlanmıştır. Çalışma konusunun mahrem bir alanı kapsamaması, bazı hijyenik alışkanlıkların gözlemlenmesini engellediği için çalışmanın bulguları öğrencilerin ifadeleri ile sınırlıdır. Bu sınırlılığa karşın, yurttan kalan öğrencilerin yarısından fazlasını kapsayan bu çalışmada elde edilen verilerin, belirtilen grubun eğitim ve danışmanlık gereksinimini ortaya koymasından dolayı önemli olduğu düşünülmektedir.

Öğrencilerin bazı hijyenik alışkanlıklarına bakıldığında; yaklaşık 1/3'ü haftada bir ya da iki kez banyo yaptığını; çoğunluğu genital bölgeyi suyla yıkadığını ifade etmiştir. Çalışmada her gün düzenli olarak günlük duş alan öğrenci sayısı oldukça azdır. Özdemir ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında üniversite birinci sınıf öğrencilerinin %80,7'sinin, dördüncü sınıf öğrencilerinin ise %3,3'ünün haftada iki-üç kez banyo yaptıkları saptanmıştır (6). Koyun ve arkadaşları (2013) ile Arıkan ve arkadaşlarının (2004) kız öğrencilerle yaptığı çalışmalarda, eğitim öncesinde öğrencilerin banyo yapma sıklığının yetersiz olduğu görülmüştür (12,21). Bu bulgular öğrencilerin, genel hijyenik uygulamalar ile ilgili eğitim gereksinimi olduğunu düşündürmektedir.

Genital sağlığı korumada iç çamaşır tercihi ve yıkama yöntemi önemlidir. İç çamaşırların sentetik olması, sık değiştirilmemesi ya da uygun olmayan yöntemlerle yıkanması genital enfeksiyonlara yatkınlığı artırabilmektedir (22). Araştırmada öğrencilerin yaklaşık 2/3'ü iç çamaşırların pamuklu olmasına dikkat ettiğini belirtirken, diğer öğrenciler görünüş ya da fiyatına dikkat ettiklerini ifade etmişlerdir. Öğrencilerin yarısından fazlasının iç çamaşırlarını günlük olarak değiştirmedeği de göz önünde bulundurulduğunda, iç çamaşırların sentetik yapıda olması enfeksiyon riskini artıran bir faktör olabilmektedir. Ayrıca iç çamaşırların pamuklu

**Tablo 2.** Öğrencilerin bazı hijyen alışkanlıklarının dağılımı (n=465)

	Sayı	Yüzde
<b>Haftalık banyo yapma sıklığı</b>		
Bir Kez	14	3,0
İki Kez	84	18,1
Üç Kez	282	60,6
Her gün	85	18,3
<b>Genital bölgeyi temizleme yöntemi (n=462)*</b>		
Su	301	64,7
Sabun	112	24,0
Losyon	49	11,3
<b>Genital bölgeyi kurulama durumu</b>		
Kuruluyor	383	82,2
Kurulamıyor	82	17,8
<b>İç çamaşır alırken nelere dikkat edildiği</b>		
Pamuklu olması	293	62,9
Görünüşü	90	19,4
Ucuz olması	82	17,4
<b>İç çamaşır değiştirme sıklığı</b>		
Haftada bir kez	19	4,2
Haftada iki kez	46	9,9
Haftada üç kez	192	41,2
Her gün	208	44,7
<b>İç çamaşırları yıkama şekli</b>		
Elde	210	45,2
Makinada	255	54,8
<b>Çamaşır Makinasında İç Çamaşır Yıkama Sıcaklığı (OC) (Ort±SS)</b>	61,11±18,11	
<b>Günlük ped kullanma durumu</b>		
Kullanıyor	221	47,5
Kullanmıyor	244	52,5
<b>Adet döneminde ped değiştirme sıklığı (n=417)*</b>		
4 saatten az süreyle	228	59,3
6 saat arayla	88	18,9
Ped doldukça	101	21,7
<b>Adet döneminde duş alma durumu</b>		
Alıyor	378	81,3
Almıyor	87	18,7
<b>Adet Döneminde duş alma şekli (n=378)*</b>		
Ayakta	355	93,9
Oturarak	23	6,1
<b>Tuvalet öncesi elleri yıkama durumu</b>		
Yıkıyor	127	27,3
Yıkamıyor	338	72,7
<b>Tahretlenme şekli</b>		
Önden arkaya	286	61,5
Arkadan öne doğru	179	38,5

\*Yanıt verenleri kapsamaktadır.



olmaması yüksek ısılarda yıkanmasını da engelleyebilmektedir. Bu çalışmada öğrencilerin yarıya yakını iç çamaşırlarını elde yıkadığını ifade etmiştir. Yıkama için çamaşır makinasının tercih edilmesi durumunda ise ortalama yıkama sıcaklığı mikroorganizmaları tamamen öldürecek düzeye ulaştırılmadığı görülmektedir. Bu durum, genelde genç kızlarda tercih edilen iç çamaşırların yüksek ısıya dayanıklı olmayan renkli ve sentetik nitelikte olması ile açıklanabilir. Demirtaş (2006)'ın çalışmasında birinci sınıf öğrencilerinin %70,2'sinin, dördüncü sınıf öğrencilerinin ise %34,8'inin iç çamaşırının günlük ya da gün aşırı değiştirilmesini gerektiğini bilmediği, birinci sınıf öğrencilerin %77,2'sinin, dördüncü sınıf öğrencilerin ise %42,7'sinin iç çamaşırını uygun yıkama yöntemlerini bilmediği görülmüştür (22). Koyun ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında öğrencilerin %82,5'inin pamuklu iç çamaşır giydiği, %15,0'inin iç çamaşırlarını günlük değiştirdiği (12), Özdemir ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise üniversite birinci sınıf

öğrencilerin %29,3'ünün, dördüncü sınıf öğrencilerin %65,3'ünün günde bir kez iç çamaşır değiştirdiğini bildirilmiştir (6). Ardahan ve Bay (2009), dördüncü sınıf öğrencilerinin %72,7'sinin, birinci sınıf öğrencilerinin %77,3'ünün pamuklu iç çamaşır giydiğini, dördüncü sınıf öğrencilerinin %43,4'ünün, 1. sınıf öğrencilerinin %33,0'ünün iç çamaşırını günde bir kez değiştirdiklerini belirtmiştir (1). Timur (2010), yurttan kalan öğrencilerin %42,0'ünün pamuklu iç çamaşır giydiğini, %19,6'sının her gün iç çamaşır değiştirdiğini ifade etmiştir (19). Yapılan diğer araştırmaların sonuçlarına bakıldığında elde edilen bulgular bu çalışmanın bulguları ile paralellik göstermektedir.

Genital enfeksiyonlar açısından diğer bir önemli faktör adet dönemi hijyenidir. Adet döneminde enfeksiyona uygun bir ortam oluşmaması için pedlerin dört-altı saat aralıklarla değiştirilmesi ve günlük olarak ayakta ılık duş alınması gerekir. Bu çalışmanın bulguların bakıldığında öğrencilerin

**Tablo 3.** Öğrencilerde son bir yılda yaygın görülen genital sorunlar ve başatme biçimleri (n=465)

	Sayı	Yüzde
<b>İdrar yaparken ağrı/yanma</b>		
Yaşayan	324	69,7
Yaşamayan	141	30,3
<b>Başatme biçimi (n=324)*</b>		
Geçmesini bekleme	4	1,1
Hijyene dikkat etme	234	72,2
Doktora gitme/ ilaç kullanma	86	26,6
<b>Beyaz süt keşiği biçiminde kaşıntılı akıntı</b>		
Yaşayan	339	72,9
Yaşamayan	126	27,1
<b>Başatme biçimi (n=185)**</b>		
Geçmesini bekleme	77	41,6
Hijyene dikkat etme	64	34,6
Doktora gitme/ ilaç kullanma	44	23,8
<b>Yeşil/sarı renkte kötü kokulu akıntı</b>		
Yaşayan	97	20,9
Yaşamayan	368	79,1
<b>Başatme biçimi (n=97)*</b>		
Geçmesini bekleme	31	32,0
Hijyene dikkat etme	31	32,0
Doktora gitme/ ilaç kullanma	35	36,0

\*Genital enfeksiyon yaşayanları kapsamaktadır.

\*\*Yanıt verenleri kapsamaktadır.

yaklaşık 1/5'inin, adet döneminde pedini doldukça değiştirdiği ve duş almadığı, duş alanların ise az bir kısmının oturarak duş aldığı görülmektedir. Koyun ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında katılımcıların %72,5'i adet döneminde bazen, %22,5'i her gün duş aldığı, %60,0'ünün da ayakta duş aldığını ifade edilmiştir (12). Özdemir ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında üniversite birinci sınıf öğrencilerinin %63,3'ünün, dördüncü sınıf öğrencilerinin %89,3'ünün adet döneminde duş aldığı bildirilmiştir (6). Timur (2010) tarafından yapılan çalışmada, yurttan kalan öğrencilerin %65,6'sının adet döneminde günde üç-dört ped değiştirdikleri ve %76,8'i banyo yaptığı bildirilmiştir (19). Bu çalışmanın ve bu çalışmaya paralellik gösteren diğer çalışmaların bulguları göz önünde bulundurulduğunda, kadınların adet dönemi hijyeni konusunda eğitim ve danışmanlık hizmetlerine gereksinimleri olduğu düşünülebilir. Genital bölge enfeksiyonlarında önlemede, tuvalet sonrasında olduğu kadar tuvalete

girmeden önce de ellerin yıkanması önemlidir. Bu çalışmada öğrencilerin çoğunluğunun tuvalet öncesi ellerini yıkamadığı (Tablo 2), yapılan istatistiksel değerlendirmede tuvalet öncesi ellerini yıkamayan öğrencilerin daha fazla genital sağlık sorunları yaşadığı görülmüştür ( $p < 0,05$ , Tablo 4). Ünsal ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında katılımcıların %81,5'inin (11), Ocaktan ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında %69,7'sinin (4), Ardahan ve Bay (2009)'ün çalışmasında dördüncü sınıf öğrencilerinin %42,2'sinin, birinci sınıf öğrencilerinin %24,7'sinin tuvalete girmeden önce ellerini yıkamadığı saptanmıştır (1). Ocaktan ve arkadaşları (2010) yaptığı çalışmada tuvaletten önce elleri yıkama ile genital ve üriner enfeksiyon arasında anlamlı bir fark saptamıştır (4). Bu çalışmada tuvalet öncesi el yıkama yüzdesi diğer çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur. Ancak genel olarak bakıldığında ülkemizde tuvalete girmeden önce el yıkama alışkanlığı tam olarak yerleşmediği görülmektedir. Oysa literatür incelendiğinde genital bölge temizliği yapılmadan

**Tablo 4.** Tuvalet öncesi ellerin yıkanma durumu ile genital enfeksiyon belirtileri arasındaki ilişki

	Sayı	Yüzde
<b>İdrar yaparken ağrı/yanma</b>		
Yaşayan	324	69,7
Yaşamayan	141	30,3
<b>Başetme biçimi (n=324)*</b>		
Geçmesini bekleme	4	1,1
Hijyene dikkat etme	234	72,2
Doktora gitme/ ilaç kullanma	86	26,6
<b>Beyaz süt keşiği biçiminde kaşıntılı akıntı</b>		
Yaşayan	339	72,9
Yaşamayan	126	27,1
<b>Başetme biçimi (n=185)**</b>		
Geçmesini bekleme	77	41,6
Hijyene dikkat etme	64	34,6
Doktora gitme/ ilaç kullanma	44	23,8
<b>Yeşil/sarı renkte kötü kokulu akıntı</b>		
Yaşayan	97	20,9
Yaşamayan	368	79,1
<b>Başetme biçimi (n=97)*</b>		
Geçmesini bekleme	31	32,0
Hijyene dikkat etme	31	32,0
Doktora gitme/ ilaç kullanma	35	36,0

\*Genital enfeksiyon yaşayanları kapsamaktadır.

\*\*Yanıt verenleri kapsamaktadır.

önce ellerin, kısmen de olsa mikroorganizmalardan arındırılması önemlidir. Aksi halde tuvalet kağıdı aracılığı ile eldeki mikroorganizmalar vajinal bölgeye taşınarak enfeksiyona neden olabilmektedir (23).

Yukarıda belirtilen riskler yanında öğrencilerin taharetlenme biçimi de genital enfeksiyonlara yol açabilecek çıkaracak niteliktedir ve bu çalışmada kız öğrencilerin 1/3'ünden fazlası defekasyon sonrası genital bölgeyi arkadan öne doğru temizlediğini ifade etmiştir. Timur (2010)'un çalışmasında katılımcıların %19,2'sinin (19), Özdemir ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında birinci sınıf öğrencilerinin %45,8'inin dördüncü sınıf öğrencilerinin %9,4'ünün (6), Koyun ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında katılımcıların %7,5'inin (12), Ardahan ve Bay (2009)'ın çalışmasında ise üniversite dördüncü sınıf öğrencilerin %3,0'ünün, birinci sınıf öğrencilerinin %16,5'inin arkadan öne doğru taharetlendiği bildirilmiştir (1). Bazı çalışmalarda ise taharetlenme biçimi ile genital ve üriner enfeksiyon arasındaki ilişki gösterilmiştir (4,24,25).

Kadınlarda en yaygın görülen genital enfeksiyonları tikomanas vaginalis, mantar enfeksiyonu ve idrar yolları enfeksiyonları oluşturmaktadır. Çalışma kapsamına alınan öğrencilerin yarısından fazlası yurttan kaldıkları süre içerisinde yukarıda belirtilen hastalıklarla ilgili olduğu düşünülen sarı ya da yeşil renkte, kokulu, süt kesiği biçiminde, kaşıntılı belirtiler yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Öğrencilerin yaklaşık 1/4'ü genital bölgeye ilişkin bu belirtiler karşısında tıbbi tedaviye başvurduğu belirtirken, tıbbi yardım almayan öğrenciler bu belirtilerle kendi kendine baş etmeyi denemişlerdir (Tablo 3). Oysa tedavi edilmeyen genital sorunların sonraki yaşam dönemlerinde üreme sistemi sorunlarına yol açabileceği literatürde yer almaktadır (5, 22). Timur (2010)'un yaptığı çalışmada da, yurttan kalan öğrencilerin %23,2'sinin anormal vajinal akıntı sorunu yaşadığı, %31,5'inin doktora gittiği, doktora gidenlerin %60,0'ünün enfeksiyon tanısı aldığı bildirmiştir (19). Benzer biçimde Şahin, Orak ve Canuygur (2014)'ün çalışmasında da katılımcıların %34,2'sinin adet döneminde normal olmayan genital akıntı yaşadıklarını ve bunlarının ancak yarısının doktora başvurduğu bildirilmiştir (14). Koyun ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında genital enfeksiyonda tıbbi muayeneye başvurma

sıklığı yalnızca %17,5 olarak bulunmuştur (12). Bu çalışmanın bulguları ve yapılan diğer çalışmalarda da görüldüğü gibi genital sorun yaşayan öğrencilerin tıbbi yardım arama davranışları oldukça düşüktür. Bu durum genç kızlarda sağlık algısı ve farkındalığı ile ilgili sorunların önemine işaret etmektedir. Belirtilen bu farkındalığın geliştirilmesi açısından birinci basamakta sunulan koruyucu hizmetler ve bu kapsamda sunulan sağlık eğitimi önemli bir işleve sahiptir.

### Sonuç ve Öneriler

Çalışmada elde edilen bulgulara göre, yurtlarda kalan üniversiteli kız öğrencilerde genel vücut hijyeni ve genital hijyeni ile ilgili sorunlar bulunmaktadır. Belirtilen bu sorunların genital enfeksiyon riskini artırdığı görülmektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda, birinci basamak sağlık hizmetleri tarafından üniversiteli kız öğrenciler özellikle de yurtlarda kalan öğrencilere genital sağlığın korunması için bazı eğitim programlarının düzenlenmesi önerilmektedir.

### Teşekkür

*Araştırmada veri toplama aşamasında katkı sunan Hemşirelik 4. Sınıf öğrencisi Miyase Akay ve Ömer Bozoğlu'na teşekkür ederiz.*

**İletişim:** Dr. Nazan Gürarlan Baş

**E-posta:** nbas@tunceli.edu.tr

### Kaynaklar

1. Ardahan M, Bay L. Hemşirelik Yüksek Okulu 1.ve 4. sınıf öğrencilerinin vajinal akıntı ve bireysel hijyen hakkındaki bilgi düzeyleri. Ege Tıp Dergisi 2009;48(1):33-43.
2. Karatay G, Bahar Özvarış Ş. Bir sağlık merkezi bölgesindeki gecekondularda yaşayan kadınların genital hijyene ilişkin uygulamalarının değerlendirilmesi. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006;10:7-14.
3. Egan ME, Lipsky SM. Diagnosis of vaginitis: American family physician 2000; 62(5):1095-1104.
4. Ocaktan ME, Baran E, Akdur R. Evaluation of habitual behavior related to genital hygiene in women living in a health care center area. Saudi Med J 2010;31(11):1251- 6.
5. Reid G, Bruce AW. Urogenital infections in women: can probiotics help? Postgraduate Medical Journal 2003;79(934):428-32.
6. Özdemir S, Ortabağ T, Tosun B, Özdemir Ö, Bebiş H. Hemşirelik yüksek okulu öğrencilerinin genital hijyen hakkındaki bilgi düzeylerinin ve davranışlarının değerlendirilmesi. Gülhane Tıp Derg. 2012;54:120-8.

7. Özyazıcıoğlu N, Ünsal A, Sezgin S. The effects of toilet and genital hygiene education on high school students' behavior. *International Journal of Caring Sciences* 2011;4(3):120-4.
8. Özkan S, Sevil Ü. Kadınlarda sık görülen vulvovajinal enfeksiyonlar. *Pakman Matbaacılık İzmir*. 2004.p.19-50.
9. Theroux R. Factors influencing women's decisions to self- treat: *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 200;17(4):156-62.
10. Prasad JH, Abraham S, Kurz KM, George V, Lalitha MK, John R, et al. Reproductive tract infections among young married women in Tamil Nadu, India. *Int Fam Plan Perspect* 2005;31:73-82.
11. Ünsal A, Özyazıcıoğlu N, Sezgin S. Doğu Karadeniz'deki bir belde ve ona bağlı dokuz köyde yaşayan bireylerin genital hijyen davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2010;13(2):12-9.
12. Koyun A, Özpulat F, Bahar Özvarış Ş. Bir eğitim programı geliştirme ve değerlendirme süreci: ortaöğretim kız öğrencileri için "genital hijyen" eğitim programı. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2013;2(4):443-59.
13. Demirbağ BC, Çan G, Kaya S, Köksal İ. rahim içi araç ve oral kontraseptif kullanan 18-49 yaş arasındaki kadınlara verilen eğitimin genital hijyen davranışlarına etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2012;9(3):15- 20.
14. Şahin Orak N, Canuygur A. Jinekoloji kliniğinde yatan hastaların genital hijyen davranışlarının incelenmesi. *Balikesir Sağlık Bil. Derg.* 2014: 3(3):130-4.
15. Önal AE, Önoğlu N, Babaoğlu AB, Özer C, Güngör G. Some hygiene behaviours and genital infection complaints among 15-49 aged women in a suburban area of İstanbul. *Nobel Med* 2011;7(2):96-100.
16. Funkhouser E, Hayes TD, Vermund SH. Vaginal douching practices among women attending a university in the southern United States. *Journal of American College Health* 2010;50(4):177-82.
17. Temel M, Metinoğlu, M. Tekirdağ iline bağlı I ve IV nolu sağlık ocaklarına başvuran 15-49 yaş kadınlarda genital hijyen uygulamalarının incelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 2007;15(59):91-9.
18. Czerwinski BS, Variation in feminine hygiene practices - as a function of age. *JOGNN* 2005;29(6):625-33.
19. Timur S. Bir üniversite öğrenci yurdunda kalan kız öğrencilerin genital hijyen davranışları. *e-Journal of New World Sciences Academy Medical Sciences* 2010;5(4):9- 48.
20. World Health Organization (WHO), Department of Reproductive Health and Research. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections: 2006-2015. Breaking the chain of transmission. Geneva: WHO Press: 2007.p.24.
21. Arıkan D, Tortumluoğlu G, Özyazıcıoğlu N. Öğrencilere verilen planlı eğitimin mensturasyon hijyen davranışlarına etkisi. *Uluslararası İnsani Bilimler Dergisi* 2004. ISSN: 1303-5134.
22. Demirtaş B. Hemşirelik öğrencilerinin vulva sağlığına ilişkin bilgilerinin saptanması. *Hacettepe Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*. 2006;13:14-25.
23. Taşkın L. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık. 7. Baskı. Ankara.2004.p.539-54.
24. Çabuk N, Soylu A, Kavukçu S, Türkmen M. Toplumumuzdaki ilköğretim programındaki kız çocuklarında "tuvalet sonrası temizlik yönteminin" sosyoekonomik yapı ve üriner sistem enfeksiyonu ile ilişkisi nedir?. *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi* 1999;2:56-64.
25. Dybas I, Sidor-Wojtowicz A, Koziol-Montewka M. Bacterial flora and mycosis of the vagina in women with symptoms of vaginal inflammation. *Ginekol Pol.* 2005;76(5):385-90.





Dr. Nurten Elkin<sup>1</sup>

Geliş/Received : 08.12.2015  
Kabul/Accepted: 22.04.2016

### Öz

İletişim insanın anlamak ve anlaşılma için gösterdiği çabanın bir ürünüdür ve insan için vazgeçilmez bir olgudur. Ergenlik dönemi ise fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan ve bireyin bağımsızlığını, kimlik duygusunu ve sosyal üretkenliğini kazandığı zaman sona eren bir dönemdir. Bu dönem biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimsel değişikliklerle karakterizedir. Yapılan çalışmalar, ergenlerin aile içi iletişimleriyle ilgili duygusal sağlıkları arasındaki ilişki olduğunu göstermekte olup, ailelere verilen "aile içi iletişim eğitimi" nin ergenlerin duygusal sağlığının geliştirilmesinde önemli bir etmen olduğu bulunmuştur. Bir ergenin sosyal, ekonomik, fizyolojik ve psikolojik açıdan gereksinimlerini karşıladığı ve gelişimini sürdürdüğü en küçük toplumsal kurum ailedir. Ailede bireyler bir etkileşim ve iletişim ağı içindedirler. Bu noktada ailenin yapısı ve aile içi iletişim ergenin gelişim sürecini etkileyen en önemli faktör olup, bu düşünceden hareketle, iletişimi, etkili iletişimi ve iletişimin özelliklerini tanımlamak, aile içi iletişimin ergenin gelişimine olan etkisini vurgulamak amaçlanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Ergen; İletişim; Aile; Gelişim

### Abstract

Communication is a product of human effort to understand and to be understood and essential to human beings. Adolescence is a period that begins with sexual and psychosocial maturation occurring as a consequence of physical and emotional changes and concludes with achieving independence, sense of identity and social productivity. This period is characterized by the changes in biological, psychological and social development. Previous studies indicate a relationship between intra-family communication and emotional health of adolescents. It was found that "the training on intra-family communication" provided for the families is an important factor in development of adolescents' emotional health. The family is the smallest social institution, in which the social, economical, physiological and psychological needs of the adolescents are fulfilled and their development is being maintained. The individuals are in a network of interaction and communication within the family. In this sense, the family pattern and intra-family communication are most important factors affecting adolescent development, thus, it was aimed to identify the communication, effective communication and the characteristics of the communication and to put emphasis on the influence of intra-family communication on adolescence development.

**Key words:** Adolescent, Communication, Family, Development

## Giriş

İletişim; son yüzyılda en temel gereksinimlerden birini oluşturmakta ve kişinin kendini var edebilmesi içinde doğru iletişim becerilerine sahip olması gerekmektedir. Fakat iletişim konusunda yalnızca teknik bilgiler ve beceriler yeterli değildir. İletişim bilgi ve becerilerinin temelinde sevgi, anlayış ve hoşgörü olmalıdır (1). Kendisiyle barışık, huzurlu ve mutlu insanlar başkalarıyla da daha sağlıklı iletişim kurabilirler. İletişim insanların anlamak ve anlaşılmaq için gösterdikleri bir çabanın ürünü olup, insan yaşamının vazgeçilmez bir unsurudur (2). İletişimle insanlar diğer insanlarla, diğer düşüncelerle ve diğer durumlarla ilişki kurmaktadır (3). İletişim kurmak ve bunu öğrenmek zorundayız çünkü iletişim kurmadan yaşamak nerdeyse imkansız gibidir. İki insan birbirinin farkına vardığı andan itibaren iletişim baslar; bu iki kişinin söylediği söylemediği, yaptığı-yapmadığı her şeyin, yüz ifadesinin, beden duruşunun, ses tonunun ve bakışın anlam vardır (4). İletişim toplumun biçimlenmesinde temel oluşturmakta ve bireyler diğer kişilerle kurdukları düzenli iletişim yoluyla toplumun bir üyesi olmaktadır. Aile bireylerinin kendilerini ifade edebilmelerinde de aile içi iletişim önemli bir yer tutmaktadır. Özmen'in 15-18 yaş arası ergenlerle yürüttüğü çalışma sonucunda, benlik saygısı yüksek olan ergenlerin daha çoğulcu aile içi

iletişime sahip oldukları sonucuna varmıştır (5). Çocukların ve ergenlerin aile içinde kendilerini ifade edebilmeleri, dinlenildiklerini bilmeleri ve fikirlerine önem verildiklerini bilerek büyütölmüş olmaları gelişimleri açısından oldukça önemlidir. Kocaman'ın yaptığı araştırmada iletişim becerisi iyi olan çocukların duygusal zekalarının da daha yüksek olduğu sonucuna varmıştır (6). Ergenlik dönemi, fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan ve bireyin bağımsızlığını, kimlik duygusunu ve sosyal üretkenliğini kazandığı zaman sona eren bir dönemdir. Bu dönem biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimsel değişikliklerle karakterizedir (7). Öztürk'ün ergenlerin aile içi iletişimleriyle duygusal sağlıkları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi çalışmasında ailelere verilen "aile içi iletişim eğitimi" ergenlerin duygusal sağlığının geliştirilmesinde önemli bir etmen olduğu bulunmuştur (8). İletişim engelleri bireyin duygularının önemsiz olduğu, isteklerine saygı duyulmadığı, sorunlarını kendi kendine çözme yeteneğinin olmadığı mesajını vermektedir. Bu mesajlar bireyin kendini değersiz ya da önemsiz hissetmesine, benlik saygısının düşmesine ve kendine olan güvenini kaybetmesine neden olmaktadır. Aile içi iletişimde iletişimi etkileyen en önemli olgunun benlik saygısı sorunu olduğu belirtilmektedir. Benlik saygısını, kullanılan iletişim



örüntüleri azaltmakta ya da çoğaltmaktadır (9). Gordon, çocuğun ya da ergenin probleminin çözümünde etkili iletişimin ve etkin dinlemenin önemli olduğunu vurgulamaktadır (10). Aile ile rahat iletişim kurabilen çocuklar ve ergenler sorunlarını ailelerine kolay açıklayabilir ve bazı sorunları ile daha kolay baş edebilirler (11). Ergenle iletişim kurmak genellikle zorluklarla doludur. Ergen, hayatındaki değişimlerle, yetişkinler ise değişen çocuğu anlamakla uğraşır. Ergenle iletişim kurmak sabır ve ustalık ister (12). Yetişkinliğe hazırlanan ergenlerin gelişmelerinin sağlıklı olması ve geleceğin sağlıklı bireyleri olmaları için ergenle iletişime önem verilmesi ve konunun ele alınarak irdelenmesi gerekmektedir. Bu düşünceden hareketle makalede iletişimi, etkili iletişimi tanımlamak, iletişimin özelliklerini, amaçlarını ve fonksiyonlarını belirlemek, ergenlik dönemini tanımlamak ve ergenlikteki psikososyal gelişimden bahsederek, aile içi etkili iletişimin ergenin gelişimi açısından önemini vurgulamak amaçlanmıştır.

### **İletişim Nedir?**

İletişim sözcüğü batı dillerindeki "communication" sözcüğünün karşılığı olarak dilimizde kullanılmaktadır. Communication sözcüğünün kökeninde Latince communis sözcüğü bulunmakta ve bu kavramda birçok kişiye ve nesneye ait ortaklaşa gerçekleştirilen anlamında kullanılmaktadır. Bu noktadan yola çıkarak iletişimin köken olarak yalnızca iletileri aktarmaktan ziyade, toplumsal olarak da bir etkileşimi içerdiğini söylemek olanaklıdır (13). Bilgi, düşünce, duygu, tutum ve kanılarla, davranış biçimlerinin kaynak ile alıcı arasındaki bir ilişki yoluyla bir insan ya da insanlardan diğerine bazı kanallar kullanılarak, anlam olarak üzerinde uzlaşılan sembeler aracılığıyla değişimi ve aktarılması sürecidir (14). İnsan iletişiminin temel özelliği, yarattığı dilin kendi duygu ve düşüncelerini, denetimlerini biçimlendirmesi ve ona dolaylı yaşantılar kazandırmasıdır. Kısaca iletişim, insan yaşamının ve toplumsal/ kültürel düzenin olmazsa olmaz bir koşuludur (15).

### **İletişimin Temel Öğeleri**

İletişim sürecinde yer alan öğeler; kaynak, ileti, kodlama-kod açma, kanal, alıcı, geri-bildirim ve gürültü şeklinde sıralanabilir (15).

İletişim sürecinin başlatıcısı konumundaki kaynak; algılama, seçme, düşünme, yorumlama süreçlerinde ürettiği anlamlı iletileri sembeler aracılığı ile gönderen kişi ya da kişilerdir. Hangi iletinin, hangi kanalla, hangi araçla, hangi alıcıya gönderileceğine kaynak karar vermektedir.

İletilerin duygu, düşünce, haber ya da bilgiden oluştuğu söylenebilir. İletinin kaynaktan alıcıya ve geribildirim de alıcıdan kaynağa ulaşmasını sağlayan yol, ortam olarak tanımlanabilecek kanal, iletişimde zaman ve mekan engellerini aşma işlevi de görmektedir.

İletişim, kodların kullanımını içerdiğine göre anlamların paylaşımını sağlayabilmek için iletişim sürecinde kodlamanın ve kod açmanın olması gerekmektedir. Kodlama bilgilerin, düşüncelerin ve duyguların alıcı tarafından anlaşılmasına olanak tanıyacak biçimde iletme uygun hazır bir mesaja dönüştürülmesidir. Kod açma ise kaynak tarafından gönderilen mesajların, alıcı tarafından anlamlandırılması; başka bir ifadeyle, iletiye yüklenen anlamın çözümlenmesi işlemidir (13). Kanal, bilgi, duygu, düşüncelerin kaynak ve alıcı tarafından paylaşımının gerçekleşmesi sürecinde, iletilerin üzerine yüklendiği araçlar şeklinde tanımlamak olanaklıdır (16).

İletinin ulaştığı kişi ya da kitle, alıcı olarak adlandırılmaktadır. Daha kapsamlı tanımlanacak olursa, alıcı (hedef); "kaynaktan gelen iletileri belli biyolojik ve psiko-sosyal süreçlerden alıp yorumlayan ve bunlara sözlü, sözsüz tepkide bulunan kişi ya da gruplardır" (15).

İletişime, süregiden süreç niteliğini kazandıran önemli bir öge de geribildirimdir. İletişim modellerinde değişimin tek yönlü iletişimden geribildirimli iletişime doğru olduğu bilinmektedir. Alıcının iletilere verdiği tepki ya da tepki verme süreci olan geribildirim; "kaynaktan iletilen mesajın anlamının alıcı tarafından algılanıp algılanmadığı, algılanmış ise nasıl bir tepki gösterdiğini ifade eden bir süreç" olarak tanımlanmaktadır (17).

Yukarıda sıralanan iletişim öğelerine bazen gürültü olarak adlandırılan bir öge de eklenebilmektedir. Kaynağın isteği dışında, kaynak ile alıcı arasındaki iletiye eklenen her şey gürültü kavramı içine girmektedir (13).



Ögeleri açıklanan iletişim sürecine ilişkin olarak vurgulanması gereken en önemli nokta, sözü edilen süreci belirleyen birçok etkenin işin içine girdiği gerçeğidir.

### **İletişimin Amaçları**

Birey için iletişimin temel amacını, “insanın çevresi ve kendi yaşamı üzerinde etkin ve belirleyici olabilmek çabası” biçiminde ortaya koymaktadır. Bu temel amaca bağlı olarak, yine birey açısından iletişimin amacı; bilgilenmek, ikna etmek, bilgilendirmek, yönetmek, eğlenmek, başkalarında davranış, tutum geliştirmek ve değiştirmek olarak da sıralanmaktadır (15).

İletişimin işlevleri: Bilgilendirme, toplumsallaştırma, güdüleme, eğitim, kültür, eğlence, tartışma ortamı hazırlama, bütünleştirme, denetleme, yönlendirme, toplumsal ilişki kurma, sorun çözüp kaygı azaltma, uyarma, gerekli rolleri üstlenme, kültürel kimlik oluşturma, karar vermeyi kolaylaştırma, değerleri aktarım, yaygınlaştırma (15).

### **İletişim Türleri**

İletişim sürecinde insanlar mesajlarını sözlü ve sözsüz olarak iletirler. Sözlü ve sözsüz iletişim birbirini tamamlayan iletişim yollarıdır.

Sözlü iletişim; sözcüklerin konuşulması ya da yazılması ile sağlanır. Dil, anlamları aktarmada kullanılan bir yoldur. Sözcükler duygularımızı, düşüncelerimizi, isteklerimizi açıklamak, kendimizi ifade etmek için kullandığımız araçlar ya da sembollerdir.

Sözsüz iletişim; bireyin duygu ve düşüncelerini, isteklerini karşısındakine, bilinçli ya da bilinçsiz olarak sözsüz bir biçimde iletmesidir. Sözsüz iletişimde bireysel görünüm, beden duruşu, ses tonu, yüz ifadesi ve göz teması, el/kol hareketleri (jestler), giyim-aksesuar ve mesafe sözsüz iletişimi etkileyen faktörlerdendir (18).

### **Etkili İletişim Becerileri**

Konuşma becerisi: Konuşma sözel iletişimin birkaç boyutundan biridir. İnsanı hayvandan ayıran en önemli özelliklerden biri olan konuşma düşünmenin aracıdır. Bunun yanı sıra kendimizi diğerlerine ifade etmemizi, sosyal ilişkiler kurmamızı, uzlaşabilmemizi, anlaşabilmemizi de sağlar. İyi bir konuşmacı gözlem gücünü geliştirmiştir, dış dünyaya açıktır, duyuları ve algısı

açık bir biçimde yaşamı gözlemler, seçtiği konuşma alanlarında geniş bir bilgi birikiminin desteğinden yararlanır, amacına uygun yönde ve mantıklı bir akış içinde düşünme yeteneğini geliştirmiştir, kendi yeteneklerini değerlendirmeyi, sınırlarını saptamayı bilir, dinleyicisini yakından tanır, konuşma yapacağı topluluk hakkında, eğitim düzeyleri, yaşantıları, sosyal statüleri, beklentileri gibi konularda olanaklı ise bilgi toplamalı ve konuşmasını da bu yönde referans çerçevesini dinleyicileriyle kesitirecek biçimde düzenlemelidir. İyi bir konuşmacı ahlaksal sorumluluğu bulunduğunu hatırlamalıdır. Kişilik sahibi olmak, kendi kendini sorgulamak ve eleştirel olmak bunun için vazgeçilmezdir. İnsan yaşamının tüm alanlarında aynı önemde geçerli olan dürüstlük, doğruluk, vb. değerler konuşmacı için de vazgeçilmezdir (19).

### **Dinleme becerisi:**

#### **Etkin dinleme becerileri:**

**1. Susma:** Suskunluk, kullanıldığı yere göre çok farklı anlamlar taşır. Susma, kullanıldığı yere göre kabul, anlayış, destek arama, rahatlama gibi anlamlara gelebilir. Susma becerisi kullanılırken zamanlama ve doz son derece önemli olup, sık kullanıldığında olumsuz duygulara neden olabilir.

**2. Basit cesaretlendirme:** Bireylerin konuşmayı sürdürmesi, cesaret kazanması amacıyla ya da “Evet anlıyorum” gibi ifadelerle söylenenleri kabul etmek için kullanılan bir iletişim becerisidir. Gözlerle, başı sallayarak ya da onay sesleriyle sürdürülebilir. Bu teknik kaygıyı azaltır, motivasyonu artırır.

**3. İçeriğin yansıtılması:** Söylenenlerin hemen hemen aynı sözcüklerle yinelenmesidir. Yansıtma birkaç biçimde yapılabilir:

**a. Olduğu gibi tekrar:** Konuşanın söylediklerini yalnızca öznesini değiştirerek olduğu gibi yansıtma.

**b. Rafine tekrar:** Ayrıntıları, tekrarları çıkartarak konuşanın asıl ifade etmek istediği unsurları anlayış içinde yansıtma.

**c. Özetleme:** Konuşmanın sonuna doğru, kişinin bütün anlattıklarının özetini sunan bir geribildirimde bulunma. Burada bireyin ne söylediğini fark etmesi ve duygu ifadeleri



üzerinde yeniden düşünmesi amaçlanır. Tekrarlamanın sık kullanılması iletişimi koparabilir. Bu nedenle ölçülü kullanılmalıdır.

**4. Soru sorma:** Olanaklı ise az olmak kaydıyla, anlaşılamayan ya da açıklanması istenen şeyler olduğunda soru sormak etkili bir tekniktir. Dikkat edilmesi gereken nokta, soru sormanın sorgulamaya dönüşmemesidir. Etkili iletişim için soru sorarken şu noktalara dikkat edilmelidir: Kapalı uçlu (yani cevabı "Evet" ya da "Hayır" olan) sorulardan kaçınılması, bireyin kendini daha rahat ifade edebileceği açık uçlu sorular sorulması. (Çünkü kapalı uçlu sorular kişinin kendini açmasına engel olur, sınırlandırır), üst üste sorular sorarak iletişimi bir soruşturmaya çevirmeme.

**5. Kendini açma:** Dinleyen kişi, konuşana yalnız olmadığını, benzer şeyleri başkalarının da yaşadığını göstermek amacıyla kendi hayatından örnekler paylaşır. Konuşan kişi, dinleyicinin de olumlu ve olumsuz yönleriyle bir insan olduğunu görerek rahatlar. Kendini daha rahat açar ve ifade eder.

**6. Yüzleştirme:** Yüzleştirme, kişinin anlattıklarını iyi dinleyip, söyledikleri arasındaki mantıkî çelişkileri ona göstermektir. Bu, iletişimin ileri aşamalarında başvuru bir beceridir.

**7. Yorumlama:** Yorumlama, amaca doğru ilerlerken, bireyin duygu ve düşüncelerini örgütleyip daha tutarlı biçimde ortaya koymasına yardım ettiğinde fayda verir. Yine olaylara konuşmacının denetimine girecek bir çerçeve kazandırdığında iletişim sürecini hızlandırır ve verimi artırır.

**8. Espri:** Espri, zamanında ve düzeyli kullanıldığında iyi bir iletişim becerisidir. Zamanında kullanıldığında gerilimi, anksiyeteyi azaltıcı etkisi vardır.

**9. Atılgnlık:** Kişinin içinde bulunduğu şartları ona yansıtırken farklı tutumlar sergileyebiliriz. Bu tutumları dört grupta toplamak olanaklıdır:

**a. Atılgn tutum:** Doğruları çekinmeden, fakat karşıdaki kişiyi incitmeden ifade etme,

**b. Saldırgan tutum:** Doğruları, karşıdaki kişiyi yaralamak amacıyla kullanma,

**c. Pasif tutum:** Tartışmadan kaçınma, haklarından vazgeçme,

**d. Manipüle edici tutum:** Dolaylı yollardan ve ima ederek tartışma. Etkili ve başarılı bir iletişimde atılgn, güvenli tutum vardır. Kişinin sahip olduğu tutumlar yalnızca davranışlarına değil, sözlerine de yansıtılabilir (12).

### İletişim engelleri

Emir vermek, yönlendirmek, uyarmak, gözdağı vermek, ahlak dersi vermek, çözüm önerisi sunmak, mantık yoluyla tartışmak, yargılamak, eleştirmek, suçlamak, alay etmek, isim takmak, yorumlamak, analiz etmek, tanı koymak, avutmak, soruşturmak, araştırmak, konuyu saptırmak, şakaya vurmak birer iletişim engeli olarak tanımlanmaktadır (12).

### Ergenlik dönemi

Ergenlik dönemi, fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı cinsel ve psikososyal olgunlaşma ile başlayan ve bireyin bağımsızlığını, kimlik duygusunu ve sosyal üretkenliğini kazandığı zaman sona eren bir dönemdir. Bu dönem biyolojik, psikolojik ve sosyal gelişimsel değişikliklerle karakterizedir. Ergenlikte biyolojik gelişim iskelet sisteminde hızlı büyüme ve cinsel gelişim ile, psikolojik gelişim bilişsel gelişim ve kimlik gelişimi özellikleriyle belirlenir ve sosyal olarak da ergenlik genç erişkin rolüne hazırlığın olduğu dönemdir. Ergenliğin bitişyle ilgili tanımlamalar erişkin kimliği kazanılması, bağımsızlık kazanılması, çalışmaya başlanıp iş sorumluluğu alınması gibi bu dönemin bitiş zamanını değişken kılmaktadır ancak, genellikle 19-21 yaşta sona erdiği düşünülmektedir. Ergenlere yaklaşımdaki en büyük zorluk gelişim süreçlerinin aynı anda başlamaması ve her ergende farklı sürelerde başlamasıdır. Onun için aynı sınıftaki ergenler arasında gelişim basamakları açısından fark olduğu gibi, aynı ergenin bir yıl içindeki gelişim süreci de farklı olabilir. Ergenlik döneminde kimlik oluşum süreciyle birlikte bilişsel gelişimin hızlanması, dürtüsel gereksinimlerde ve duygu yoğunluğunda artma, preödüpal ve ödüpal çatışmaların yeniden alevlenmesi, meslek seçimi, karşı cinsle kurulan ilişkiler, anne babadan ayrılma bireyselleşme sürecinin yaşantılanması gibi nedenlerle ergenler bu döneme özgül zorluklar ve çatışmalar yaşamaktadır (7).

Başlangıç evresi(erken ergenlik): 12-14 yaş arasındaki bu dönemde hızlı gelişen fiziksel ve

davranışsal değişiklikler görülür. Hızlı büyüme ve cinsel gelişim kızlarda erkeklerden daha öncedir. Erken büyümenin erkeklerin ruh sağlığı açısından genel olumlu etkisine karşılık, erken gelişen kızlarda akranlarından daha düşük benlik saygısı, daha yüksek depresyon oranı, anksiyete bozuklukları ve yeme bozuklukları görülmektedir. Erken ergenlik döneminde ergenlerin en büyük uğraşları bedenleridir ve bu dönemdeki ergenlerde hızlı fiziksel gelişime uyum ve bu değişiklikler ile baş etme çabaları görülür. Erken ergenlik dönemi önceleri ergenin yabancılaşmasına neden olacak biçimde ailesini, arkadaşlarını ve yaşam biçimini reddediş dönemi olarak görülmüştür (7).

**Orta Ergenlik:** 15-18 yaşlar arasındaki dönemdir. Bu dönemde anne babadan ayrışma, farklı bir birey olma ve bu durumu anne babaya da kabul ettirme çabaları yoğundur. Anne babadan ayrışma ve bireyleşme süreci içinde ergenlerin duygusal olarak kendilerini ana babalarından uzak tutma çabaları, duygusal yatırımlarını özellikle karşı cins olmak üzere akran ilişkileri üzerine yapmaları, riskleri olduğundan az görmeleri, kendilerini herşeyi yapabilir olarak algılamaları ve otonomi istemeleri anne babalarla çatışmaya neden olur. Ergenler çoğu zaman kendilerini akranlarının gözlerinden görürler ve görünüm, giyim tarzı ve davranışlarının akranları tarafından onaylanmaması benlik saygılarında azalmaya neden olabilir. Ancak çok yakın ilişkiler bağımsızlığı kaybetme tehdidi içerdiğinden ilişkilerdeki sınır bu yaş grubundaki ergenler için önemli kaygı kaynağıdır (7).

**Geç ergenlik:** 18 yaş dolayında başlar ve kimlik duygusunun bütünleşmesiyle sona erer. Akademik ve sanatsal arayışların, sosyal bağların ergenin kendini daha iyi tanımlamasına ve kendini bir topluluğa ait hissetmesine yol açtığı dönemdir (7).

### **Ergenlik döneminde psikososyal gelişim ve kimlik kazanımı**

Erikson'a göre her bir gelişim döneminin kendine özgü çatışmaları ve kazanımları vardır. Her dönem kendisinden önceki gelişim dönemlerinin etkisiyle biçimlenir ve kendisinden sonraki gelişim dönemi için basamak oluşturur. Ergenlik döneminde daha önceki gelişim basamaklarında elde edilmesi beklenen temel güven duygusu, özerklik, girişimcilik, çalışma ve yapıcılık gibi kazanımlar olmaksızın tutarlı bir kimlik duygusu geliştirmek

zorudur. Bu dönemde, kimlik duygusunun kazanılması sürecinde çocuklukta yaşanmış olan çatışmalar yeniden yaşanır, kazanılan özdeşimler ergenin yeni değerlerine ve rollerine uygun nitelik kazandırılarak benimsenir. Bir anlamda ergenliğin başından beri yaşanan duygular, kazanılan beceriler, kurulan özdeşimler harmanlanıp sentezlenir ve bu sentez sonucunda kimlik duygusu oluşur. Kimlik duygusu, ergenin "ben kimim?", "ne olacağım?" sorularına fazla kuşkuya ve bocalamaya kapılmadan, aynılık ve süreklilik gösterecek biçimde yanıt verebilmesi, kendi kimliğini tanımlayabilme ve kabullenme durumuna gelmesidir. Kimlik duygusunun sağlıklı gelişiminin önemli bir göstergesi gencin içsel olarak hissettiği aynılık ve süreklilik duygusunun başkaları tarafından algılanan aynılık ve süreklilik durumuyla örtüşmesidir. Kimlik duygusunun cinsel, toplumsal ve mesleki bileşenleri bulunmaktadır. Ergenliğin sonuna gelip de halen cinsel, toplumsal ve mesleki kimlik gelişimini tamamlayamayan gençlerde kimlik kargaşası görülür. Bu dönemin sonunda kimlik duygusu edinebilmiş gençlerde yakın ilişkiler kurma ve bu ilişkileri sürdürme, iş ve eş seçebilme, toplum içinde erişkin rollerini üstlenebilecek sorumluluğa sahip olma becerileri gelişir. Belli bir yere bağlanma ve ait olma duygusu, içgörü gelişimi kazanılır; başkalarına ve geleceğe ilgi artar, sosyal kurum ve kültürel gelenekleri kabul etme eğilimi doğar (7).

### **Ergenlikte aile içi iletişim**

Aile yalnızca kişilerden oluşan bir birlik değildir, aynı zamanda duygusal bir birimdir. Aile içindeki her bireyin bir davranışı ya da kişiliği sürekli aile sistemini etkilemektedir. Sistem yaklaşımına göre, aile aynı geçmişi paylaşan, aralarında duygusal bir bağ bulunan, aile üyelerinin çeşitli gereksinimlerini karşılayan bir sistemdir. Aile açık bir sistemdir. Açık sistemin; bütünlük, denge ve ilişki olarak üç önemli özelliği vardır. Bütünlük, aile içindeki tüm üyeler arasında bir bağlantı olduğunu; ilişki ailedeki üyeler arasındaki etkileşimleri yönlendiren iletişim modellerinin bulunduğunu; denge, aile üyeleri arasındaki etkileşimlerde ve aile üyelerinin dış çevre ile olan etkileşimlerinin düzenlenmesiyle devamlılığını sağlamasını ifade etmektedir (20).

Her aile, kendine özgü davranış tarzları, etkileşim biçimleri, işlevleri açısından farklı özelliklere

sahiptir. Bununla birlikte, aile iletişiminin nasıl oluştuğu ve ailenin hangi fonksiyonları üstlendiğine ilişkin tüm aileler ortak birtakım özelliklere de sahiptir (21).

Aile tipine göre birtakım değişiklikler gösterse de aile iletişim fonksiyonlarını şu biçimde ifade edebiliriz:

### **1. Duygusal atmosferi yönetme ve destek sağlama:**

Aileler aile üyelerine çok farklı biçimlerde destek duygusunu hissettirebilirler. Birçok zaman sosyal destek verdikleri gibi, yakınlık göstermek, aile üyelerinin duygularını paylaşmak vb. yakınlık duygusunun hissedilmesinde kişilere destek vermeye katkıda bulunmaktadırlar.

**2. Kimlik ve kişilik yönlendirme:** Aile, çocukların kişilik gelişimi ve kimlik kazanmasında önemli bir kaynaktır. Kişiler aile içindeki iletişim ve etkileşim yapısından etkilenerek kendilerine özgü bir iletişim davranışı geliştirirler. Aile içindeki iletişim kişilerin kendini algılama, kendine güven duyguları geliştirildiği takdirde aile dışındaki kişilerle kurmuş olduğu iletişimlerin pozitif bir biçimde gelişmesinde belirleyici olmaktadır.

**3. Değerleri yönetme:** Kişilerin kendilerini algılamaları, aile içindeki değer sisteminden etkilenmektedir. Aile gelenekleri, ritüeller, kutlamalar vb. davranış tarzları aile iletişimi ile kişiye öğretildiği ve aile içinde süregelen bir etkileşim biçimi olarak belirleyici bir öneme sahiptir.

### **4. Değişimleri yönetme ve sınırları düzenleme:**

Aile sistem yaklaşımında, ailenin sahip olduğu dışsal sınırlar ve içsel sınırlar olmak üzere iki sınır yapısı bulunmaktadır. Ailenin içindeki birlik ve bütünlük duygusunun sağlanabilmesi ve ailenin dışındaki çevreden aile için gerekli ve yararlı bilgilerin akışına izin veren düzenleyici bir yapısı bulunmaktadır. Aile içindeki bireyler arasındaki bilginin paylaşımı açık iletişimle olanaklı olduğu gibi, aile dışıyla da kurulan açık iletişim ailenin bütünlüğünü ve devamlılığını sağlamada etkindir.

**5. Günlük yaşamı sürdürme:** Aile üyelerinin günlük yaşam gereksinimlerinin (barınma, yiyecek, zaman, para) karşılanması ile bireyler aile içindeki yaşamını sürdürmekle birlikte bu gereksinimlerin karşılanması bireyler arasında kurulan iletişime dayanmaktadır.

Ailelerin bu iletişim fonksiyonlarını yerine getirmesine göre sağlıklı aileler ve sağlıksız aileler olarak iki aile tipi ortaya çıkmaktadır. Sorunlarını bir araya gelerek çözebilen, birbirlerine duygusal olarak bağlı ancak özgürlüklerini engellemeyen, birbirlerinin davranışlarını aşırıya kaçmadan kontrol edebilen ve aralarında açık, rahat, dolaysız iletişim bulunan aileleri işlevlerini yerine getiren sağlıklı aile olarak tanımlanabilir (22) Sağlıklı aileler, iletişim fonksiyonlarını yerine getirmekle birlikte aile içinde doğrudan ve açık bir iletişim yapısı oluşturmaktadır. Aile içinde açık iletişimin kurulduğuna ilişkin göstergeler, aktif dinleme, yargılamama, kişileri özgür bırakma, empati, tutarlılık vb. olarak ifade edilebilir (23).

Sağlıklı ailede, aile içinde koşulsuz sevginin varlığı hissedilmektedir. Aile içindeki iletişimde koşulsuz sevginin olması bireylerin bir bütün olarak kabul edilmesi anlamına gelir, böylece ailede güven duygusu güçlenir. Sağlıksız aileler, aile iletişim fonksiyonlarını tam olarak yerine getiremedikleri için ailede stres ve çatışmaların yaşanmasına neden olmaktadır (24).

Ailede çocuklarla ve ergenlerle kurulan iletişim biçimleri onların yaşamı algılamasını, duygu ve düşüncelerini ifade edebilmesini, geleceğe yönelik davranış biçimlerini belirlemede etkili olmaktadır. Ailenin çocukların temel özelliklerini gerçekleştirmesi açısından iki tür aile tanımı yapılmaktadır. Bunlardan birincisi kalıplı, diğeri geliştirici aile ortamıdır. Kalıplı aile ortamında; çocukların ve ergenlerin davranışları belirli kurallar ve kalıplarla sınırlandırılmıştır ve çocuklar kendilerini özgür hissetmedikleri için benliklerini geliştiremezler. Geliştirici aile ortamında ise; içinde bulunulan koşullar çocuğun ve ergenin kendisini algılaması ve yorumlaması için fırsatlar tanımaktadır (25).

Aile içi iletişim eşlerin birbirleri arasında, annenin çocuğuyla ya da çocuklarıyla, babanın çocuğuyla ya da çocuklarıyla, çocuğun anne ve babasıyla, kardeşlerin birbirleri ile kurduğu iletişim olarak tanımlanabilir. Aile içi iletişim çocuğun kişiliğinin gelişiminde etkilidir. Cüceloğlu'nun da belirttiği gibi, çocukluğunda değerli olduğu mesajını ailede alan çocuk kendinin değerli olduğuna inanır (4). Aile içi iletişimde çocuğun varlığının kabul edildiğini ona hissettirebilmek için çocuğun tüm duyguları olduğu gibi kabul edilmeli, çocuğun



kendini olumlu bir varlık olarak algılayabilmesi için yakın çevresinden kendilik değerini destekleyici tavırlar görebilmesi, sınırlarına (odasına, oyuncaklarına, kendine ayırdığı zamana) o izin vermedikçe girilmemesi, sınırlarına girilecekse izin alınması, tercihlerine saygı gösterilmesi, bedeni üzerindeki haklarına saygı gösterilmesi, başarısızlıklarından çok başarılarına odaklaşılması, istenmeyen bir davranışta bulunduğu kişiliğinin değil davranışının eleştirilmesi gibi öğelere dikkat edilmesi gerekmektedir (26).

Aile içi iletişimde anne baba tutumları da etkili olmaktadır. Baxter ve Akkor çalışmalarında ergenler ile diyaloglarda ebeveynin yapacağı konuşmada, konuyu açıkça belirlemesinin, hatta bir başlık koymasının ve açık gönüllülükle konuşmasının önemli olduğu sonucuna varmışlardır (27).

Barbato ve ark.'nın çalışmalarında, etkili iletişim için kontrolcü bir tavır yerine ebeveynlerin çocukları ile kurdukları iletişim ortamının rahatlatıcı ve iletişim şeklinin sevgi dolu olması gerektiğini vurgulamışlardır (28).

Çocukları dinlerken, bir ebeveynin gereksinimi olan en önemli yetenek empatidir. Empati bir insanın, kendisini karşısındaki insanın yerine koyarak onun duygularını ve düşüncelerini doğru olarak anlamasıdır (29).

Gordon; aile içi iletişimde emir vermenin, yönlendirmenin, uyarmanın, gözdağı vermenin, ahlâk dersi vermenin, öğüt vermenin, çözüm ve öneri getirmenin, nutuk çekmenin, yargılamanın, eleştirmenin, suçlamanın, aynı düşüncede olmanın, ad takmanın, alay etmenin, tanı koymanın, duygularını paylaşmanın, sorgulamanın, sözünden dönmenin, oyalamanın, konuyu saptırmanın iletişimi engellediğini belirtmektedir (10). İletişim engelleri bireyin duygularının önemsiz olduğu, isteklerine saygı duyulmadığı, sorunlarını kendi kendine çözme yeteneğinin olmadığı mesajını vermektedir. Bu mesajlar bireyin kendini değersiz ya da önemsiz hissetmesine, benlik saygısının düşmesine ve kendine olan güvenini kaybetmesine neden olmaktadır. Aile içi iletişimde iletişimi etkileyen en önemli olgunun benlik saygısı sorunu olduğu belirtilmektedir. Benlik saygısını, kullanılan iletişim örüntüleri azaltmakta ya da çoğaltmaktadır. Anne- babaların iletişimde çocuğa karşı dürüst olmaları, çocuğunda kendisine ve başkalarına

karşı olumlu ve dürüst bir tavır geliştirmesine yardımcı olmakta; çocukların, anne babalarına olan güvenlerini artırmaktadır (9).

Gordon; çocuğun ya da ergenin probleminin çözümünde etkin dinlemenin önemli olduğunu vurgulamaktadır. Bir kişiyi dinlemek o kişiye saygı gösterildiği mesajını iletmede ve sağlam bir ilişki kurulmasına yardımcı olmaktadır (10). Aile ile rahat iletişim kurabilen çocuklar ve ergenler sorunlarını ailelerine kolay açıklayabilir ve bazı sorunları ile daha kolay baş edebilirler.

### **Ergenle iletişimde önemli noktalar**

Ergenle iletişim kurmak genellikle zorluklarla doludur. Ergen, hayatındaki değişimlerle, yetişkinler ise değişen çocuğu anlamakla uğraşır. Ona ulaşabilmek için şu noktalara dikkat etmekte fayda vardır:

1. Konuşma isteği ergen gençten gelirse iş daha kolaylaşır. Bir taraf konuşmaya istekli olmazsa, neşeli ve rahat bir sohbet olanaklı olmaz. Onun konuşmaya istekli olduğu bir zamanı kollamak gerekir.
2. Ortamın rahat olması sağlanmalıdır.
3. Görüş belirtirken dürüst olunmalı.
4. Ergene, yanıt vermesini yüreklendirecek tarzda sorular yöneltilmelidir. Suçlayıcı soru tarzından kaçınmak gerekir.
5. Ergenler kendilerine ders verilmesinden hoşlanmazlar. Uzun nutuklar çekmek ergen yetişkin iletişimini kesintiye uğratır.
6. Ergene disiplin verilirken, sorumluluklarını hatırlatmanın yanı sıra meziyetlerinden de söz edilmelidir. Güzel, olumlu sözlerle konuşmaya girilirse, bunların fark edildiğini görmek ergeni gururlandırır.
7. Ergenin söz ve düşüncelerinden ziyade davranışlarına bakılmalıdır. Söylediği bazı şeyler bizi üzebilir; fikirlerinin bazılarını aşırı ve radikal bulabiliriz. Tepkilerimizde aşırıya kaçmak, ergeni hatalarından dolayı suçluluk hissine sokmak yanlış olur. Onları önemsemediğimizi, görüşlerine saygı duyduğumuzu hissetmelidirler.
8. Ergeni dinlemeyi bilmek önemlidir. Onu iyice dinlemeden öğütler vermek yanlıştır. Yetişkin nasihate başlar başlamaz, ergen konuşmayı kesmek isteyebilir. Sonuç olarak; ergenle iletişim ustalık ve sabır ister (12).



## Sonuç ve öneriler

İletişim yaşamımızın vazgeçilmez bir unsurudur. Kişilerin kendini ve çevresindekileri anlayabilmesi için iletişime girmesi önemli ve gereklidir. Ergenlik dönemi yaşamın en fırtınalı dönemi olup, bu dönemde ergenin hem ailesiyle hemde akranları ile sağlıklı iletişim içinde olmaları ergenin psikososyal gelişimi için çok büyük önem taşımaktadır. Psikososyal gelişimleri içinde de özellikle sağlıklı kimlik gelişimi, kimlik karmaşasının yaşanmaması ve kendilik algıları büyük önem taşımaktadır. Etkili iletişimin bütün unsurları ergenle iletişimde de geçerli olup, özellikle aile içi iletişimde, aile bireylerinin etkin konuşma ve dinleme becerilerini kullanmaları büyük önem taşıyacaktır. Ergenlik ve aile içi iletişim konulu araştırmaların artırılması ile ergen ebeveynleri doğru tutum ve davranışlar, doğru iletişim biçimleri geliştirecekler ve buda ergenle yaşanan çatışmaları azaltacaktır. Böylece daha sağlıklı nesillerin topluma kazandırılması sağlanacaktır.

**İletişim:** Dr. Nurten Elkin

**E-posta:** nelkin@gelisim.edu.tr

## Kaynaklar

1. Cüceloğlu D. Yeniden İnsan İnsana , 7.Basım, Remzi Kitabevi, İstanbul 1991.
2. Güngör, N. İletişim Kuramlar, Yaklaşımlar. Ankara: Siyasal Kitabevi, 2011.
3. Erdoğan, İ. İletişimi anlamak. Erk Yayınları, Ankara 2002.
4. Cüceloğlu, D. İletişim donanımları. Remzi Kitabevi, İstanbul, 2002.
5. Özmen, F. Algılanan Aile İçi İletişim Biçimlerinin Ergenlerin Benlik Saygısına Etkisi ve Bir Uygulama Örneği, Yüksek Lisans Tezi (Basılmamış), Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir, 2007.
6. Kocaman, V. Çocuklarda İletişim Becerilerini Artırma Yöntemleri. Yüksek Lisans Tezi (Basılmamış), Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2006.
7. Derman O. Ergenlerde psikososyal gelişim. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Adelosan Sağlığı II, 2008.
8. Öztürk, S. Aile İçi İletişimin Ergenin Duygusal Sağlığına Etkisi (Keçiören İlçesi Örneği), Yüksek Lisans Tezi (Basılmamış), Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2006.
9. Çağdaş, A. Anne-baba çocuk iletişimi. Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2002.
10. Gordon, T. Aile iletişimi dili. (Çev: Emel Aksay). Sistem Yayıncılık, İstanbul, 1997.
11. Kam, J.A. Identifying changes in youth's subgroup membership over time based on their targeted communication about substance use with parents and friends. Human Communication Research 2011; 37( 3), 324–349.
12. Karaköse R. Ergenlerle Etkili İletişim.Nobel Kitabevi. 2005.
13. Zillioğlu, M. İletişim Bilgisi ve Tanımı (Ed: Aysun Yüksel). İletişim Bilgisi. Eskişehir: Açıköğretim yayınları. 2007.
14. Yüksel, A. H. İletişimin Tanımı ve Temel Bileşenleri (Ed:Uğur Demiray). Etkili İletişim. Ankara: Pegem Yayınları 2011.
15. Zillioğlu M. İletişim Nedir?, Cem Yayınevi, 2. Basım, İstanbul, 2003.
16. Demiray, U. İletişim ötesi İletişim. Eskişehir: Turkuaz Kitabevi 1994.
17. Gökçe O. İletişim Bilimi, İnsan İlişkilerinin Anatomisi, Siyasal Kitabevi, Ankara 2006.
18. Küçük, L. İletişim ve Terapötik İletişim. İçinde F.A. Ay (Ed.). Sağlık Uygulamalarında Temel Kavramlar ve Beceriler. İstanbul: Nobel Tıp Kitap Evi, 2011; 72-82
19. Taşer, S. Örneklerle Konuşma Eğitimi: (7. Basım) İstanbul: Papirüs Yayınevi, 2004.
20. Gökdağ R. " Çocuk- Aile İletişiminde Çıkan Sorunların Tanımlanması ve Çözümlemesinde Aile Tedavilerinin Yeri, Önemi ve Aile Tedavileri", İletişim Ortamlarında Çocuk – Birey Sempozyumu Bildiriler Kitabı, Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi, s. 43, 13/15 Nisan, 1999, Eskişehir.
21. Caputo J.H. Harry C. McMamon C. Interpersonal Communication Competency Through Critical Thinking, Ally and Bacon, USA, 1994.
22. Yıldız H. "Evlilik ve Çocuk",Ed. Haluk Yavuzer, Evlilik Okulu, Remzi Kitabevi, İstanbul, 2004.
23. Humpyres T. Aile: Terk Etmemiz Gereken Sevgili. Çev: Tanju Anapa, Epsilon Yayıncılık, İstanbul, 2003.
24. Dönmezer S. Sosyoloji, Beta Yayıncılık, İstanbul, 1990.
25. Cüceloğlu D. İyi Düşün Doğru Karar Ver, Etkili Yaşamın Temel Boyutları Üzerine Yakup Bey'le Söyleşiler, Sistem Yayıncılık, İstanbul ,1996.
26. Önder, A. Ailede iletişim. Morpa Kültür Yayınları, İstanbul, 2003.
27. Baxter, L.A. and Akkoor, C. Topic expansiveness and family communication patterns. Journal of Family Communication.2011; 11(1), 1-20.
28. Barbato, C.A., Graham E.E. and Perse, E. M. Communicating in the family: An examination of the relationship of family communication climate and interpersonal communication motives. Journal of Family Communication. 2003; 3(3) , 123-14.
29. Dökmen, Ü. İletişim çatışmaları ve empati. Sistem Yayıncılık, İstanbul,1994.

Dr. Tuncay Aydın Taş<sup>1</sup>, Dr. Nalan Akış<sup>2</sup>

Geliş/Received : 08.12.2015  
Kabul/Accepted: 22.04.2016

### Öz

Halk sağlığı alanında önemi son yıllarda artan sağlık okuryazarlığının birbirine benzer içeriklere sahip çok çeşitli tanımı vardır. Sağlık okuryazarlığı; sağlıkla ilgili kararlar almak ve yargıda bulunmak amacıyla, sağlık bilgisine erişmek, sağlık bilgisini anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için gerekli olan bilgi, motivasyon ve yeterliliği içermektedir. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin artması bireysel özerklik ve güçlenme sağlayarak, bireylerin sağlık davranışları ve sağlık hizmeti kullanımları üzerinden sağlıkta eşitliğe, sürdürülebilirliğe ve pozitif sağlık çıktılarına öncülük etmektedir.

Sağlık okuryazarlığının çok boyutlu ve karmaşık bir yapısı olması nedeniyle çok çeşitli ölçüm aracı kullanılmaktadır. Sağlık okuryazarlığını sağlık çıktılarıyla birlikte kültürel ve sosyal boyutlarını da ölçecek global bir ölçüm aracı geliştirilmesine ve sağlık okuryazarlığı ile sağlık çıktıları arasındaki ilişkinin nedenlerini ortaya çıkaracak araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalarda düşük sağlık okuryazarlığının sağlık davranışı, sağlık çıktıları, sağlık hizmeti kullanımı ve maliyetini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Bireysel, sosyal ve çevresel faktörlerle birlikte eğitim sistemi ve sağlık sisteminden de etkilenen sağlık okuryazarlığını geliştirmek için sektörler arası işbirliği gerekmektedir.

**Anahtar sözcükler:** Sağlık okuryazarlığı, Epidemiyolojik çalışmalar, Sağlık hizmeti kullanımı, Sağlık çıktıları, Ölçüm aracı

### Abstract

There are many different definitions that having similar contents of health literacy of increasing importance in the fields of public health in recent years. Health literacy includes people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to take decisions and make judgments on health. Increasing the level of health literacy by providing autonomy and empowerment of individuals on health behaviors and health service use, it leads more equity and sustainability in health and positive health outcomes.

Several different measurement tools have used due to multidimensional and complex framework of health literacy. Improving the global measurement tool that measures health literacy with health outcomes, also the cultural and social dimensions of health literacy and the researches which reveal the reasons for the relationship between health literacy and health outcomes are needed.

In the epidemiological studies on health literacy, it is observed that low health literacy affects health behavior, health outcomes, health service use and health costs in a negative way. Inter-sectoral collaboration is needed to improve health literacy affected the educational and the health systems with the social and environmental factors.

**Key words:** Health literacy, Epidemiological studies, Health service use, Health outcomes, Measurement tool

1 Arş. Gör.; Uludağ Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD Bursa  
2 Doç.; Uludağ Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD Bursa

## Giriş

"2 yaşındaki bir kız çocuğuna orta kulak iltihabı teşhisi ile bir antibiyotik reçete edilir. Annesi reçete edilen ilacın günde iki kez alınması gerektiğini anlar. Kutunun üzerindeki etiketi dikkatlice inceledikten sonra ilacın nasıl alınması gerektiğinin bildirilmediğine karar verir. 1 çay kaşığı antibiyotik doldurur ve kızının ağırlı kulağının içine boşaltır" (1).

Sağlık hizmeti sunucuları ile sağlık hizmeti alan hastalar arasında sorumlulukların paylaşılması, her iki tarafın birbirini daha iyi anlamaları sağlık okuryazarlığı ile olanaklıdır. Sağlık okuryazarlığı iyi olan kişiler sağlık hizmetlerine zamanında başvurabilmekte, içinde buldukları sağlık sistemini anlayabilmekte, hekimin önerilerini daha iyi anlayıp uygulayabilmektedir (2,3).

Sağlık okuryazarlığının yalnızca hizmet kullanımıyla değil; sağlığın geliştirilmesi, olumlu sağlık davranışları, hastalıkların erken tanısıyla da ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar vardır (4,5,6,7).

Son yıllarda sağlık araştırmacılarının; sağlık uygulayıcıları ve politikacıların sağlık çıktılarıyla ilişkisi üzerinde özenle durduğu sağlık okuryazarlığının ne olduğu ve okuryazarlıkla ilişkisi, nasıl ölçüldüğü, kişi ve sağlık sistemleri üzerindeki etkisinin nasıl olduğu sorularına cevap aradığı literatürdeki çalışmalarda sıkça görülmektedir.

## Okuryazarlık, Fonksiyonel Okuryazarlık, Sağlık Okuryazarlığı

Ülkelere göre farklılık gösterebilmekle birlikte 1951 yılında UNESCO'nun eğitim istatistiklerinin uluslararası standartlaştırılmasıyla ilgili toplantısında okuryazar; günlük yaşamı ile ilgili basit ve kısa bir cümleyi, anlayarak okuyup yazabilen kişi olarak tanımlanmıştır. Ancak bu tanımın dar bir bakış açısını yansıttığı, yeterli olmadığı düşünülerek, 1960 yılından sonra sürekli eğitim anlayışına yönelik bir okuma yazma kavramı olan fonksiyonel okuryazarlık gündeme getirilmiştir (8,10). UNICEF fonksiyonel okuryazarlığı; bireysel ve toplumsal gelişim için okuma, yazma ve aritmetikle ilgili bilgileri kullanma becerisi olarak tanımlamıştır (10).

Bilişsel, davranışsal, toplumsal beceri ve yetenekleri geniş ölçüde etkileyen okuryazarlık ile

pozitif sağlık çıktıları arasında ilişkinin gösterilmesi (10,11), okuryazarlık ile sağlık arasındaki ilişkiye dair gelişen farkındalık sağlık okuryazarlığı kavramının doğmasına neden olmuştur (12).

En az kırk yıldır sağlık literatüründe yer alan sağlık okuryazarlığının birbirine benzer içeriklere sahip çok çeşitli tanımları vardır (11,13 ,14).Halk Sağlığı alanında çalışan Sorensen sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılmış olan araştırmaları incelemiş ve içinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Amerikan Tabipleri Birliği (AMA), Amerikan Tıp Enstitüsü (IOM) gibi kuruluşların tanımlarının da olduğu 17 sağlık okuryazarlığı tanımının içerik analizini yapmış ve yeni bir tanım oluşturmuştur. Bu tanıma göre sağlık okuryazarlığı okur-yazarlıkla ilişkili olarak, yaşam kalitesini yükseltmek ve sürdürmek için günlük yaşamda sağlık hizmetleri, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesi ile ilgili kararlar almak ve yargıda bulunmak amacıyla, sağlık bilgisine erişmek, sağlık bilgisini anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için gerekli olan bilgi, motivasyon ve yeterlilik dir (10).

Sorensen aynı zamanda, sağlık okuryazarlığının temel bileşenleri, öncülleri ve sonuçlarını içeren çok sayıdaki kavramsal modelin ana boyutlarını kapsayan entegre bir sağlık okuryazarlığı modeli de geliştirmiştir (Şekil 1). Bu modele göre demografik durum, kültür, dil, siyasal güçler, toplumsal sistemler gibi sosyal ve çevresel belirleyicileri içeren daha uzak faktörler ile yaş, cinsiyet, ırk, sosyoekonomik durum, eğitim, meslek, istihdam, gelir, okuma yazma gibi bireysel belirleyiciler ve sosyal destek, aile ve akran etkileri, medya kullanımı ve fiziksel çevre gibi durumsal belirleyicileri içeren öncül faktörler sağlık okuryazarlığını etkilemektedir (10).

Bu modelin çekirdek kısmında gerekli sağlık bilgisine erişme, sağlık bilgisini anlama, değerlendirme ve uygulama süreci ile ilgili temel yetkinlikler yer almaktadır. Spesifik bilişsel nitelikler gerektiren ve edinilen sağlık bilgilerinin kalitesine bağlı olan bu yetkinliklerin her biri sağlık okuryazarlığının önemli bir boyutunu temsil etmekte ve Nutbeam tarafından önerilen fonksiyonel, interaktif ve eleştirel sağlık okuryazarlığı niteliklerini de kapsamaktadır (10). Nutbeam'e göre fonksiyonel sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlıkla ilgili işlevlerini etkin olarak yerine getirmelerine imkân veren temel okuma ve yazma becerilerini; interaktif sağlık okuryazarlığı

sağlık etkinliklerine katılabilmek, sağlık bilgilerinin yer aldığı farklı iletişim yöntemlerini kullanabilmek, değişen koşullarda sağlık bilgilerini uygulayabilmek için gerekli olan gelişmiş bilişsel, okuryazarlık ve sosyal becerileri; kritik sağlık okuryazarlığı ise sağlık bilgilerini eleştirel olarak değerlendirebilmek, bireysel ve toplumsal kapasiteyi geliştirebilmek, sağlığın sosyal ve ekonomik belirleyicilerine göre davranabilmek, sağlığın politik ve ekonomik boyutlarını anlayabilmek için gerekli olan daha gelişmiş bilişsel ve sosyal becerileri ifade etmektedir (15).

Çekirdekteki temel yetkinliklerle başlayan sağlık okuryazarlığı süreci kişinin sağlığının bütünlüğü ile ilgili olarak sağlık bakımı, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın geliştirilmesinden oluşan üç alanda da güçlenmesi için gerekli olan bilgi ve beceriyi üretmektedir. Sağlık okuryazarlığının tedavi edici olarak kavramsallaştırılmasının halk sağlığı bakışı açısı ile entegre edildiği bu model ile bireysel düzeyden toplumsal düzeye doğru ilerleyen bir bakış açısı sunulmaktadır (10).

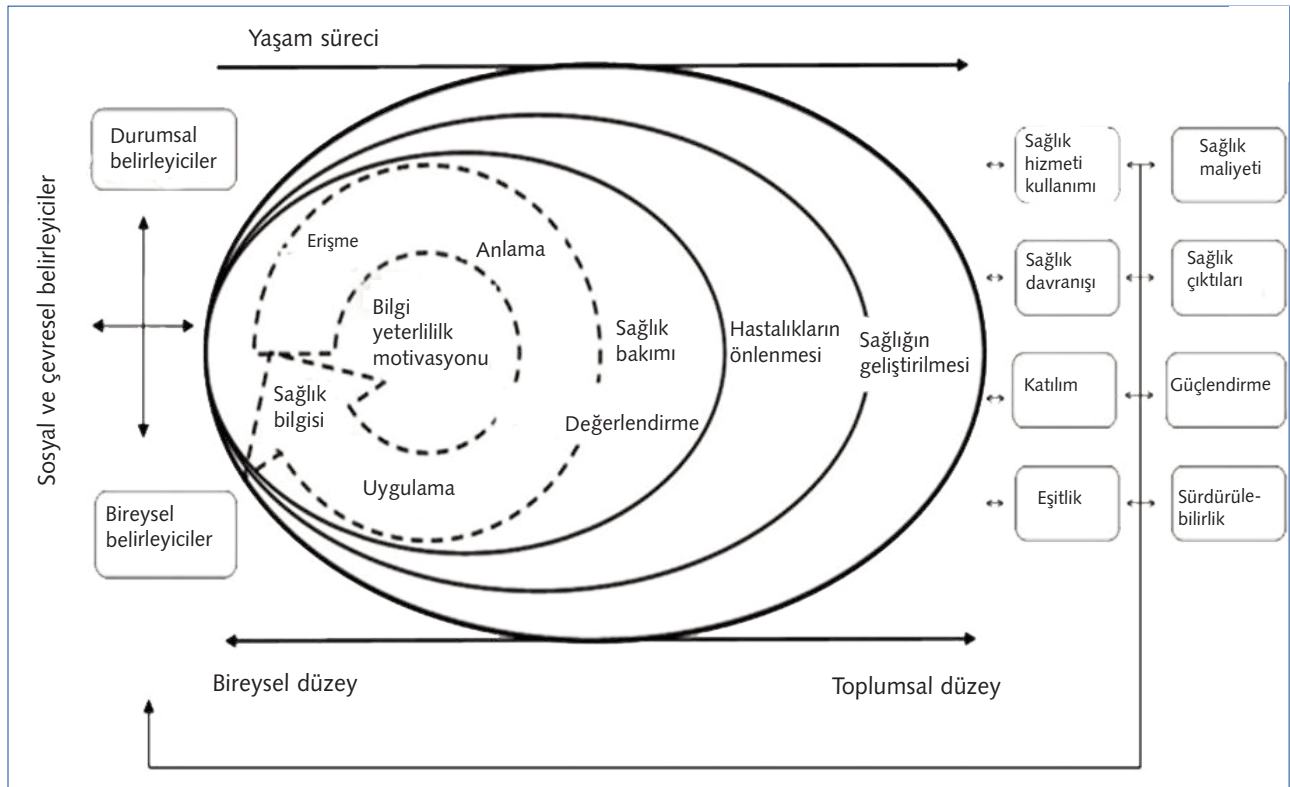
Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık davranışları ve sağlık hizmeti kullanımları üzerinden toplum düzeyinde sağlık çıktıları ve sağlık maliyetini etkilemektedir. Sağlık okuryazarlığı seviyesinin artması bireysel özerklik ve güçlenme sağlayarak

yaşam kalitelerinin yükselmesini sağlamaktadır. Bu da sağlıkta eşitliğe, sürdürülebilirliğe ve pozitif sağlık çıktılarına öncülük etmektedir.

### Sağlık Okuryazarlığının Ölçülmesi

Sağlık okuryazarlığını ölçmenin en uygun yolunun ne olduğu konusunda ortak bir görüş bulunmamaktadır. Sağlık okuryazarlığı ile ilgili yapılan çalışmalarda gelişim, yapı, kapsam ve ölçüm özellikleri konusunda farklılıklar gösteren çeşitli ölçüm araçları kullanılmaktadır (15, 5). Sağlık okuryazarlığını doğrudan bireysel düzeyde ya da sağlık çıktılarıyla birlikte ölçen çok az sayıda ölçüm aracı bulunmaktadır (14).

Bireylere sağlık ve hastalık ile ilgili birtakım kelimeler verilerek, kişilerin bu kelimeleri bilip bilmediklerinin ve okuma düzeylerinin bakıldığı Tıpta Yetişkin Okur-Yazarlığını Hızlı Değerlendirme Testi (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine-REALM), Geniş Çaplı Başarı Testi (Wide Range Achievement Test-WRAT), Tıp Terminolojisi Okuma Başarı Testi (The Medical Terminology Achievement Test - MART), Tıbbi Terimleri Tanıma Testi (Medical Term Recognition Test- METER); kelime tanıma ve/veya telaffuz testi olarak geliştirilmiş olan ve yaygın olarak kullanılan ölçüm yöntemleridir (3,16,17).



Şekil 1. Entegre sağlık okuryazarlığı modeli (10)



Yetişkinlerde Fonksiyonel Sağlık Okur-Yazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults - TOFHLA), En Yeni Vital Bulgu (Newest Vital Sign - NVS) testi ve Sağlık Aktiviteleri Okuryazarlık Testi (Health Activities Literacy Scale - HALS) ile hem fonksiyonel hem de sayısal sağlık okur-yazarlığı düzeyleri ölçülmektedir. TOFHLA ile kişilerin okuduğu yazıyı anlayıp anlamadıkları kontrol edilmekte, NVS testi ile bireyin okuma, kavrama ve hesaplama becerileri ölçülmekte (1, 15), HALS testi ile de düzyazı, sayısal ve belge okur-yazarlığı değerlendirilmektedir. HALS testinin toplum düzeyinde sağlıkla ilgili okuma kapasitesini anlamada potansiyel bir değere sahip olduğu kabul edilmektedir (18).

Avrupa'daki en geniş kapsamlı sağlık okuryazarlığı çalışmasında ölçek olarak kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Anketi-Avrupa Birliği (Health Literacy Survey-European Union (HLS-EU), Sorensen'in geliştirdiği kavramsal model ve aynı zamanda oluşturulmuş olan sağlık ile ilgili bilgilere erişme, sağlık ile ilgili bilgileri anlama, değerlendirme ve kullanma süreçleri ile sağlık bakımı, hastalıktan korunma ve sağlığın iyileştirilmesi alanlarını birleştiren on iki boyutlu sağlık okuryazarlığı matrisi kullanılarak geliştirilmiştir (10,19).

Sağlık okuryazarlığını ölçmeye yönelik geliştirilen mevcut testler bireylerin anlama düzeylerini ölçmede genellikle yetersiz kalmakta ve sağlık okuryazarlığının kültürel ve sosyal boyutlarının göz ardı edilmesine neden olmaktadır (20).

### Sağlık Okuryazarlığı Epidemiyolojisi

ABD'de 2003 yılında yapılan ve koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi edici hizmetler, sağlık hizmetlerine erişimle ilgili alanlarda sorular içeren Ulusal Yetişkin Okur-yazarlığının Değerlendirilmesi (NAALS) çalışmasında; yetişkinlerin % 14'ünün temel sağlık okuryazarlığı düzeyinin altında, % 22'sinin temel düzeyde, % 53'ünün orta düzeyde ve % 12'sinin de mükemmel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu bulunmuştur. 65 yaş üzerindeki yetişkinlerde, liseden daha az eğitim düzeyine sahip olanlarda, etnik gruplarda, mülteci ve göçmenlerde, yoksullarda, anadili ülkede konuşulandan farklı olanlarda düşük düzeydeki sağlık okuryazarlığı prevalansı daha yüksek bulunmuştur (21). Amerikan Tıp Enstitüsü sağlık okuryazarlığı komitesinin 2004 yılında yayınladığı rapora göre; on Amerikalı yetişkinden dokuzu günlük sağlık bilgilerini toplumda, medyada, perakende satışlarda ve sağlık bakımında gerekli olduğu durumlarda kullanırken zorluk yaşamaktadır (22).

Christian von Wagner ve meslektaşlarının İngiltere'de sınırlı sağlık okuryazarlığı prevalansını ve sağlık okuryazarlığının sağlık davranışı ve sağlık algısı ile ilişkisini inceledikleri 18-90 yaş aralığındaki 759 yetişkinle yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek için TOFHLA kullanılmıştır ve sınırlı sağlık okuryazarlığı düzeyi % 11.4 olarak bulunmuştur. Sınırlı sağlık okuryazarlığının düşük eğitim düzeyi, ileri yaş, düşük gelir ve erkek cinsiyet ile ilişkili olduğu bulunmuştur (23).

**Tablo 1.** Sağlık okuryazarlığı boyutlarının sağlık alanlarına uygulandığı matris (10)

	Sağlık ile ilgili bilgilere erişim	Sağlık ile ilgili bilgileri anlama	Sağlık ile ilgili bilgileri değerlendirebilme	Sağlık ile ilgili bilgileri uygulama/kullanma
<b>Sağlık Bakımı</b>	Tıbbi ya da klinik bilgilere erişme becerisi	Tıbbi bilgileri anlama becerisi	Tıbbi bilgileri yorumlama ve değerlendirme becerisi	Tıbbi konularda bilinçli karar verme becerisi
<b>Hastalıkları Önleme</b>	Sağlık ile ilgili risk faktörlerine erişme becerisi	Sağlık ile ilgili risk faktörlerini anlama becerisi	Sağlık ile ilgili risk faktörlerini yorumlama ve değerlendirme becerisi	Sağlık ile ilgili risk faktörleri konusunda bilinçli kararlar verme becerisi
<b>Sağlığın geliştirilmesi</b>	Sağlığın fiziksel ve sosyal çevredeki belirleyicileri konusunda kendini güncelleme becerisi	Sağlığın fiziksel ve sosyal çevredeki belirleyicilerini anlama becerisi	Sağlığın fiziksel ve sosyal çevredeki belirleyicilerini yorumlama ve değerlendirme becerisi	Sağlığın fiziksel ve sosyal çevredeki belirleyicileri konusunda bilinçli kararlar verme becerisi

Sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek amacıyla 2011 yılında 8 Avrupa ülkesinde (Almanya, Avusturya, Bulgaristan, Hollanda, İrlanda, İspanya, Polonya, Yunanistan) yapılmış olan Sağlık Okuryazarlığı Araştırması – Avrupa Birliği (Health Literacy Survey – European Union (HLS-EU) anketinin kullanıldığı Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) çalışmasına katılanların %47.6'sının sınırlı sağlık okur-yazarlığı düzeyine sahip olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmanın sonucunda, genel olarak sağlık okuryazarlığının düşük olduğu, sağlık okuryazarlığında ülkeler arasında farklılıklar olduğu bulunmuştur. Aynı ülkede yaşayanlar içinde de ; genel eğitim ve gelir düzeyi düşük olanların, azınlıkların, yakın zamanda göçle gelenlerin, genel sağlık düzeyi kötü olanların, kronik sağlık sorunu olanların ve yaşlıların sağlık okuryazarlığının düşük olduğu tespit edilmiştir (4,24).

Türkiye’de yapılmış ilk geniş ölçekli saha çalışması olan 2014 yılı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırmasında Avrupa Sağlık Okur-yazarlığı anketi Türkçe’ye çevrilerek veri toplamada kullanılmıştır. Türkiye toplumunun %64,6’sının yani erişkin nüfusun 35 milyonunun “yetersiz ya da sorunlu” sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer aldığı bulunmuştur. Değiştirilemeyen bir faktör olan yaşla beraber, iyileştirilebilecek faktörler olan düşük eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzey sorunlu sağlık okuryazarlığının nedenleri olarak saptanmıştır (19).

### **Düşük Sağlık Okuryazarlığının Sonuçları**

Düşük ya da sınırlı sağlık okuryazarlığının sonuçları uluslararası literatürde sıkça tartışılmaktadır. Tartışma çoğunlukla sağlık okuryazarlığının sağlık davranışı, sağlık çıktıları, sağlık hizmeti kullanımı ve maliyeti üzerinde yoğunlaşmaktadır (4).

Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan kişilerin koruyucu sağlık hizmetleriyle ilgili bilgileri daha az anladığı, bu hizmetlere daha zor ulaştığı ve koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandığı gösterilmiştir (25).

Sınırlı sağlık okuryazarlığının fiziksel inaktivite, yetersiz sebze- meyve tüketimi, tütün kullanımı gibi olumsuz sağlık davranışlarıyla ilişkisi olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (4,5, 23,26). Yine düşük sağlık okuryazarlığı düzeyi olan çocukların gelecekte tütün ve alkol kullanımı gibi olumsuz sağlık davranışlarına sahip olma

olasılıkları artmaktadır (17). Düşük sağlık okuryazarlığı olan annelerin bebeklerini 2 aydan daha kısa süre emzirme olasılıkları yüksekken, uygun besinlerle uygun miktarda besleme olasılıkları ise düşüktür (6).

Sınırlı sağlık okuryazarlığı olan bireylerin hipertansiyon, obezite, diyabet , astım gibi kronik hastalıklarını yönetmekte , verilen tedaviyi anlamak ve uygulamakta zorlandıkları görülmektedir (5, 7,26). Diyabet hastalığı olan sınırlı okuryazar düzeyindeki kişilerin glisemik kontrolleri daha kötü olmakta, alt ekstremitte ampütasyonu, retinopati gibi komplikasyonlar bu kişilerde daha fazla görülmektedir (27).

Sınırlı sağlık okuryazarlığı sık acil servis kullanımına, yeniden hastane yatışlarına ve daha sık hekime başvuruya da yol açmaktadır (5). Avrupa Sağlık Okuryazarlığı (HLS-EU) çalışmasında; sağlık okuryazarlığı puanı düşük olan grupta; 3 ya da daha çok kez acil servis başvuru oranı ve 6 ya da daha çok kez hekim muayenesi oranı daha yüksek bulunmuştur (4).

Sağlık harcamasındaki artış da sınırlı sağlık okuryazarlığının sağlık çıktısı olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşüklüğünün Kanada’da yılda 8 milyar dolar daha fazla sağlık harcamasına yol açtığı, bu miktarın Kanada’daki toplam sağlık harcamasının %3-5’ine karşılık geldiği (4, 5) ve ABD ekonomisine yıllık maliyetinin ise 106-236 milyar dolar olduğu hesaplanmaktadır (26).

### **Sonuç ve Öneriler**

Kişinin sağlıkla ilgili etkin ve uygun kararları verebilmesi için sağlık bilgilerini okuma, anlama ve kullanma becerisi olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığı; kişinin genel ve sağlığa ilişkin sahip olduğu okuma yazma, iletişim kurma özellikleri ile sağlık sisteminin kişiye sunduğu hizmetin özelliklerinden etkilenmektedir (22). Sağlık okuryazarlığının çok boyutlu ve karmaşık bir yapısı olması nedeniyle mevcut ölçme değerlendirme yöntemleri yetersiz kalmaktadır (25).

Yapılan çalışmaların çoğunda sağlık bilgilerini okuma ve anlama becerilerine yönelik temel sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve sağlık çıktıları ile ilişkisinin belirlendiği farklı ölçme yöntemleri kullanılmaktadır. Bu nedenle sağlık okuryazarlığını geniş boyutta ölçecek global bir ölçüm yöntemi

geliştirilmesine ve sağlık okuryazarlığı ile sağlık çıktıları arasındaki ilişkinin nedenlerini ortaya çıkaracak araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Bireysel, sosyal ve çevresel faktörlerle birlikte eğitim sistemi ve sağlık sisteminden de etkilenen sağlık okuryazarlığını geliştirmek için sektörler arası işbirliği gerekmektedir.

**İletişim:** Dr. Tuncay Aydın Taş

**E-posta:** taydintas@uludag.edu.tr

### Kaynaklar

1. Parker, Ruth M., Scott C. Ratzan, and Nicole Lurie. "Health literacy: a policy challenge for advancing high-quality health care." *Health affairs* 22.4 (2003): 147-153.
2. Osborne H. Health Literacy. From A to Z. 2th Edition. Burlington: Jones & Bartlett; 2013.
3. Balçık, Pınar Yalçın. "Sağlık Okur-Yazarlığı." *TAF Preventive Medicine Bulletin* 13.4 (2014): 321-326.
4. HLS-EU Consortium (2012): Comparative Report Of Health Literacy In Eight EU Member States. The European Health Literacy Survey HLS-EU. Accessed April 11, 2015, at <http://www.health-literacy.eu>.
5. Safeer, Richard S., and Jann Keenan. "Health literacy: the gap between physicians and patients." *Am Fam Physician* 72.3 (2005): 463-468.
6. Health Literacy and Child Health Promotion: Implications for Research, Clinical Care, and Public Policy.
7. Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., ... & Schillinger, D. (2006). Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging, and body composition study. *Journal of general internal medicine*, 21(8), 806-812.
8. Güneş, F. (1994). Okur-yazarlık kavramı ve düzeyleri. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 27(2), 499-507.
9. UNESCO, 2005. EFA Global Monitoring Report Team. Education for All Global Monitoring Report 2006. Understandings of literacy, p. 147- 159. Chapter 6. Accessed April 4, 2015, at <http://www.uis.unesco.org/Library/Documents/gmr06-en.pdf>.
10. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H; (HLSEU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012; 25;12:80.
11. Tones, Keith. "Health literacy: new wine in old bottles?" *Health Education Research* 17.3 (2002): 287-290.
12. Health and Literacy: A Review of Medical and Public Health Literature Volume 1: Chapter Five Rima E. Rudd, Barbara A. Moeykens.
13. World Health Organization. "Health promotion glossary." (1998). Accessed March 12, 2015, at <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.
14. Nancy D. Berkman, Terry C. Davis & Lauren McCormack (2010) Health Literacy: What Is It?, *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 15:52, 9-19.
15. Kickbusch, Ilona. "Improving Health Literacy—A key priority for enabling good health in Europe." *European Health Forum Gastein*. Vol. 2004.
16. Jolie N. Haun, Melissa A. Valerio, Lauren A. McCormack, Kristine Sørensen & Michael K. Paasche-Orlow (2014) Health Literacy Measurement: An Inventory and Descriptive Summary of 51 Instruments, *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 19:sup2, 302-333.
17. DeWalt, D. A., & Hink, A. (2009). Health literacy and child health outcomes: a systematic review of the literature. *Pediatrics*, 124(Supplement 3), S265-S274.
18. Baker, D.W. The meaning and measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine* 21; 2006: 878-883
19. Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, F. N. D., Çakır, B., & Akalın, H. E. (2014). Sağlık Okuryazarlığı Araştırması.
20. SEZGİN, Deniz. "Sağlık Okuryazarlığını Anlamak." *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi* (2013): 73-92.
21. Kutner, Mark, et al. "The Health Literacy of America's Adults: Results from the 2003 National Assessment of Adult Literacy. NCES 2006-483." National Center for Education Statistics (2006).
22. IOM. (2004). Health Literacy – A Prescription to End Confusion. Institute of Medicine (IOM), The National Academies Press, Washington, DC.
23. Von Wagner, Christian, et al. "Functional health literacy and health-promoting behaviour in a national sample of British adults." *Journal of epidemiology and community health* 61.12 (2007): 1086-1090.
24. Bilir, Nazmi. "Sağlık okur-yazarlığı/Health Literacy." *Turkish Journal of Public Health* 12.1(2014):61-68.
25. US Department of Health and Human Services, and Office of Disease Prevention and Health Promotion. "National action plan to improve health literacy." Washington, DC (2010).
26. World Health Organization. "Health literacy: the solid facts. 2013. Accessed April 27, 2015, at [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf).
27. Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *Jama*, 288(4), 475-482.

*Dr. Nihat Özaydın<sup>1</sup>, Dr Funda Şensoy<sup>2</sup>, Dr. Nilüfer Özaydın<sup>3</sup>*

Geliş/Received : 08.07.2015  
Kabul/Accepted: 22.11.2015

#### Öz

Dünya yaşlı nüfusu, özellikle gelişmiş ülkelerde, giderek artmaktadır. Yaşa paralel artan kronik hastalıkların tedavisi için yaşlılar daha fazla sayıda ilaç kullanmaktadırlar. Beraberinde vücudun değişen gereksinimlerini karşılamak / korumak için beslenme disiplini de ön plana çıkmaktadır. Kronik hastalıkların tedavisi için kullanılması gereken ilaçlar ve fizyolojik yapıyı korumak için tüketilmesi zorunlu olan besinler arasında istenmeyen etkileşimlerin olması söz konusudur. Yaşlanmaya bağlı kognitif, karaciğer, böbrek, mide, bağırsak fonksiyonu ve kas dokusunun azalması, yağ dokusunun artması gibi değişiklikler, etkileşim riskini daha da artırmaktadır. Bu derlemede yaşlılarda olası besin-ilaç etkileşiminin incelenmesi ve klinik öneminin vurgulanması amaçlanmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Yaşlı, Gıda, Gıda ilaç etkileşimi

#### Abstract

Elderly population has been steadily increasing especially in developed countries. Elders use multiple medications for treatment of chronic diseases increasing with age. At the same time, nutritional discipline also becomes an issue in order to meet/protect changing demands of the body. It is likely that undesired interactions occur between medications to be used for treatment of chronic diseases and food which are essential to maintain the physiological structure. Changes due to aging such as reduction in cognitive, hepatic, renal, gastric, intestinal functions and decreased muscular mass and fat tissue further increases the risk of interaction. The present compilation aimed at investigating and highlighting clinical significance of food-drug interactions in the elderly.

**Key words:** Aged, Food, Food-drug interaction

*1 Yrd. Doç.; Sağlık Hizmetleri MYO Yaşlı Bakım Programı Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji ABD, İstanbul  
2 Yrd. Doç.; Okan Ü. Sağlık Bilimleri YO Beslenme ve Diyetetik Bölümü, İstanbul  
3 Doç.; Marmara Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı ABD, İstanbul*



## Giriş

Tıp bilimindeki gelişmeler, tarım, endüstri ve teknoloji alanındaki gelişmeler, yaşam koşullarını iyileştirerek nüfus artışı, ölüm oranlarında azalma ve dolaylı olarak da yaşlı nüfus artışı sonucunu doğurmuştur. Yaşa paralel olarak artan kronik hastalıkların tedavisinde yaşlılar daha fazla sayıda ilaç kullanmaya başlamışlardır. İlaçlar sağlık sorunlarını önlemek ve/veya iyileştirmek için kullanılır. Ancak pek çok ilacın etkinliği; yaş, cinsiyet, mevcut hastalıklar, gastrointestinal sistemin sağlığı, ilacın dozu ve alışı zamanı yanında, tüketilen besinin türü, besin destekleri (nutritional supplements), aç ya da tok alınması gibi pek çok etmenle azalır ya da çoğalır. Yaşlılar; kronik hastalıkların varlığı, çok sayıda ilaç kullanmaları, yaşlanmaya bağlı organ fonksiyonlarının azalması nedeni ile bu tip etkileşime daha yatkın olurlar. Bu bağlamda, hem hekimin hem de eczacının ilaç-ilaç etkileşimleri kadar hastaların beslenme uygulamaları ve besin-ilaç etkileşimlerini de dikkate almaları, bu konuda hastalara gerekli bilgileri vermeleri, onları diyetisyene yönlendirmeleri, ilaç kısa ürün bilgisi ve kullanma talimatlarında bu bilgilerin yer alması ve hastaların da ilaç kullanma talimatlarını okumaları konusunda eğitilmeleri, uygulanan tedavinin etkinliği için akılda tutulması gereken önemli konulardır (1-4).

Bu derlemenin amacı, güncel literatürü inceleyerek, yaşlıların kronik hastalık nedeniyle sık kullandıkları ilaçlarla, beslenme uygulamaları ve tüketmeleri gereken yiyecek ve içecekler arasındaki olası etkileşimleri ve sonuçlarını değerlendirmektir. Etkileşimler; ilaçların farmakokinetik ve farmakodinamik etkileri dikkate alınarak, emilim düzeyinde olanlar, dağılım düzeyinde olanlar, metabolizma düzeyinde olanlar, atılım düzeyinde olanlar ve etkinlik bölgesinde olanlar şeklinde beş grupta toplanarak değerlendirilmiştir. İlaçlar, ticari adları yerine etken madde adları ile ifade edilmiştir.

### Emilim Düzeyinde Olan Etkileşimler

**Besinin İlaç Emilimine Etkisi:** İlaçların pek çoğunun aç ya tok karına alınması ile emilim düzeyi etkilenir. Ayrıca alınan besinler, türlerine bağlı olarak, mide pH'sını, mide sekresyonlarını, sindirim sistemi hareketliliğini ve sindirim sisteminden geçiş süresini değiştirerek ilacın emilim hızını ya da emilim oranını etkileyebilirler (2). Özellikle yüksek yağ içeren ve yüksek posalı besin tüketilmesinde midenin boşalması gecikir. Örneğin yüksek posalı besinler, *amitriptilin* gibi trisiklik yapıdaki antidepresanların emilimini; yulaf kepeği (oat bran) ve pektin tüketimi de kolesterol düşürücü *lovastatin* emilimini azaltır (2,5).

Astım tedavisinde kullanılan *kontrollü salınımlı teofilin* ürünleri, yüksek-yagli besinler ile alınırsa *teofilinin* hızlı salınımı meydana gelebilir ve plazma *teofilin* konsantrasyonunun yüksek olmasına yol açabilir (2,6).

Besinlerin içinde bulunan magnezyum, çinko, alüminyum, kalsiyum ve demir gibi mineraller, ilaç ile birleşip emilimini zorlaştırabilecek bir kompleks (şelasyon) oluşturabilirler. *Siprofloksasin* ve *tetrasiklin* gibi antibiyotikler bu grup için örnek verilebilir. Bu tip bir etkileşimi önlemek için antibiyotikler ile birlikte mineralleri içeren ürünler aynı anda alınmamalı, uzun dönem antibiyotik tedavisi gerekliliğinde mineral alımından 2 saat önce ya da 6 saat sonra antibiyotik alınmalıdır (7). Antibiyotikler uzun süre kullanıldığında bağırsaklarda ishal oluşumuna neden olduğundan ve bağırsak bakterilerinin ölmesine bağlı olarak B vitaminleri sentezi engellendiğinden, antibiyotik kullananların probiyotik bakterileri sağlayan yoğurtla beslenmesi ve bir miktar B grubu vitamin takviyesi alması yararlı olmaktadır.

Parkinson hastalığı tedavisinde kullanılan *entakapon* demir ile birleşerek kompleks oluşturur. Bunu önlemek için demir preparatı, ilaçtan bir saat önce ya da iki saat sonra alınmalıdır (8).

Osteoporoz tedavisinde kullanılan *risedronat*, *ibandronat* ile *alendronat*'ın emilimi besin ile alındığında çok az olur, portakal suyu ya da kahve dâhil herhangi bir içecek ile alındığında ise yalnızca %60'ı emilir. Bu nedenle *risedronat* ve *alendronat* ile besin 30 dakika ara ile *ibandronat* ise yemekten 60 dakika önce alınmalıdır (9).

Besin ile alındığında, demir preparatlarının emilimi %50'ye kadar azalmaktadır. Boş mideye su, ya da meyve suyu içilerek alındığında ise emilimi en yüksek olsa da demir bu durumda sindirim sisteminde mide yanması, ishal ya da kabızlık gibi sorunlara neden olabilir. Bu sorunları önlemek için besin ile alınması gerekebilir ancak demirin emilimini azaltacağı için kesinlikle kepek, fazla miktarda tahıl ve keten tohumu gibi fitik asitten zengin besinler, posalı besinler, çay, kahve ve yüksek kalsiyum içeren ürünlerle (yoğurt, süt) birlikte kullanılmamalıdır (10). Emilim C vitamini desteğiyle arttığından yemeklerde bu açıdan zengin meyve ve sebzelere yer verilmesi uygun olur.

Kalp yetmezliği tedavisinde kullanılan *digoksin* alan hastalar aynı anda yoğun posa içeren kepek, yulaf ezmesi ya da elma, armut gibi pektin içeren besinleri, posa-içeren kütle-oluşturan laksatifleri almamalıdır. Çünkü bu ajanlar, *digoksine* bağlanıp

emilimini azaltabilir. Buna bağlı olarak *digoksin*'in serum konsantrasyonu ve klinik etkinliği azalabilir (4,9).

Yüksek pektin içeren besinler ateş düşürücü-ağrı kesici olarak kullanılan *asetaminofen* emilimini azaltabilir. Ancak bazen azalmış emilim, antienflamatuvar bir ilaç olan *ibuprofen* kullanımında olduğu gibi yan etkilerin azalmasını sağladığı için faydalı da olabilmektedir. Kolalı içecekler *ibuprofenin* emilimini artırabilir (4).

Antibiyotik olan *azitromisin* besinler ile alınırsa biyoyararlılığı azalır. Aç karnına alınmalıdır. Bazı ilaçların biyoyararlılığı ise besinlerle alındığında artabilir. Hiperlipoproteinemi tedavisinde kullanılan *fenofibrat*, prostat büyümesine karşı kullanılan *tamsulosin*, bir antikönvülsan olan *karbamazepin*, antihipertansif *labetalol* gibi ilaçlar besin ile birlikte alındıklarında emilimleri artan ilaçlara örnektirler (2).

**İlacın Besin Emilimine Etkisi:** İlaçlar, besinlerin emilimini azaltır ya da önleyebilir. Yukarıda besinin ilaç emilimine etkisinde anlatıldığı gibi ilaç ile mineraller (metal iyonlar) arasında oluşan bileşikler minerallerin emilimini azaltır. *Tetrasiklin* ile *siprofloksasin* süt, yoğurt içinde bulunan kalsiyum ile şelasyon yapar. Vitamin ve mineral destek ürünlerinde bulunan demir, magnezyum ve çinko için de aynı oluşum geçerlidir. Eğer antibiyotik kısa süre kullanılacak ise demir ya da kalsiyum kullanımını durdurmak en iyisi olabilir ya da 2-6 saat ara ile alınmalıdır (2).

Lipid yüksekliği tedavisinde kullanılan *kolestramin* yağda eriyen A, D, E ve K vitaminlerini ve folik asit emilimini etkileyebilir. Uzun süreli kullanımda vitamin takviyesi düşünülebilir. Ayrıca günde 30 ml'den fazla tüketildiğinde mineral yağları, yağda eriyen A, D, E ve K vitaminlerinin emilimini etkileyebilir. En azından iki saat ara ile tüketilmelidirler (11).

Bağırsaktan besinlerin geçiş süresini değiştiren ilaçlar besinlerin emilimini değiştirebilir. Laksatifler dışkının bağırsaktan geçiş süresini kısaltıp kalsiyum ve potasyum kaybına neden olabilirler (11).

Sindirim sisteminin şartlarını değiştiren ilaçlar da besin emilimini etkileyebilir. Mide ülseri ve reflü tedavisinde kullanılan ve mide asit salgısını baskılayan *ranitidin*, *famotidin* gibi H2 reseptör antagonistleri ile *omeprazol*, *lansoprazol*, *pantoprazol*, *esomeprazol* gibi proton pompa inhibitörleri mide asit salgılanmasının azalmasına bağlı olarak B<sub>12</sub> vitamini emiliminin bozulmasına yol açarlar. Ayrıca mide asit salgısının azalması ile

kalsiyum, demir, çinko, folik asit ve β-karoten emiliminin bozulabileceği de kesin ispatlanmamakla birlikte ileri sürülmektedir (12). Yüksek doz H<sub>2</sub> reseptör antagonisti ya da proton pompa inhibitörü kullanılmasında kalsiyum metabolizmasının bozulmasına bağlı kemik erimesi (osteoporoz) ve hatta kemik kırığı olasılığı son yıllarda gündeme gelmiştir (13).

İnce bağırsak mukozasının hasarına yol açan ilaçlar, özellikle kalsiyum ve demir olmak üzere pek çok besin ögesinin emilimini bozabilirler. Kanser tedavisinde kullanılan kemoterapötik ilaçlar, nonsteroid antiinflamatuvar ilaçlar (NSAİİ) ve uzun-dönem antibiyotik kullanımı bağırsak mukozasına zarar verebilir. Aspirin (*Asetilsalisilik asit*) ve benzeri NSAİİ'lerin sık kullanılması folat ve C vitamini emilimini azaltabilir (11,14-16).

İlaçlar besinlerin bağırsak duvarından iletilmesini sağlayan mekanizmaları da bozabilirler. Gut tedavisinde kullanılan *kolşisin*, ülseratif kolit tedavisinde kullanılan *sulfasazalin* ve antibiyotiklerden *trimethoprim* molekülleri besinlerin bağırsak duvarından iletilme mekanizmalarını bozan ilaçlardır (17).

**Dağılım Düzeyinde Olan Etkileşimler**  
**Kandaki besin ögelerinin düzeyi ilacın dağılımına etki eder.** Plazmada ilacın bağlandığı en önemli protein albümin'dir. Yaşlılarda yetersiz protein alımı ya da yetersiz beslenme sonucu plazma albümin düzeyi düşük olduğunda, ilaç yeterli ölçüde albümine bağlanamaz, yüksek miktarı serbest halde kalır ve ilaca bağlı yan etki riski artar. Özellikle albümin düzeyi 3,0 g/dL altında olduğunda yan etki riski yüksektir (18,19).

Antikoagülan *varfarin* ve antiepileptik *fenitoin* sırası ile %99,9 ve %90,0 kan proteinlerine bağlanır. Yaşlı hastada albümin düzeyi düşük ise *varfarin* tedavisinde istenmeyen kanamaya, *fenitoin* tedavisinde ise toksisiteye neden olabilir. Aspirin ve fenilbutazon benzeri NSAİİ'ler, anksiyete tedavisinde kullanılan *diazepam* ve *lorazepam* molekülleri de plazma albuminine bağlandıkları için kullanımlarında yan etki yönünden dikkatli olunmalıdır (5,19).

**Metabolizma Düzeyinde Olan Etkileşimler**  
**Besinin İlaç Metabolizmasına Etkisi:** Besinler, bazı ilaçların karaciğerde olan metabolizmasını etkileyebilir.

Et, yumurta ve peynir gibi proteinden zengin, karbohidrattan fakir besin tüketilmesi, astım tedavisinde kullanılan *teofilin*'in karaciğerdeki metabolizmasını artırabilir (20).

Greylfurt suyu, sitokrom P-450 enzim sistemini etkileyerek ilaçların metabolizmasını değiştirir ve bu etki 72 saate kadar sürer. Bu nedenle aynı gün içerisinde ilaç ile greylfurt suyunun ayrı zamanlarda alınmasının önemi yoktur (2). Kalsiyum kanal blokerleri, antiaritmik, anksiyolitik, antipsikotik, trisiklik/tetrasiklik antidepressan, antikonvülzan, *makrolid* ve *kinolon* gibi antibiyotikler, statinler, siklosporin gibi immünosupresörler, opioidler, PPI'lar, *glyburide* ve *repaglinid* gibi insülin antisekretoglar, bazı antineoplastikler, antihistaminikler, steroid ve hormonlar ile *digoxin*, *varfarin*, *carvedilol*, *losartan*, *teofilin*, *montelukast*, *sildenafil* gibi çeşitli moleküller greylfurt suyu ile etkileşime girebilir (2,4,9,20). İlaç kullanan yaşlılarda greylfurt suyu önerilmemelidir.

Besin ile alındığında kardiyovasküler hastalıklarda kullanılan beta-bloker *propranolol* ve *metoprolol*'ün ilk-geçiş karaciğer metabolizması azalıp, biyoyararlanımı artabilir. Bu da ilaçların plazma konsantrasyonu ve etkinliğini artırabilir. Etkileşimin nedeni ilaç ile besin öğelerinin karaciğerde aynı enzim sistemi tarafından metabolize edilmesidir (4).

Depresyon tedavisinde kullanılan Monoaminoksidad (MAO) inhibitörlerinin tiamin içeren besinler ile etkileştiği bilinir. Normalde tiamin alındığında vücutta bulunan monoaminoksidad enzimi tarafından inhibe edilip, vücutta birikmesi önlenmektedir. Monoaminoksidad inhibitörleri kullanıldığında, vücutta tiamin birikir ve hipertansiyon krizine yol açar. Bu nedenle monoaminoksidad inhibitörü kullanan hastalar tiamin içeren eskitilmiş peynir, beklemiş et, salamura balık, soya sosu, soya fasulyesi, soya peyniri, bakla ve fava gibi baklalı yiyecekler, muz, salam, pizza, beyaz ya da kırmızı şarap, alkol içermeyenler dahil biralara, kahve, kola ve diğer fermente ürünler kullanmamalıdır. Taze besinler, krema, yoğurt, et ise güvenlidir (4).

**İlacın Besin Öğeleri Metabolizmasına Etkisi:** Bir barbiturat olan, antikonvülzan, sedatif ve hipnotik etki gösteren *fenobarbital* ve bir antikonvülzan olan *fenitoin*, karaciğer enzimlerini uyararak D vitamini, K vitamini ile folik asit metabolizmasını hızlandırır (11). *Fenobarbital*, *karbamazepin*, *fenitoin* gibi antikonvülzan ilaçlar D vitamini metabolizmasını hızlandırarak kemik mineral yoğunluğunu azaltıp kırık riskini artırır (21).

Tüberküloz tedavisinde kullanılan *INH* (*isoniazid*), B<sub>6</sub> vitaminin aktif formuna dönmesine engel olur. Özellikle B<sub>6</sub> vitamin kullanımı zayıf olan hastalarda periferik nöropati gibi sinir sistemi rahatsızlığına yol

açabilir. En azından 6 ay *INH* kullanacak hastalarda B<sub>6</sub> vitamin takviyesi yapılmalıdır (22).

Kanser ve romatoid artrit tedavisinde kullanılan *metotreksat* folik asit antagonistidir. Folik asit olmadığında hücre çoğalması durur ve hücre ölür. Sağlıklı hücrelerde bu yan etkiyi önlemek için *metotreksat* ile birlikte folik asit takviyesi gerekir (11).

Uzun süre *teofilin* kullanımı kalsiyum, magnezyum ve potasyum başta olmak üzere pek çok mineralin kan düzeylerinde azalmaya neden olmaktadır (23). Bu minerallerin kan düzeyinde azalma pek çok sağlık sorununa zemin hazırlayabilir. Örneğin potasyumun kanda düzeyinin azalması başta aritmiler olmak üzere kalp hastalıkları için risk teşkil eder.

#### **Atılım Düzeyinde Olan Etkileşimler**

**Besinin İlaç Atılımı Üzerine Etkisi:** İdrar pH'sını değiştiren besinler, bazı ilaçların atılımını değiştirebilirler. Asidik idrarda asidik ilaçların yarılanma ömrü daha uzun, alkali idrarda ise daha kısadır. Süt, sebze ve narenciye meyveleri idrarı alkali; et, balık, yumurta ve peynir ise idrarı asidik yaparlar (4).

İdrar asidik olduğunda antiaritmik etki için uygulanan *kinidin*'in %20'si değişmeden idrar ile atılırken, idrar alkali olduğunda yalnızca %5'i değişmeden idrar ile atılır (24). Alzheimer tedavisinde kullanılan *memantin*'in atılımı, idrar pH'sı alkali ise azalır ve kan düzeyi yükselebilir (25). Besinler, bazı ilaçların böbrekten atılımını da etkileyebilirler. Şizoafektif bozukluk tedavisinde kullanılan *Lityum* ve sodyum arasında böbrekten atılımda ilişki vardır. Tuzdan zengin diyet daha fazla *Lityum*'un böbrekten atılmasına neden olurken, düşük-tuz içeren diyet ise *Lityum*'un böbrekten atılımını azaltır ve kan konsantrasyonu yükselir (4,9).

**İlacın Besin Öğeleri Atılımı Üzerine Etkisi:** Bazı ilaçlar besin öğelerinin idrardan atılımını artırır ya da azaltır. *Furosemid* gibi "loop diüretikleri" idrardan magnezyum, sodyum, klor ve kalsiyum atılımını hızlandırır. Özellikle sodyum alımı zayıf olan yaşlılarda uzun süreli kullanımda sodyum düzeyi düşebilir ve dehidratasyon gelişebilir. Buna bağlı oluşan bilinç bulanıklığı demans gibi yanlış yorumlanabilir (4,9,11,26).

*Hidroklorotiyazid* (*HCTZ*) gibi tiazid diüretikleri, idrardan kalsiyum atılımını azaltırlar. Uzun süreli kullanımın yüksek kemik mineral yoğunluğuna eşlik ettiği ve kalça kırığı riskini azaltabileceği ifade edilmiştir (9,11,27).



Aldosteron antagonisti olan *spironolakton* ya da *triamteren* gibi potasyum tutucu diüretikler sodyum atılımını artırır. Yaşlı kişide böbrek yetmezliği var ise ya da potasyum takviyesi alıyor ise kan potasyum düzeyi tehlikeli ölçüde yükselebilir. Ayrıca kardiyovasküler hastalık tedavisinde kullanılan ACE inhibitörleri de potasyum atılımını azaltır. ACE inhibitörleri potasyum tutucu diüretik ile birlikte kullanılırsa kan potasyum düzeyi tehlikeli ölçüde yükselebilir. Dikkatli olunmalıdır (4,9,11).

*Kortikosteroid* kullanımında idrardan kalsiyum atılımının yanı sıra bağırsaktan kalsiyum emilimi de bozulur ve kemik metabolizması olumsuz etkilenir. Uzun süreli *kortikosteroid* kullanılacak ise osteoporoz gelişmesini önlemek için ilaç tedavisi yanı sıra kalsiyum ve D vitamini takviyesi yapılmalıdır (28).

*Klorpromazin* gibi antipsikotik ilaçlar riboflavin atılımını artırır. Diyet ile alım zayıf ise risk taşıyanlarda riboflavin eksikliği gelişebilir (29). Antibiyotik grubu aminoglikozidler, kanser tedavisinde kullanılan *cisplatin*, *cetuximab* ve *panitumumab* böbrekten magnezyum tüketimini artırarak kan magnezyum düzeyini düşürebilirler (30).

#### **Etkinlik Düzeyinde Olan Etkileşimler**

Besin, ilacın etkinliğini artırıp ya da azaltarak etkileşim gösterebilir. K vitamininden zengin besinlerin bol tüketilmesi *varfarin*'in antikoagülan etkinliğini azaltabilir. *Varfarin* K vitamininin aktif formuna dönmesini engelleyerek K vitaminine bağlı oluşan 4 pıhtılaşma etmeninin oluşmasını önler. Ancak besinler ile vücudun kullanımına hazır K vitamini alındığında *varfarin*'in tedavi edici etkinliği azalabilir. Bu nedenle *varfarin* dozu ile günlük K vitamini alımı arasındaki denge sağlanmalıdır. K vitamininin en yoğun olduğu besinler yeşil yapraklı sebzelerdir bu nedenle; *varfarin* kullananların, yeşil yapraklı sebzelerden (ispanak, semizotu, brokoli, brüksel lahanası kıvrıkcık vb), sakınması gerekir. Yüksek protein içeren diyetle birlikte çok miktarda tüketildiklerinde tromboembolik komplikasyon gelişebilir (2,5,11).

Pişmiş soğan ve sarımsak *varfarin*'in etkinliğini artırabilir, soyalı yiyecekler, ginseng, ginkgo ise *varfarin* etkinliğini değiştirebilir (2,5,9). Kemoterapötik ilaç grubundan *merkaptopurin* inek sütü ile aynı anda alınmamalıdır. Sütte bulunan ksantin oksidaz *merkaptopurin* etkinliğini azaltır. Klinik önemi olabilir (2).

Yiyecek ve içeceklerde bulunan kafein; *teofilinin* sinir sistemini uyarıcı etkilerini artırabilir (2). Bazı araştırmacılar, astım hastalığında, teofiline benzer yapısı, buna bağlı olarak bronkodilatör etkisi nedeniyle kahve ve çay gibi kafein içeren içeceklerin yararlı olduğunu bildirmektedir. Günde 6 fincan gibi aşırı kahve tüketenlerde daha düşük *teofilin* dozu kullanılması gerekebilir. Diğer yandan kafein; *lorazepam*, *diazepam* gibi benzodiazepinlerin etkinliğini azaltıp, sıkıntı hissini artırabilir. Düzensiz kalp atımına neden olabileceği için antiaritmik tedavi sırasında kullanılmamalıdır (4). Yaşlılarda ilaç kullanımı sırasında kafein kullanımı sınırlandırılmalıdır.

İlaç etkinliğini değiştiren diğer bir madde ise alkoldür ve alkol ile etkileşen ilaç sayısı oldukça fazladır (5). Alkol birlikte kullanıldığında, antihistaminik, antidepresan, antipsikotik, kas gevşetici, narkotik ve diğer sedatif ilaçların merkezi sinir sistemi üzerine olan baskılayıcı etkisini artırabilir (4). Alkol; *sülfonilüre gibi* anti-diyabetik ilaçlar ve *insülin* ile birlikte kullanılırsa hipoglisemiye neden olabilir (3). Yaşlılarda ilaç kullanımı sırasında alkol tüketimi sınırlandırılmalıdır.

#### **Sonuç**

Yaşlılar; besin-ilaç etkileşimi yönünden risk grubu oluşturur. Yaşlılarda ilaçları metabolize eden enzimlerin zayıflığı ve sıklıkla azalmış böbrek fonksiyonu söz konusudur. Ayrıca yaşlılarda yağ dokusu miktarı artmış, kas dokusu miktarı ise azalmıştır. Karaciğer kitlesi ve kan akımı da azalmaya başlamıştır. Beraberinde kronik hastalıklar vardır ve kötü beslenme riski yüksektir (4,5,11).

Yaşlılıkta mevcut obezite ya da malnütrisyona, ilaç farmakokinetiklerini etkileyebilir. Malnütrisyonda plazma proteinlerinde düşme olduğundan, yüksek oranda kan proteinlerine bağlanan ilaçların serbest oranlarında artma beklenir. Bu durum, dar tedavi aralığı olan ilaçlarda önem kazanır. Malnütrisyona varlığında, ince bağırsak ilaç emiliminde düşme oluşabilir (5,18).

Ülkemizde 65 yaş üstü nüfusun %90'ında bir, %35'inde iki, %23'ünde üç ve %15'inde dört kronik hastalığa rastlanmaktadır. Özellikle diyabet, depresyon, kardiyovasküler ve kanser olmak üzere kronik hastalık nedeni ile iki ya da daha fazla ilaç kullanan yaşlı hastalar yüksek risk grubundadırlar ve besin-ilaç etkileşim yönünden takip edilmelidirler (2,4,5,31).



Yaşlılarda kullanılan ilaçların merkezi sinir sistemi üzerine olan etkilerine de dikkat etmelidir. Kullanılan ilaç iştah ve/veya yemek yeme becerisini bozabilir, sindirim sistemi fonksiyonunu etkileyebilir ve bu etkilerin yaşlılık ya da hastalık sonucu ortaya çıktığı şeklinde düşünülmesine yol açabilir (5,25,31). Yaşlılarda, malnütrüsyonun yaygınlığı yanında, ilaç tedavi etkisizliği, ilaç yan etkisi ya da ilaç-ilaç etkileşimi düşünüldüğünde, arka planda kullanılan ilaç ile tüketilen besin arasındaki etkileşim, besinin ilaç farmakodinamik ve farmakokinetiğine etkileri dikkate alınıp hastanın beslenme durumu, yaşlılar için geliştirilmiş MNA (Mini Nutritional Assessment) testi ile değerlendirilmeli ve bir diyetisyen desteği ile gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

**İletişim:** Dr. Nihat Özaydın

**E-posta:** nih.ozaydin@okan.edu.tr

### Kaynaklar

1. Kalkan M. Yaşlı tanımı, sınıflandırılması ve genel bilgiler. In: Ersanlı K, Kalkan M, ed. Psikolojik sosyal ve bedensel açıdan yaşlılık. Ankara: Pegem Akademi; 2008;1-15.
2. Bushra R, Aslam N, Khan AY. Food-drug interactions. Oman Med J 2011 Mar;26(2):77-83.
3. Leibovitch ER, Deamer RL, Sanderson LA. Food-drug interactions: careful drug selection and patient counseling can reduce the risk in older patients. Geriatrics 2004 Mar;59(3):19-22,32-3.
4. Mohammad Y, Mohammad I. Drug-food interactions and role of pharmacist. Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research. 2009;2(4):1-10.
5. Heuberger R. Polypharmacy and food-drug interactions among older persons: a review. J Nutr Gerontol Geriatr. 2012;31(4):325-403.
6. Jonkman JH. Food interactions with sustained-release theophylline preparations. A review. Clin Pharmacokinet 1989 Mar;16(3):162-79.
7. Deppermann KM, Lode H. Fluoroquinolones: interaction profile during enteral absorption. Drugs 1993;45 Suppl 3:65-72.
8. Henchcliffe C, Waters C. Entacapone in the management of Parkinson's disease. Expert Opin Pharmacother 2002 Jul;3(7):957-63.
9. Avoid Food-Drug Interactions. A Guide from the National Consumers League and U.S. Food and Drug Administration. Accessed at November 13, 2014 at <http://www.fda.gov/downloads/Drugs/ResourcesForYou/Consumers/BuyingUsingMedicineSafely/EnsuringSafeUseofMedicine/GeneralUseofMedicine/UCM229033.pdf>.
10. Fuqua BK, Vulpe CD, Anderson GJ. Intestinal iron absorption. J Trace Elem Med Biol 2012 Jun;26(2-3):115-9.
11. Linda B. Bobroff, Ashley Lentz, and R. Elaine Turner. Food/drug and drug/food interactions: what you should know about your medications. Accessed November 10, 2014 at <http://edis.ifas.ufl.edu/pdffiles/HE/HE77600.pdf>.
12. Jacques B, Sebastien C, Mathilde R, et al. Very low oral doses of vitamin B12 increase serum concentrations in elderly subjects with food-bound vitamin B12 malabsorption. J Nutr 2007 Feb;137(2):373-8.
13. Vondracek SF, Linnebur SA. Diagnosis and management of osteoporosis in the older senior. Clin Interv Aging 2009;4:121-36.
14. Patel V, Fisher M, Voelker M, et al. Gastrointestinal effects of the addition of ascorbic acid to aspirin. Pain Pract 2012 Jul;12(6):476-84.
15. Handa O, Naito Y, Fukui A, Omatsu T, et al. The impact of non-steroidal anti-inflammatory drugs on the small intestinal epithelium. J Clin Biochem Nutr 2014 Jan;54(1):2-6.
16. Davidson G, Kritas S, Butler R. Stressed mucosa. Nestle Nutr Workshop Ser Pediatr Program 2007;59:133-42; discussion 143-6.
17. Won CS, Oberlies NH, Paine MF. Mechanisms underlying food-drug interactions: inhibition of intestinal metabolism and transport. Pharmacol Ther 2012 Nov;136(2):186-201.
18. Crogan NL, Alvine C, Pasvogel A. Improving nutrition care for nursing home residents using the INRx process. J Nutr Elder 2006;25(3-4):89-103.
19. Borman P. Yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı ilkeleri. Kutsal YG (ed). Geriatrik rehabilitasyon. Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği Geriatrik Rehabilitasyon Çalışma Grubu (2010):144-54.
20. MacDonald L, Foster BC, Akhtar H. Food and therapeutic product interactions-a therapeutic perspective. J Pharm Pharm Sci 2009;12(3):367-77.
21. Lee RH, Lyles KW, Colón-Emeric C. A review of the effect of anticonvulsant medications on bone mineral density and fracture risk. Am J Geriatr Pharmacother 2010 Feb;8(1):34-46.
22. Van der Watt JJ, Harrison TB, Benatar M, Heckmann JM. Polyneuropathy, anti-tuberculosis treatment and the role of pyridoxine in the HIV/AIDS era: A systematic review. Int J Tuberc Lung Dis 2011 Jun;15(6):722-8.
23. Prince RL, Monk KJ, Kent GN et al. Effects of theophylline and salbutamol on phosphate and calcium metabolism in normal subjects. Miner Electrolyte Metab 1998;14:262-265.
24. Quinidine. Accessed November 23, 2014 at <http://www.rxlist.com/quinidex-drug/clinical-pharmacology.htm>.
25. Freudenthaler S, Meineke I, Schreeb KH, et al. Influence of urine pH and urinary flow on the renal excretion of memantine. Br J Clin Pharmacol 1998 Dec;46(6):541-6
26. Back C, Wittmann M, Haen E. Delirium induced by drug treatment. Ther Umsch 2011 Jan;68(1):27-33.
27. Aung K, Htay T. Thiazide diuretics and the risk of hip fracture. Cochrane Database Syst Rev 2011 Oct 5;(10):CD005185.
28. Compston J. Management of glucocorticoid-induced osteoporosis. Nat Rev Rheumatol 2010 Feb;6(2):82-8.
29. Pinto JT, Rivlin RS. Drugs that promote renal excretion of riboflavin. Drug Nutr Interact 1987;5(3):143-51.
30. Pham PC, Pham PA, Pham SV, et al. Hypomagnesemia: a clinical perspective. Int J Nephrol Renovasc Dis 2014 Jun 9;7:219-30.
31. Kaygusuz C, Kalkan M. Yaşlılık danışmanlığı. Ersanlı K, Kalkan M (Ed). Psikolojik sosyal ve bedensel açıdan yaşlılık 2008; 251-288.



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 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](http://www.ulakbim.gov.tr)). Sözü edilen özellikte çalışmalar, etik onaylar olmadan değerlendirmeye 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. Anahtar sözcüklerin, Index Medicus'un Medical Subjects Headings (MeSH) başlığı altındaki "Tıbbi Konu Başlıkları" terimlerinden seçilmesi gerekmektedir. Türkçe anahtar sözcükler için, bu amaçla hazırlanmış MeSH - Medical Subject Headings terimlerinin Türkçe karşılıklarını içeren anahtar sözcükler dizini olan Türkiye Bilim Terimleri kullanılmalıdır. (<http://www.bilimterimleri.com>)

3. **Giriş:** Bu bölümde, makale ile ilgili önbilgiler, amaç, gerekçe belirtilmelidir.

4. **Gereç ve Yöntem:** Bu bölümde çalışmanın gereç ve yöntemi ayrıntılı olarak yer almalıdır. Yöntemler için kaynak gösteriniz. Yeni olan yöntemleri tanımlayınız. Etik kurallara uyum konusunda yapılan işleri ve üyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız.

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 (1,2,4-7) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı biçimde kısaltılmalıdır. "Yayımlanmamış gözlemler" ve "kişisel görüşmeler"

kaynak olarak kullanılamaz. En fazla yirmi beş (25) kaynak kullanılabilir.

#### Kaynaklar aşağıda gösterildiği gibi yazılmalıdır.

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

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

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

**Web Sitesi:** Clinical evidence on tinnitus. BMS Publishing group.

Accessed November 12, 2003, at

<http://www.clinicalevidence.com>

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:** Fotoğraf, 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 ve 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 özetinde kısaltma kullanılmamalıdır.

7. **Yüzdeler:** Yüzde işareti (%) ile belirtilebilir.

8. **Yazı tipi:** Yazıların sözcük sayısı en az 1.500 en fazla 4.500 olmalıdır.

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

**Metinlerin Gönderilmesi:** Metinler, tüm yazarların imzaladığı bir üst yazıyla gönderilmelidir. Bu yazıda metnin tüm yazarlarca okunduğu ve onaylandığı, yazarlık hakkı koşullarının gerçekleştiği belirtilmelidir.

**Yazılar;** <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/sted> adresi üzerinden gönderilir. Yayımlanması uygun görülen yazılarda, belirlenen eksikliklerle ilgili düzeltme ve düzenlemeler Yayın Kurulu'na yapılabilir. Yayımlanmayan yazılar geri gönderilmez. Klinik ve toplumsal araştırma çalışmalarında yerel etik kurul onayı alınmış olmalıdır. Etik kurulun bulunmadığı yerler için [sted@ttb.org.tr](mailto:sted@ttb.org.tr) e-posta adresinden bilgi istenebilir.

Yazarların Yayın Hakkı Devir Formu ile birlikte çalışmalarını göndermeleri gerekmektedir. Yayın Hakkı Devir Formu olmayan çalışmalar değerlendirilmeye alınmayacaktır.

#### Yayın Hakkı Devir Formu

<http://www.ttb.org.tr/STED/index.php/yazar>





Türk Tabipleri Birliği ve Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi'nce 2015 yılında düzenlenen fotoğraf yarışması sonuçlandı. Fotoğraf Sanatçısı İbrahim Demirel, Prof. Dr. Mehmet Beyazova, Fotoğraf Sanatçısı Hafize Kaynarca, Dr. Mehmet Beyazova, Dr. Ufuk Beyazova, Dr. Orhan Odabaşı'dan oluşan Seçici Kurul, 12 Şubat 2016 Saat: 18:00'de Türk Tabipleri Birliği'nde toplandı. Yarışmaya başvuran 23 kişinin 110 adet eseri değerlendirilerek 40 fotoğraf sergilenmeye değer bulundu.

Daha sonra bu 40 fotoğraf içerisinde STED'in 2016 yılı kapak resmi olarak 6 fotoğraf seçildi. Bunların arasından;

- Arif Miletli'nin 1270-4 rumuzu ile başvurduğu "KOZA" adlı eseri; Büyük Ödüle,
- Can Mustafa Eren'in Yarkın-2 rumuzu ile başvurduğu "Karga" adlı eseri Başarı Ödülüne, - Kamile Kurt Arkin-3 rumuzu ile başvurduğu "Anne ve Çocuk" adlı eseri Başarı Ödülüne,
- Arif Miletli'nin 1270-5 rumuzu ile başvurduğu "Bakış" adlı eseri Başarı Ödülüne,

- Derya Özpolat 70750-4 rumuzu ile başvurduğu "Yılkılar" adlı eseri Jüri Özel Ödülüne

- Kemal Göl'ün İsyân-5 rumuzu ile başvurduğu "Yol" adlı eseri Galerî Sanat Yapım Ödülüne değer bulundu.

Bu fotoğraflar ödül alanlardan başlanarak 2016 yılında yayınlanacak olan STED'in kapağında yayınlanacaktır. Sergilenmeye değer bulunan 40 fotoğraf,

Eserler daha sonra düzenlenecek olan çeşitli etkinliklerde de sergilenecek, Yarışmaya gönderilen fotoğraflar TTB yayınlarında, sağlıkla ilgili, eğitim ve sanat etkinliklerinde isim belirtilerek yayınlanacaktır.

Yarışmada dereceye girenleri kutlar, katılan tüm okurlarımıza teşekkür ederiz.

2016 yılında düzenlenecek olan Yarışmaya, fotoğrafa meraklı tüm STED okurlarının katılımını bekliyoruz.

14 Mart Tıp Etkinlikleri içerisinde 22 Mart 2016 tarihinde ödülleri sahiplerine verildi.

**Bilimsel ve Dostça...**



Ödül töreninden (22.01.2016)