

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

TEMMUZ | JULY  
AĞUSTOS | AUGUST  
2016 | 2016  
CİLT 25 | VOLUME 25  
SAYI 4 | ISSUE 4

# 4





#### 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 Eskiocak

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

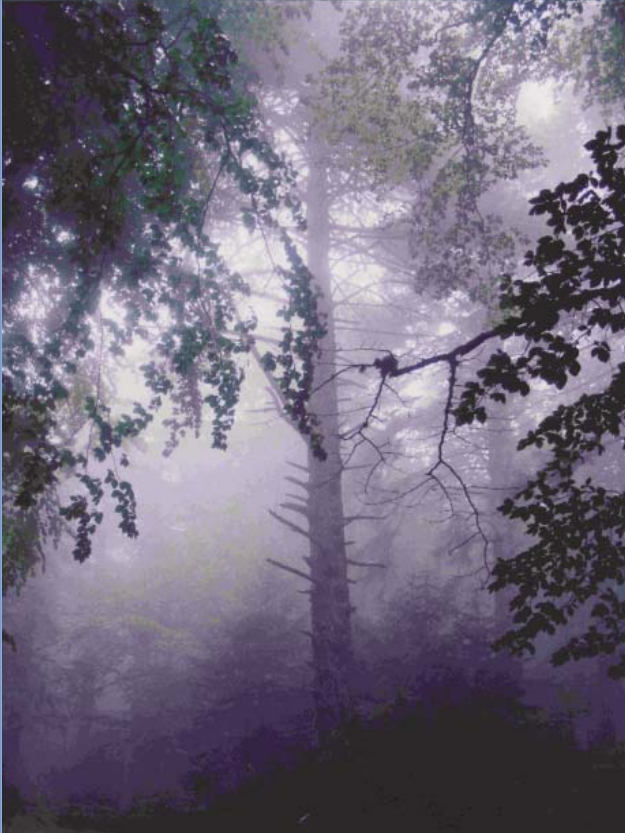
Vergi Dairesi: Ostim Vergi Dairesi No: 144 005 6234-Ticaret Sicil No: 131/133 - Baskı Tarih: Eylül 2016



### Merhaba,

Dr. Özlem Çiçek ve Dr. Kerziban Yenal "**Türkiye'de Doğuma Hazırlık Eğitimi ile İlgili Web Sitelerinin Analizi**" isimli çalışmalarında "gebe eğitimi" amacıyla İnternette birçok haberin ve kaynağın olduğu ancak bu bilgilerin büyük bir bölümünün konu başlıkları biçiminde bilgilendirici olduğu, bilgilerin güncelliği belirtilmediği için güvenilirliği açısından dikkat edilmesi gerektiği sonucuna varmışlardır.

Dr. Seval Çoker ve Dr. Onur Hamzaoğlu "**Aile Hekimlerinin Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi İle İlgili Bilgi Düzeyleri ve Uygulama Durumları**" isimli çalışmalarında bir toplum sağlığı merkezi sorumluluk bölgesinde çalışan hekimlerin Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi'yle ilgili bilgi ve uygulamalarının ortaya koyulmasını amaçlamışlar. Çalışmada aile hekimlerinin DGTS ile ilgili bilgi düzeylerinin ve uygulamalarının yeterli olmadığı, DGT'nin önemini gereğince kavranmadığı görülmüş. Yazarlar hekimlerin DGTS ve DGT ile ilgili bilgi eksiklikleri



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

giderilerek tüberküloz tedavisinin başarısının artırılabilceğini önermektedirler.

Tufan Aslı Sezer "**Hemşire Adaylarının Bilişötesi Öğrenme Stratejilerinin Sınıf Düzeyi ve Akademik Başarı Değişkenleri Açısından İncelenmesi**" isimli çalışmasında ulaşılan sonuçlar, hemşirelik eğitimi programlarının hemşire adaylarının bilişötesi bilgisini geliştirmeye yönelik etkinliklerin planlanması gerektiğini göstermektedir.

Dr. Özge Yavuz Sarı ve Dr. Dilek Aslan "**Yer Değiştirme Sorunu ve Kısa Küresel Değerlendirmeler**" isimli çalışmalarında her yıl milyonlarca insanın savaşlar, açlık, ekonomik sorunlar, doğal afetler, iklim değişiklikleri gibi pek çok nedenle yaşadıkları alanları terk ederek daha güvenli ortamlara doğru göç ettiklerini belirtmektedirler. Bu denli hızlı olan sürecin çok farklı sorunları bulunmaktadır. Sorunların çözümü için yazarlar, küresel düzlemde nedenleri ortadan kaldıran iyileştirici ve rehabilite edici yaklaşımlara gereksinim bulunduğunu vurgulamaktadırlar.

Dr. Gülbahtiyar Demirel ve Dr. Handan Güler "**Endojen Oksitosin Salınımı için Alternatif Yöntemler: Meme ve Uterus Uyarımı**" isimli çalışmalarında spontan doğum eylemi ile karşılaştırıldığında elektif sentetik oksitosin indüksiyonu uygulanan gebelerde komplikasyon oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir. Yazarlar endojen oksitosin ve salınımındaki alternatif yöntemler üzerine dikkat çekerek konuya olan duyarlılığın artırılmasını amaçlamışlardır.

Zeynep Sedef Varol ve Meltem Çiçeklioğlu "**Sağlık Hizmet Sunumunda Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği**" isimli çalışmalarında toplumsal cinsiyetin sağlık statüsünü, sağlık risklerinin dağılımını, sağlık hizmetlerine erişimi, sağlık hizmet sunumunu etkileyen, sağlıkta iyilik halinin temel belirleyicilerinden biri olduğunu vurgulanmaktadır. Sağlık hizmet sunumu sürecinde cinsiyetçi uygulamalara dair eleştiriler "Eril yanlılık", "Toplumsal cinsiyet rolü ideolojisi", "Toplumsal cinsiyet eşitsizliği", "Toplumsal cinsiyet körlüğü" olmak üzere dört başlıkta incelenmektedir. Çalışmanın amacı bu dört başlık altında sağlık hizmet sunumunda toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ile sağlık eşitsizlikleri arasındaki ilişkiyi tartışmak ve bu bağlamda toplumsal cinsiyet duyarlı çözüm önerilerini değerlendirmektir.

**Bilimsel ve dostça.**

### Araştırma / Research

Türkiye'de Doğuma Hazırlık Eğitimi ile İlgili İnternet Sayfalarının Analizi 131  
*Analysis of the Related Internet Page with the Childbirth Preparation Training in Turkey*  
*Dr. Özlem Çiçek, Dr. Kerziban Yenal*

Aile Hekimlerinin Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi ile 136  
İlgili Bilgi Düzeyleri ve Uygulama Durumları  
*Knowledge Levels and Practices of Family Physicians on*  
*Directly Observative Treatment Strategy*  
*Dr. Seval Çoker, Dr. Onur Hamzaoğlu*

Hemşire Adaylarının Bilişötesi Öğrenme Stratejilerinin 146  
Sınıf Düzeyi ve Akademik Başarı Değişkenleri Açısından İncelenmesi  
*An Analysis of Metacognitive Learning Strategies of Nursing Candidates in Terms of Class Levels and*  
*Academic Success*  
*Tufan Aslı Sezer*

### Derleme / Review Article

"Yer Değiştirme" Sorunu ve Kısa Küresel Değerlendirmeler 152  
*The Issue of "Displacement" and Brief Global Analysis*  
*Dr. Özge Yavuz Sarı, Dr. Dilek Aslan*

Sağlık Hizmet Sunumunda Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği 161  
*Gender Inequality in Delivery of Health Care*  
*Dr. Zeynep Sedef Varol, Dr. Meltem Çiçeklioğlu*

Endojen Oksitosin Salınımı için Alternatif Yöntemler: Meme ve Uterus Uyarımı 167  
*Alternative Methods for Endogenous Oxytocin Release: Nipple and Uterine Stimulation*  
*Dr. Gülbahiyar Demirel, Dr. Handan Güler*

### Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



Arif Miletli "Bakış"

STED Fotoğraf Yarışması 2015 başarı Ödül

#### Arif Miletli

(EFIAP) 1968 Trabzon doğumlu. Anadolu Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği mezunu. Konya 'da Sille Sanat Sarayı (SSS) üyesidir. Dernek çatısı altında doğa, belgesel ve gezi fotoğrafçılığıyla ilgilendi. "Bursada Sağlık Dergisi" yayın kurulunda görev yapmakta. 2016 yılı başında EFIAP ünvanına sahip olan Arif MİLETLİ Yurtiçi ve Yurt dışında yirmiden fazla ülkede ödüller kazandı. Kişisel fotoğraf sergisi yanısıra, pek çok karma gösterileri sergilenmiştir. Halen Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü'nde Sağlığın Geliştirilmesi ve Eğitim Birim sorumlusu olarak görev yapmaktadır.

STED Fotoğraf Yarışması Büyük ve Başarı Ödülü



Dr. Özlem Çiçek<sup>1</sup>, Dr. Kerziban Yenal<sup>2</sup>

Geliş/Received : 17.12.2015

Kabul/Accepted: 04.03.2016

### Öz

**Amaç:** Bu araştırmanın amacı; Türkiye'de doğuma hazırlık eğitimi ile ilgili bilgi veren internet sayfası içeriklerinin, ebeveynlere verdikleri bilgi yönünden incelenmesidir.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Veriler "gebe eğitimi" ve "doğuma hazırlık eğitimi" anahtar kelimeleri kullanılarak, <http://www.google.com.tr> aracılığı ile elde edilmiştir. Veriler Ağustos-Ekim 2015 tarihleri arasında toplanmıştır. Belirlenen 20 internet sayfası araştırmacı tarafından oluşturulan değerlendirme formu ile değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde sayı ve yüzde kullanılmıştır.

**Bulgular:** Örneklem kriterlerine uyan 20 internet sayfasına ulaşılmıştır. Verilen eğitimlerin %65'inin tek bir meslek üyesi tarafından verildiği saptanmıştır. Eğiticilerin %25'i hekim, %15'i hemşire ve %10'u ebelerden oluşmaktadır. Eğiticilerin %80'i doğuma hazırlık eğitimi, %35'i aktif doğum, %25'i Hypnobirthing, %25'i Lamaze ve %35'i ise yoga eğitimi konusunda eğitim almıştır. İnternet sayfalarının %60'ında emzirme, %55'inde yenidoğan bakımı, %40'ında loğusalık dönemi, %30'unda yenidoğan masajı ile ilgili eğitici bilgiler yer almaktadır. Ayrıca tüm web siteleri doğum ile ilgili bilgi içermektedir.

**Sonuç:** Ulaşılan internet sayfasının çoğunun kamu hastaneleri, özel hastaneler, aile sağlığı merkezleri, üniversiteler, bloglar ya da özel eğitim merkezleri tarafından yürütülen kursların duyuruları ve reklamları ile ilgilidir. İnternet sayfalarının içerikleri incelendiğinde gebelik, doğum ve doğum sonu döneme yönelik eğitimler olduğu saptanmıştır. Sonuç olarak; "gebe eğitimi" amacıyla internette birçok haberin ve kaynağın olduğu ancak bu bilgilerin büyük bir bölümünün konu başlıkları biçiminde bilgilendirici olduğu, bilgilerin güncelliği belirtilmediği için güvenilirliği açısından dikkat edilmelidir.

**Anahtar sözcükler:** Gebe eğitimi, Doğuma hazırlık eğitimi, İnternet sitesi analizi, Ebeveynlik eğitimi

### Abstract

**Objectives:** The purpose of this study to investigate the content of internet pages related childbirth education is analyzed about giving information to parents in Turkey.

**Methods:** It is a descriptive study. Data was obtained using "pregnant training" and "childbirth education" key words via by <http://www.google.com>. Data were collected between August to October 2015. Totally 20 web sites were assessed by evaluation form that was created by the researchers. Number and percentage were used to analyze the data.

**Results:** The sample consist of has reached 20 internet pages which fulfilling the criteria. It was found that 65% of the education given by a single member of a profession. Practioners consist of 25% physician, 15% nurse and 10% midwives. Practioners was educated 80% childbirth education, 35% active birth, 25% Hypnobirthing, 25% Lamaze and 35% yoga training. Internet pages consist of 60% breastfeeding, 55% newborn care, 40% postpartum care nad 30% newborn massage related information. In addition all web sites consist of information about labor..

**Conclusion:** Most of the internet pages were available related to public hospitals, private hospitals, family health centers, universities, blogs or private training centers announcements and advertisements. When the content of web sites analyzed found to be pregnancy, birth and the postpartum period training. As a result; there are many news and resources on the internet about "pregnant training" but a large part of this information was informative not a trainer, is not enough information about the date timeliness for the reliability to follow up.

**Key words:** Pregnancy training, Childbirth education classes, Analysis the internet pages, Parenting education

\*Bu araştırma Uluslararası Katılımlı 2. Doğuma Hazırlık Eğitimi ve Eğiticiliği Kongresi'nde konuşma metni olarak sunulmuştur.

1 Dokuz Eylül Ü. Hemşirelik Fak. Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD., İzmir

2 Şifa Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği AD., İzmir

## Giriş

Gelişen teknolojilerle birlikte internet kullanımı Dünya’da ve Ülkemizde giderek artmaktadır. Önceki yıllarda bilgisayar ve internete ulaşım sınırlı iken, artık birçok evde bilgisayar ve internete ulaşılabilir. Türkiye İstatistik Kurumu (1) verilerine göre ülkemizde internet kullanan birey oranı %55,9 iken, bu kişilerin %69,5’inin evinden internete ulaştığı belirtilmektedir. Bilgisayardan internete ulaşımın yanı sıra akıllı cep telefonları ile de internete ulaşım oldukça yaygındır ve ülkemizde akıllı cep telefonu kullanım oranı da %96,8 gibi çok yüksek bir orana sahiptir (1). Kadınlar açısından oranlar incelendiğinde bilgisayar kullanımının %45,6, internet kullanımının ise %46,1 olduğu görülmektedir. Tüm bu oranlarla birlikte Türkiye internet kullanıcısı sayısı bakımından Dünya’nın 14. ülkesi konumundadır. Bu durum ülkemizde pek çok kişinin internet kullandığını göstermektedir.

Ülkemizdeki bireylerin internet kullanım amaçları incelendiğinde %36,0’sının sağlık ile ilgili bir konuda, %55,9’unun ise eğitimle ilgili bilgi aramak amaçlı olduğu görülmektedir (1). Ülkemizde eğitim düzeyinin artması, yazılı ve görsel medyada doğumlara yer verilmesi, politik açıdan doğum ve doğum yöntemlerinin çok sık tartışılması doğuma hazırlık eğitimlerini ön plana taşımaktadır. Doğuma hazırlık eğitimlerinin doğumdan memnuniyeti ve kadınların bebeklerini olumlu olarak algılaya durumunu arttırdığı ve müdahaleli doğum oranını azalttığı gibi birçok yararının olduğu bilinmektedir (2,3,4). Bu bilgilerle birlikte doğuma hazırlık eğitimlerinin varlığından haberdar olan bireyler bilgisayar ve interneti bu konuda bilgi edinmek için kullanır duruma gelmiştir. Yenal ve Sevil (2012) araştırma sonucunda, web üzerinden yapılan doğuma hazırlık eğitiminin gebelerin günlük yaşam aktivitelerini olumlu yönde etkilediğini saptamıştır. Şu anda ülkemizde yalnızca bir internet sayfası üzerinden gebe eğitimi yapılmaktadır (5). Ancak doğuma hazırlık ya da gebe eğitimi ile ilgili bilgi ararken karşılaşılan internet sayfalarının gebelerin bilgi gereksinimlerini hangi düzeyde karşılayabildiği ile ilgili bir sonuca ulaşılmamıştır. Bununla birlikte ulaşılan bilgilerin güncellenme tarihi bulunmadığı için güvenilir olup olmadığı ile ilgili bilgi verilememektedir.

Doğuma hazırlık eğitimi veren eğitimcilerin özellikleri de değişmektedir. Ancak literatürde doğum ve doğum eğitiminin multidisipliner bir olay olduğundan söz edilirken (6), gebelik ile ilgili uzmanlığı olan kişilerin ilgili eğitimleri vermesi gerektiği üzerinde durulmaktadır (7). Moda halinde yayılmakta olan doğuma hazırlık eğitimlerinin, doğum ve doğuma hazırlık eğitimi ile ilgili uzmanlığı olmayan dış hekim ya da işletmeciler tarafından verilmesinin de uygun olmayacağı fikrine ulaşılmaktadır. Bu araştırmanın amacı; Türkiye’de doğuma hazırlık eğitimi ile ilgili bilgi veren internet sayfası içeriklerinin, ebeveynlere verdikleri bilgi yönünden incelenmesidir.

## Gereç ve Yöntem

**Araştırmanın tipi:** Araştırma tanımlayıcı tipte bir tasarıma sahiptir.

**Araştırmanın yeri ve zamanı:** Araştırma internet üzerinden, Ağustos-Ekim 2015 tarihleri arasında yapılmıştır.

**Araştırmanın evreni:** Araştırmanın evrenini en çok kullanılan arama motorlarından birisi olan www.google.com.tr arama motorunda “gebe eğitimi” ve “doğuma hazırlık eğitimi” anahtar kelimelerini içeren 4.510 internet sayfası oluşturmaktadır.

**Araştırmanın örnekleme:** Araştırmanın örneklemini www.google.com.tr arama motorunda “gebe eğitimi” ve “doğuma hazırlık eğitimi” anahtar kelimelerini içeren, örneklem ölçütlerine uyan 20 internet sayfası oluşturmaktadır.

Örnekleme dahil etme ölçütleri:

- İnternet sayfası dilinin Türkçe olması,
- Duyuru, reklam, haber ve kişisel deneyim ile ilgili bilgi içermemesi,
- İnternet sayfasında doğuma hazırlık eğitimi ile ilgili bilgi paylaşması,
- İnternet sayfası yöneticisinin sayfadaki bilgilerin araştırmada kullanılmasına yazılı olarak izin vermesi.

**Veri toplama araçları:** Araştırmacılar tarafından internet sayfalarının incelenmesi için bir veri toplama aracı oluşturulmuş ve veriler bu araca göre toplanmıştır. Veri toplama aracı; internet

sayfasının ismi, eğitimcilerin isim, meslek, iş, eğitim özellikleri, DHE ile ilgili ek eğitim bilgileri, internet sayfasının güncellenme tarihi, verilen eğitimlerin isimleri gibi bilgileri içermektedir.

**Verilerin değerlendirilmesi:** Elde edilen veriler sayı ve yüzde kullanılarak değerlendirilmiştir.

**Araştırmanın etik yönü:** İnternet sayfasından sorumlu kişilerden mail yolu ile izin alınmıştır.

**Araştırmanın sınırlılıkları:** Araştırmanın kurgulanmasında yalnızca Türkçe internet sayfalarının incelenmiş olması araştırmanın sınırlılığıdır.

### Bulgular

Araştırma kapsamında doğuma hazırlık eğitimi (DHE) ile ilgili bilgi vermek amacıyla web analiz sayfaları analiz edilmiştir. Web sayfaları incelendiğinde DHE ile ilgili bilgi veren sayfaların %65'inin tek eğitimci ile DHE eğitimi ile ilgili bilgi

**Tablo 1. Eğitimciler ile ilgili genel bilgiler (n=20)**

Eğiticilerin Özellikleri	n	%
Eğitimi veren kişiler		
ek eğitimci	13	65,0
Multidisipliner ekip	7	35,0
<b>Eğiticilerin mesleği*</b>		
Hemşire	4	20,0
Ebe	5	25,0
Hekim	8	40,0
Psikolog	7	35,0
Doula (işletmeci)	5	25,0
Diş hekimi	1	5,0
Yoga eğitmeni	2	10,0

\*Multidisipliner ekip ile DHE eğitimi veren ekiplerde birden fazla meslek elemanı yer almaktadır.

**Tablo 2. Eğitimcilerin doğuma hazırlık ile ilgili aldıkları eğitimler**

Eğiticilerin Eğitimleri	n	%
Doğuma Hazırlık Eğitici Eğitimi	16	80,
Hypnobirthing	5	25,0
Hipnoterapi	2	10,0
Hypnofertility	1	5,0
Lamaze	5	25,0
Aktif doğum	7	35,0
Yoga	7	35,0
Pilates	3	15,0

\*Bir eğitimci birden fazla konuda eğitim almıştır.

verdikleri saptanmıştır. İncelenen web sayfalarında eğitim veren kişilerin %40'ının hekim, %35'inin psikolog, %25'inin ebe ve %20'sinin hemşire olduğu görülmüştür. Tek eğitimci olarak bilgi sunan web sayfalarında eğitimcilerin çoğunun hemşire olduğu görülmüştür (Tablo 1). Bu meslek gruplarının yanı sıra sağlık alanında eğitimi olmayan doula ve yoga eğitmenlerinin de DHE ile ilgili eğitimler yaptıkları belirlenmiştir (Tablo 1).

Eğiticilerin tamamına yakını lisans eğitimi süresince gebelik ile ilgili bilgiler konusunda eğitim almışlardır. Ancak Tablo 2'de de görüldüğü gibi eğitimcilerin %80'i özel ya da kamuya ait birimlerden doğuma hazırlık sınıfı eğitimciliği ile ilgili eğitim aldığı da görülmektedir. Bunun yanı sıra eğitimcilerin %35'i aktif doğum, %35'i yoga, %25'i Hypnobirthing ve %25'i Lamaze eğitim yöntemleri konusunda eğitim almıştır. Katılımcıların bir kısmı da Hypnofertility, hipnoterapi ve pilates konusunda eğitimli kişilerden oluşmaktadır.

Doğuma hazırlık eğitimi ile ilgili bilgi veren web sayfalarının içerikleri birbirinden farklıdır. Web sayfalarının tamamında doğum ile ilgili eğitim, %60'ında emzirme eğitimi, %55'inde yenidoğan bakımı, %40'ında loğusalık, %35'inde gebelik ve postpartum dönemde yoga ve %30'ünde ise yenidoğan masajı ile ilgili eğitici bilgileri bulunmaktadır. Bunların dışında eğitici bilgi verilen diğer konular ise bebek ve çocukta ilk yardım, sezaryen sonrası vajinal doğum, gebelik pilatesi ve EFT'dir (Duygusal özgürleşme tekniği) (Tablo 3).

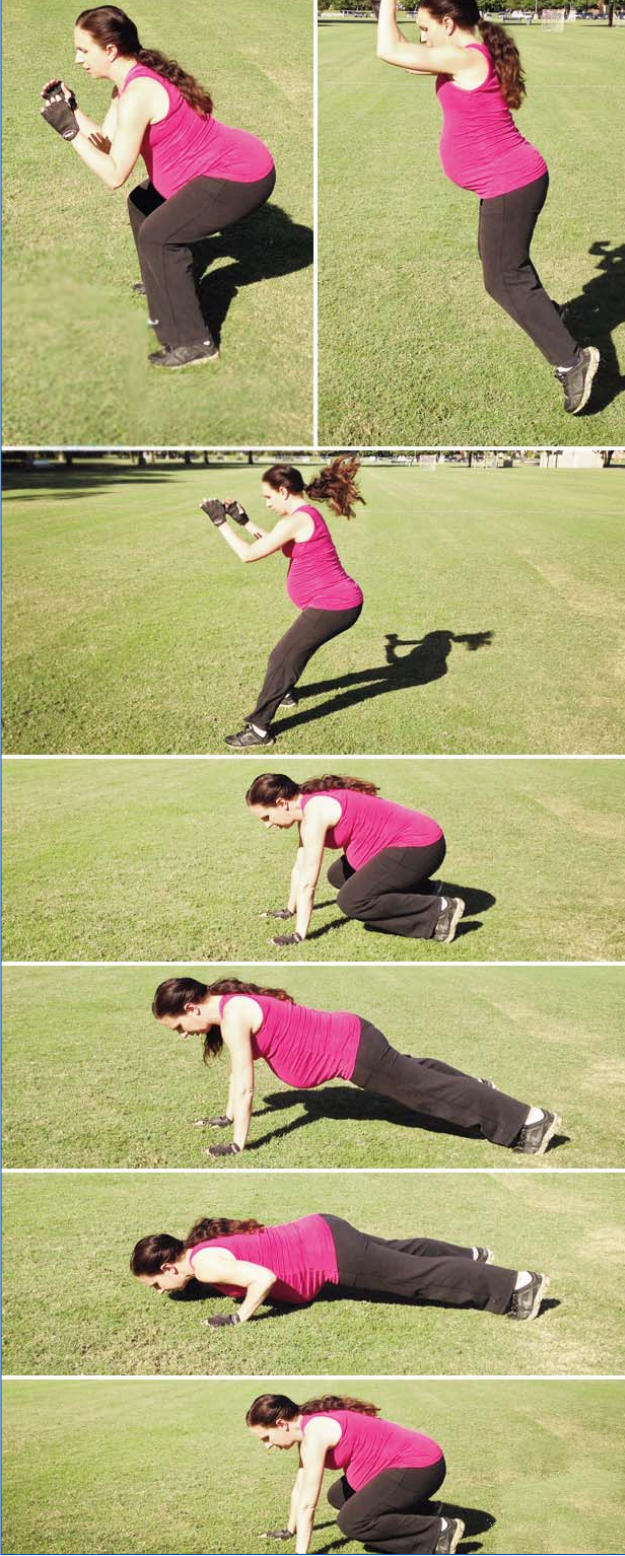
**Tablo 3. Eğitimde anlatılan konular**

Konu	n*	%
Gebelik ve postpartum yoga	7	35,0
Gebelik pilatesi	3	15,0
Doğum	20	100,0
Emzirme	12	60,0
Yenidoğan bakımı	11	55,0
Bebek ve çocukta ilkyardım	5	25,0
Sezaryen sonrası vajinal doğum	4	20,0
Loğusalık	8	40,0
Yenidoğan masajı	6	30,0
EFT	1	5,0

\*Bir eğitici birden fazla konuda eğitim vermektedir.

## Tartışma

Araştırma bulgularına göre DHE ile ilgili bilgi içeren internet sayfalarının büyük bir çoğunluğunun lisans eğitimi süresince doğum konusunda eğitimli sağlık meslek mensuplarınc



Erişim Adresi: <http://fittobepregnant.com/2015/03/01/pregnancy-exercise-new-rules-active-moms/>

oluşturulduğu ve yürütüldüğü görülmektedir. Ancak çok sınırlı sayıda olsa da dış hekimi ve işletmeci gibi eğitimi süresince doğum ile ilgili herhangi bir eğitimi olmayan kişilerin de DHE yaptıkları görülmektedir (Tablo 1). Geniş kitlelere ulaşım sağlayabilecek web sayfalarında bu tür sağlık eğitimlerinin sağlık profesyonelleri dışında kişiler tarafından oluşturulması sağlık açısından risk oluşturabilir (6). Web sitelerinin kontrolünün çok güç olması, yasal açıkların olması nedeniyle halkın doğru eğitim kanallarını seçmeleri yönünde bilinçlendirilmesi uygun olacaktır.

Doğuma hazırlık eğitimlerinin amaçları erken ve geç dönem doğuma hazırlık olarak değişmektedir. Erken dönemde çiftlere konsepsiyon öncesi ve ilk trimestir ile ilgili eğitim verilirken, geç doğuma hazırlık eğitiminde doğuma hazırlanma ve yenidoğan bakımına yönelik hedefler ele alınmalıdır. Ayrıca DHE aile merkezli olup, kadın ve erkeği birlikte ele almalıdır (8). Web sayfalarında babaların gebelik, doğum ve doğum sonu döneme yönelik hazırlanmasında web sayfalarının çok aktif olmadığı görülmüştür.

Bilindiği gibi ülkemizde birçok kurum ve kuruluş tarafından verilen DHE'lerde tek bir doğum eğitimi felsefesi kullanılmamaktadır (9,10,11). Araştırma sonucumuza göre web sayfalarında yer alan eğitimcilerin, Dünya'da ve ülkemizde popülerleşen ve DHE için yeterliliklerini arttıracak farklı eğitim yöntemleri konusunda kendilerini geliştirdikleri ve eğitim içeriklerini birden fazla felsefe ve yöntemden yararlanarak oluşturdukları görülmektedir (Tablo 2). Eğitimcilerin en fazla eğitim aldıkları ve eğitim içeriğini oluştururken faydalandıkları felsefeler Lamaze, Hypnobirthing ve Aktif Doğum felsefeleridir. Lamaze felsefesinin temelleri 1951 yılına dayanmaktadır. Fernand Lamaze tarafından geliştirilen bu felsefenin temelinde; solunum ve gevşeme egzersizleri ile eş tarafından sürekli olarak sağlanan duygusal destek yer almaktadır (12). Hypnobirthing felsefesi ise bilinçaltında yer alan ve doğum ile ilgili olan korkuların çözümlenmesi yöntemidir (13). Marie Mongan tarafından 1989 yılında doğum sahnesine çıkmıştır (14). Son olarak Aktif Doğum felsefesi ise 1982 yılında Janet Blaskas tarafından geliştirilmiş, Aktif doğum yöntemi, doğum eyleminde kadının kendi içgüdülerini ve vücudunun fizyolojik cevabını izlemesinin yolu olarak tanımlanmaktadır (15). Eğitimlerde



kullanılan felsefe ve yöntemler incelendiğinde tümünün çıkış noktasının Grantly Dick-Read'in korku-acı-gerginlik siklusu olduğu görülmektedir. Ancak web sayfasındaki eğitim programlarının yalnızca bir bölümünde doğum korkusuna değinilmiştir.

Web sayfaları incelendiğinde eğitim içeriklerinin hem erken hem de geç gebelik dönemine yönelik; emzirme, yenidoğan bakımı, loğusalık ve yenidoğan masajından oluştuğu görülmektedir. Bunların yanı sıra gebelik yogası da eğitim içeriğinde en fazla yer alan eğitimlerden birisidir. Özellikle ilk kez gebe kalan kadınlar için emzirme ve yenidoğan bakımı son derece merak edilen konulardır. Ancak bu dönemi gebe ile birlikte yaşayan eşin de hayatında birçok yenilikler olacağı düşünüldüğünde eğitim içeriklerinin baba adayına yönelik yeterli düzeyde bilgi sunmadığı görülmektedir. Emzirme ve yenidoğan bakımı kurslarına gebe ve eşi genellikle birlikte katılırsalar bile eğitimin odağını anne ve bebek oluşturmakta ve eşin doğum sonu yaşayacağı psikolojik durum çok fazla eğitim içeriklerine dahil edilmemektedir.

### Sonuç

"Gebe eğitimi" ve "doğuma hazırlık eğitimi" anahtar kelimesi kullanılarak ulaşılan web sayfalarının büyük bir çoğunluğu kamu hastaneleri, özel hastaneler, aile sağlığı merkezleri, üniversiteler, bloglar ya da özel eğitim merkezleri tarafından yürütülen kursların duyuruları ve reklamları ile ilgili sayfalardır. Buna bağlı olarak kurs içeriği ile ilgili detaylı bilgiye ulaşmak çiftler için zordur.

Eğitim veren kişiler farklı doğum felsefeleri konusunda da eğitim alması ve almayı sürdürmesi DHE'lerin zenginleşmesi açısından önemlidir. Ancak yalnızca eğitimi belgelemek değil alınan eğitimin özelliğini DHE'de aktarabilmek eğitimlere daha fazla katkı verilmesini sağlayacaktır.

Sonuç olarak web ortamında "gebe eğitimi" ya da "doğuma hazırlık eğitimi" ilgili çok fazla bilgi bulunmaktadır. Ancak eğitimi verecek kişilerin yeterlilikleri ve yer alan bilgilerin güncelliği ile ilgili yeterli bilgiye ulaşılmamaktadır. Bu durum bilgilerin güvenilirliği açısından önemlidir.

**İletişim:** Özlem Çiçek

**E-posta:** nr.ozlemcece@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Bilim Teknoloji ve Bilgi Toplumu İstatistikleri Türkiye İstatistik Kurumu. Accessed Ağustos 15, 2015, at <http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=kategorist>
2. İsbir GG, Serçekuş P, Çoker H. Doğuma hazırlık eğitiminin doğum deneyimi ve doğumdan memnuniyet üzerine etkisinin incelenmesi. Türkiye Klinikleri Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Özel Sayısı 2015;1(1):10-15.
3. Şeker S, Sevil Ü. Doğuma hazırlık sınıflarının annenin doğum sonu fonksiyonel durumuna ve bebeğini algılamasına etkisi. Türkiye Klinikleri Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Özel Sayısı 2015;1(1),1-9.
4. Yenal K, Sevil Ü. The effects of web-based childbirth education program on activities of daily living of pregnant women. HealthMED 2012;930.
5. Bebeğim Geliyor Esra Ertuğrul Accessed Aralık 10, 2015, at <http://www.bebeimgeliyor.com/>
6. Deering S, Johnston LC, Colacchio K. Multidisciplinary teamwork and communication training. Semin Perinatol 2011;35(2):89-96.
7. Hay-Smith J, Mørkved S, Fairbrother KA, Herbison GP. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. Cochrane Database Syst Rev 2009;(1):1-88.
8. Terzioğlu F. Ebeveynliğe Hazırlanma ve Doğum Öncesi Bakım. In: Taşkın L, ed. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. 10th ed. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara; 2011. p.151-79.
9. Serçekuş P. Doğum korkusuna müdahale: Hypnobirthing. TAF Preventive Medicine Bulletin 2011;10(2),239-242.
10. Serçekuş P, İsbir GG. Aktif Doğum Yaklaşımının Kanıta Dayalı Uygulamalar İle İncelenmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2012;11(1),97-102.
11. Coşar F, Demirci N. Lamaze felsefesine dayalı doğuma hazırlık eğitiminin doğum algısı ve doğuma uyum sürecine etkisi. SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2012;3(1):18-30.
12. Lamaze International for Parents Accessed Aralık 10, 2015 at <http://www.lamaze.org/History>
13. HypnoBirthing The Mongan Method Accessed Aralık 10, 2015, at <http://www.hypnobirthing.com/about/what-is-hypnobirthing-definition/>.
14. Mongan M. HypnoBirthing Mongan Yöntemi. Çeviri: Bakkal AK. 2012. Gün Yayıncılık, İstanbul.
15. Active Birth Center Inspiration For Brilliant Beginnings Accessed Aralık 10, 2015, at <http://activebirthcentre.com/>.

# Aile Hekimlerinin Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi ile İlgili Bilgi Düzeyleri ve Uygulama Durumları\*

Knowledge Levels and Practices of Family Physicians on Directly Observative Treatment Strategy

Araştırma



Research

Dr. Seval Çoker<sup>1</sup>, Dr. Onur Hamzaoglu<sup>2</sup>

Geliş/Received : 14.03.2016

Kabul/Accepted: 04.07.2016

## Öz

**Giriş:** Bu araştırmada, bir toplum sağlığı merkezi sorumluluk bölgesinde çalışan hekimlerin Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi'yle (DGTS) ilgili bilgi ve uygulamalarının ortaya koyulması amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Kesitsel tipteki bu araştırmanın evreni, bölgede çalışan 29 aile hekimidir. Örnek seçilmeden tüm hekimlere ulaşılmaya çalışılmış, literatür taranarak hazırlanan soru formu yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanarak veri toplanmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların % 70.4'ü erkektir ve % 55.6'sı 40 yaş ve üzerindedir. Hekimlerin % 81.5'i 10 yıl ve üzeri süredir hekimlik mesleğini yapmaktayken, % 18.5'i daha önce verem savaş dispanserinde (VSD) çalışmış ve % 18.5'i mezuniyet sonrası DGTS ile ilgili bir eğitim programına katılmamıştır. Hekimlerin bilgi puanı ortalaması 45.19±19.35 (min. 0, max. 80) olarak bulunmuştur. Doğrudan gözetimli tedavi (DGT) uygulayan 24 hekimin 21'i, hastalara ilaçları gözetmen eşliğinde içirmektedir.

**Sonuç ve Öneriler:** Çalışmamızda aile hekimlerinin DGTS ile ilgili bilgi düzeylerinin ve uygulamalarının yeterli olmadığı, DGT'nin önemini gereğince kavranmadığı görülmüştür. Hekimlerin DGTS ve DGT ile ilgili bilgi eksiklikleri giderilerek tüberküloz tedavisinin başarısı artırılabilir ve hastalığın kontrol altına alınması kolaylaştırılabilir.

**Anahtar sözcükler:** Tüberküloz, DGTS, aile hekimi, DGTS bilgi düzeyi, DGT

## Abstract

**Introduction:** This study was conducted to reveal the knowledge and practices of the family physicians working in one community health center responsibility area about Directly Observed Treatment Strategy (DOTS).

**Material and Method:** The universe of this cross-sectional study is 29 family physicians who work in this district. We tried to reach to whole physicians without sampling and data was collected by face to face interview technique using a questionnaire which was prepared making a literature review.

**Findings:** 70.4% of the participants were men and 55.6% were 40 years and older. 81.5% of physicians have been working as a physician for about ten years or older and 18.5% worked at tuberculosis control dispensary previously and, they have not been in a training programme about DOTS after their graduation. We found the knowledge point average of physicians as 45.19±19.35 (min. 0, max. 80). 21 of the 24 physicians who administered for directly observed treatment (DOT) were ensure that drugs were taken under some supervision.

**Conclusion and recommendations:** In this study we found that, family physicians' knowledge about DOTS and practices about DOT were inadequate, the importance of DGT was not realised properly. We can increase the succes of therapy and make easier to get under control the disease by metting the inadequate knowledge of physicians about DOTS and DOT.

**Key words:** Tuberculosis, DOTS, family physicians, DOTS knowledge level, DOT.

\*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.

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

2 Prof.; Kocaeli Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD., Kocaeli

## 1. Giriş

Tüberküloz (TB), insanlık tarihi kadar eski bir hastalık olmasına karşın hala tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur ve dünyanın en ölümcül bulaşıcı hastalıklarındandır.

Mikobakterium Tüberkülozis'in neden olduğu TB hastalığı, tipik olarak akciğerler kadar diğer vücut bölümlerini de etkileyebilen bir hastalıktır ve oldukça bulaşıcıdır. Yaklaşık olarak dünya nüfusunun 1/3'ünün TB bakterisi ile latent olarak enfekte olduğu tahmin edilmektedir (1).

Dünyada 2013 yılında tahminen 9 milyon kişide TB hastalığı gelişmiş ve bu hastalıktan 1.5 milyon kişi ölmüştür. 2014 yılında ise 9.6 milyon kişinin hastalandığı, 1.5 milyon kişi hastalık nedeniyle öldüğü tahmin edilmektedir. Bununla birlikte, TB'den ölümlerin önlenebilir olduğu göz önüne alındığında bu ölümler, kabul edilemeyecek derecede yüksektir (1).

Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2013 yılında ülkemizde 13.409 TB hastası bulunmaktadır ve prevalansı yüz binde 17.5'tir. Türkiye'de toplam 177 VSD olup bunlardan 3'ü Gölcük, Gebze ve İzmit İlçelerinde olmak üzere Kocaeli İli'ndedir (2,3).

Kocaeli, 15 Kasım 2010 tarihinde aile hekimliği sistemine geçmiştir ve o yılki verilere göre Kocaeli'de tüberkülozlu hasta sayısı 368, prevalansı yüzbinde 23.6'dır (4). Kocaeli VSD'lerine kayıtlı tüberkülozlu hasta sayısı 2013 yılında 309, prevalansı yüzbinde 18.3'tür (3). Kartepe İlçesi, İzmit VSD'ye bağlıdır ve Şubat 2015 itibarıyla Kartepe Bölgesi'nde 18 tüberküloz hastası yaşamaktadır.

Tüberkülozla mücadeleden merkez teşkilatta Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Hastalıklarla Mücadele Başkanlığı bünyesindeki "Tüberküloz Daire Başkanlığı", taşrada ise İl Halk Sağlığı Müdürlükleri bünyesindeki TB birimleri sorumludur.

Tüberküloz kontrol programlarının başarıya ulaşması için yayma pozitif TB olgularının en az %70'ine kalite kontrollü bakteriyolojik inceleme ile tanı konulması ve tanı konulan hastaların %85'inin Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) ile tedavi edilmesi gerekmektedir (5). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 1991 yılında temel tedavi

stratejisi olarak kabul ettiği Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi (DGTS), Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından 6 Temmuz 2006 tarihinde yayımlanan bir genelge ile ülke çapında uygulanmaya başlanmıştır (6). Bu uygulamada TB tanısı alan hastaların önce dispansere kaydı yapılmakta, sonra dispanser hekimi hastayı ilgili aile hekimine yönlendirmektedir (3).

## DSÖ'nün küresel TB kontrol stratejisi olarak önerdiği DGTS şu unsurlardan oluşur:

1. TB kontrol aktivitelerinin sürekliliğini ve bütünlüğünü sağlamak için hükümetin kararlılık içinde olması,

2. Sağlık kurumlarına kendileri başvuran semptomlu hastalarda balgam yayma mikroskopisi yaparak pasif olgu bulma,

3. En azından bütün yayma pozitif olgular için, altı-sekiz aylık rejimler kullanarak standart kısa süreli ilaç tedavisi uygulamak. İyi olgu yönetimi; bütün balgam pozitif yeni olgularda başlangıç dönemi süresince, rifampisin içeren rejimlerde idame döneminde ve bütün yeniden tedavi rejimlerinde DGT uygulamayı gerektirir,

4. Gerekli bütün anti-TB ilaçların düzenli, kesintisiz sağlanması,

5. Her hasta için, olgu özelliklerini, tedavi sonuçlarını ve TB kontrol programının bütününe performansını değerlendirmeye olanak sağlayan standart bir kayıt ve raporlama sistemi (5).

DGTS'nin gerekli ve temel unsuru olan DGT, görevli bir kişinin, hastanın her doz ilacını yuttuğunu gözlemesi ve bu durumun kaydedilmesi esasına dayanır. Bu görevli, eğitim almış ve denetlenen bir kişidir. Böylece hastanın tedaviye uyumu garantilenir, her doz ilacı içtiğinden emin olunur (5).

DGT hastanelerde, VSD'lerde, hasta VSD'ye değil de bir Aile Sağlığı Merkezi'ne (ASM) yakın oturuyorsa yine hastaların özelliklerine ve yapılan gözetim planına göre ASM'de, hastanın evinde, belirlenen herhangi bir yerde sağlık görevlisi gözetiminde yapılabilir. Dispanserlere ulaşabilecek bölgelerdeki hastaların ilaçları gözetimli olarak dispanserde içirilmelidir. Bu hastalar her gün

dispansere gelerek ilaçlarını doktor, hemşire, sağlık memuru gözetiminde, hafta sonu ise ilaçlarını bir aile üyesi gözetiminde içmelidirler. Çeşitli nedenlerle hastanın dispansere gelmesi zor ise dispanser çalışanları, hastanın evine, işyerine ya da birlikte belirledikleri bir yere giderek hastaya ilaçlarını içirmelidirler. Bazen hastaların buldukları yerlerde herhangi bir sağlık kuruluşu ya da sağlık görevlisi bulunmayabilir. Böyle yerlerde muhtar, öğretmen, imam, bakkal v.b. kişiler gözetmen olarak eğitilerek görevlendirilebilir. Bu kişilerin belirlenmesinde hastaya danışılarak karar verilmesi ve gözetmen olacak kişinin gönüllü olması gerekmektedir (5).

DGT gözetmeni en çok tercih edilenden en az edilene göre şöyle sıralanabilir: VSD sağlık çalışanı, aile hekimi ya da aile sağlığı elemanı, Toplum sağlığı merkezi (TSM) çalışanı, diğer sağlık çalışanları, belediye sağlık işçileri, evde bakım hizmetleri çalışanları, tutuklu ve hükümlüler için cezaevi revir görevlileri, diğer kamu çalışanları (öğretmen, imam, muhtar vb), işyeri çalışanları ve aile bireyleri (7). Bir aile üyesinin gözetmen olarak seçilmesi ilk bakışta kulağa hoş gelir, hastalar ve uygulayıcılar için zahmetsiz bir seçenek olarak görülür fakat, bu seçenek sona bırakılmalıdır. Çünkü aile üyeleri arasındaki bağ, hataların gizlenmesine neden olabilir. Bu gruptaki hastaların ve gözetmenlerin sık sık denetlenmesi gerekmektedir (8).

Tüberkülozla baş etmek, tüm sağlık çalışanlarının aktif katılımıyla olanaklıdır. Türkiye’de TB hastalığının tanı, tedavi süreçleri VSD’ler tarafından sürdürülmektedir. Hastalarda komplikasyon geliştiği ya da ilaçlara karşı direnç geliştiğinde tedavi yönetimi hastanelerin ilgili kliniklerinde sürdürülmektedir. Aile hekimliğine geçilmeden önce hastalar ilaçları almak için her gün VSD’ye başvurmakta, sağlık personeli gözetiminde ilaçlarını içmekteydiler. Fakat aile hekimliği uygulamasına geçildikten sonra hastalar VSD’lerden ilgili aile hekimlerine yönlendirilmektedir. En az 3000 hasta sayısı olan aile hekimlerinin bu yoğunlukta bu hizmeti nasıl vereceği de büyük bir soru işaretidir (9,19).

Aile hekimleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerle birinci basamakta tanı, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerini sunmakla

yükümlüdür. Tüberkülozlu hastaların saptanması ve uygun merkezlere sevk edilip tedavilerinin sağlanmasında aile hekimlerine önemli görevler düşmektedir. Aile hekiminin tüberküloz ile ilgili görevleri tanı, tedavi, izlem, kayıt, bildirim ve bağışıklama olarak değerlendirilebilir. Tanı için en önemli görevi şüphe etmektir. İki-üç haftadan fazla süren öksürük, kilo kaybı, göğüs ağrısı, nefes darlığı, kanlı balgam öyküsü, halsizlik, ateş, gece terlemeleri ve iştahsızlık problemleri olan hastalardan şüphelenilmelidir (10,11).

Günümüzde de geçerli olan, Sağlık Bakanlığı Verem Savaş Daire Başkanlığı’nın 2009/51 Sayılı Genelgesi’ne göre aile hekimlerine DGT uygulamalarında da bazı görevler düşmektedir. İlgili maddeler şunlardır;

**“Madde 4-b** Aile hekimliğine geçilen illerde; verem hastasının dispansere kaydı sonrasında dispanser doktoru, hastayı ilgili aile hekimine yönlendirir. Aile hekimi, hastaya DGT uygulaması hakkında bilgi verdikten sonra hasta ve ailesiyle görüşerek; hastanın yaşı, genel durumu, çalışma hayatı ve sosyal durumu dikkate alınarak ne zaman, kim tarafından (DGT gözetmeni) ve nerede en uygun DGT uygulaması yapılacağı kararlaştırılır. Sonra EK-1’de yer alan “Tüberkülozlu Hasta ve DGT Bilgi Formu” doldurularak aynı gün ilgili Verem Savaşı Dispanserine ve İl Sağlık Müdürlüğü Bulaşıcı Hastalıklar Şubesine bildirir. DGT gözetmeni, hastanın tedaviye uyumuna destek olur. Hastaya ilaçların içirilemediği gün ilgili aile hekimine ve VSD’ye durumu bildirir.

**Madde 6** Tedavi boyunca DGT uygulama detaylarındaki değişiklikler ve DGT gözetmeni değişikliği de aynı gün içerisinde EK-1 ile ilgili yerlere bildirim yapılır.

**Madde 7** Hasta için VSD’de hazırlanan ilaçlar ve EK-2’de yer alan “Aylık DGT İzlem Cetveli” DGT gözetmenine ulaştırılır. İlaçlar ve izlem cetveli gözetmende kalır, hastaya teslim edilmez.

**Madde 8** Verem hastası DGT gözetmeni eşliğinde günlük ilaçlarını içer ve “Aylık DGT İzlem Cetveli’ne hasta ve DGT gözetmeni tarafından günlük imzalar atılır ve ilaç içirilen yer ve saat yazılır.

**Madde 9** DGT gözetmeni hastanın tedaviye uyumuna destek olur. Hastaya ilaçların içirilemediği gün ilgili aile hekimine ve VSD'ne durumu bildirir. İlgili aile hekimi ya da dispanser hekimi tarafından tedavisi amacıyla uygulanan DGT'nin gerekli olduğu hususunda ikna edilmesi sağlanmalıdır" (12).

Aile hekimi tüberküloz tanısı konulan hastaları bilgilendirip DGT uygulamalıdır. Hastanın izlemiyle ilgili kayıtlar aile hekimince tutulur ve tedavinin sonlandırılmasını izlemek de aile hekiminin görevidir. Aile hekiminin diğer bir görevi de riskli grupların değerlendirilmesidir. Performansa dayalı ödeme sisteminde tüberküloza ilişkin bir ödeme mevcut olmadığı için hekimler TB tanısı, tedavi ve izlemi konusunda pasif kalmışlardır (10). Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği'nde 16 Nisan 2015 tarihinde yapılan bir değişiklikle, ihtar puanı kesintisi 5 puandan 10 puana çıkarılmıştır fakat henüz bu uygulama tam olarak hayata geçirilmemiştir (13).

Tüberküloz, uygun ve yeterli süre tedaviyle büyük oranda iyileşebilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Fakat, ilaçların düzensiz kullanımı, ilaç direnci, sağlık personelinin dikkat ve bilgi eksiklikleri nedeniyle tüberküloz olgu sayısında büyük düşüşler olamamaktadır. DSÖ tarafından tavsiye edilen DGTS uygulaması, ilaç direncinin önlenmesi ve hastalığın yayılımının azaltılması açısından çok önemlidir. DGTS'de ilaç alımının direkt olarak görülmesi, hastaların düzenli takibi ve standart tedavi rejimi uygulanması başarı oranlarını artırmaktadır(9,18,19).

Bu araştırma ile bir toplum sağlığı merkezi (TSM) sorumluluk bölgesinde çalışan hekimlerin DGTS ile ilgili bilgi ve uygulama durumlarının ortaya koyulması amaçlanmıştır.

### **Gereç ve Yöntem**

Kesitsel tipteki bu araştırma, Kocaeli'deki bir TSM sorumluluk bölgesinde yapılmıştır. Örnek seçilmemiş, tüm ASM'lerde çalışan 29 hekimin tümüne ulaşılmaya çalışılmış, araştırmaya 27 hekim katılmıştır.

Literatür taranarak araştırmacılar tarafından oluşturulan soru formu, 2015 yılı Mayıs ayında

hekimler ziyaret edilerek yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır. Soru formları uygulanmadan önce araştırma hakkında hekimlere bilgi verilerek sözel olurları alınmıştır. Soru formu, 22 sorudan oluşmaktadır ve 10 soru kapalı uçlu, diğerleri açık uçlu olarak sorulmuştur. İlk yedi soru hekimlerin demografik özellikleri, VSD'de çalışma, DGT ile ilgili eğitim programına katılma durumu ve bir yıldaki ortalama tüberkülozlu hasta sayısı ile ilgilidir. Bilgi düzeyini ölçen yedi soru bulunmakla birlikte, diğer sorular DGT uygulama durumu ve yaşadıkları sorunlarla ilgilidir. Hekimlere bilgi düzeyini ölçmek için sorulan yedi sorunun her biri 100 puan üzerinden hesaplanmış ve toplanarak toplam bilgi puanı hesaplanmıştır. Toplam puan, 100 üzerinden karşılaştığı değere dönüştürülmüştür. Veriler SPSS 20.00 programına girilip analizleri yapılmıştır.

### **3. Bulgular**

Araştırmaya katılan hekimlerin %70.4'ü (n=19) erkek olup, %55.6'sı (n=15) 40 yaş ve üzerindedir. Katılımcıların %81.5'i (n=22) 10 yıl ve üzeri süredir hekimlik mesleğini yapmaktadır. Yalnızca bir hekimin görev ünvanı uzman iken, hekimlerin %18.5'i (n=5) daha önce VSD'de çalışmıştır ve yine 18.5'i mezuniyet sonrası DGTS ile ilgili bir eğitim programına katılmamıştır. Yılda karşılaşılan ortalama hasta sayısı değerlendirildiğinde 25 hekimin toplam hasta sayısı beşin altındadır (Tablo 1).

"Bildirim zorunlu hastalıklarda hangisini biliyorsunuz?" diye sorulan açık uçlu soruya verilen yanıtların %55.6'sının (n=15) içinde tüberküloz hastalığı var iken, %44.4'ü (n=12) tüberkülozu bildirim zorunlu hastalık olarak belirtmemiştir.

"Daha önce DGTS'yi duymuş muydunuz?" sorusuna, iki hekim duymadıklarını ifade ettiklerinden ankete devam edilmemiştir. Hekimlerin %92.6'sı DGTS'yi duymuş olmakla birlikte iki hekim bilmediğini ifade etmiş, stratejinin tüm bileşenlerine doğru yanıt veren hekim olmamıştır. Hekimlerin %24'ü (n=6) DGTS'yi gözetim altında ilaç içirmek olarak yanıtlarken yine %24'ü gözetim altında ilaç içirerek düzenli, kesintisiz tedavi uygulamak olarak bileşenlerin yalnızca küçük bir kısmına doğru yanıt verebilmiştir.

Soru formunu doldurmayı sürdüren 25 hekime "DGT nedir?" diye sorulduğunda tüm hekimlerin %32'si (n=8) doğru yanıt vermiştir. Hastaya gözetim altında ilaç içirmek olarak ifade eden hekimlerin oranı %60'dır (n=15). Yüz üzerinden puan verildiğinde sekiz hekim tam puan, 17 hekim 50 puan almıştır.

"DGT'nin amacı" sorulduğunda hekimlerin %32'si (n=8) ilaçların düzenli, kesintisiz olarak

alınması, %16'sı (n=4) ilaç direncini önlemek olarak, %12'si (n=3) ilaçları düzenli, kesintisiz olarak almak- tedavide kür sağlamak olarak, yine %12'si ilaçların düzenli, kesintisiz alımı-direnç gelişimini önlemek olarak, %4'ü (n=1) ilaçların kesintisiz, düzenli alımı- ilaç direncini önlemek-bulaşı önlemek olarak, %4'ü de ilaçların kesintisiz, düzenli alımı- bulaşı önlemek olarak ifade etmiştir. İlaçların düzenli ve kesintisiz alımını sağlamak olarak doğru yanıt verenlerin toplamı 16 (%64) kişidir.

**Tablo 1.** Araştırmaya katılan hekimlerin bazı özelliklerine göre dağılımı

Özellik	Sayı	Yüzde
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek	19	70.4
Kadın	8	29.6
<b>Yaş</b>		
40 yaş altı	12	44.4
40 yaş ve üzeri	15	55.6
<b>Mesleki çalışma yılı</b>		
10 yılın altı	22	81.5
10 yıl ve üstü	5	18.5
<b>Aile hekimi olarak çalışma yılı</b>		
2 yıl ve altı	3	11.1
2 yıldan fazla	24	88.9
<b>Görev ünvanı</b>		
Pratisyen	26	96.3
Uzman	1	3.7
<b>Daha önce VSD'de çalışma durumu</b>		
Çalışan	5	18.5
Çalışmayan	22	81.5
<b>Mezuniyet sonrası DGTS ile ilgili eğitim programına katılma durumu</b>		
Katılan	5	18.5
Katılmayan	22	81.5
<b>Yılda ortalama tüberkülozlu hasta sayısı</b>		
0	3	11.1
1-2	14	51.9
3-4	5	18.5
5 ve üzeri	2	7.4
2 yılda 1 tane	2	7.4
4 yılda 2 tane	1	3.7

"Sağlık Bakanlığı'nın DGT Konulu Genelgesi'ne göre aile hekimlerine düşen görevler" sorulduğunda %24'ü (n=6) DGT gözetmenliği yapıp ilaç cetvelini doldurup bildirmek olarak yanıt verirken, %4'ü bilmediğini ifade etmiştir. Aile hekimlerinin görevleri puanlandığında %28'i (n=7) 20 puan, %12'si (n=3) 80 puan almış, yine %12'si 0 puan almıştır.

"DGT gözetmenliği için en uygun kişi" sorulduğunda %68'i (n=17) sağlık personeli yanıtını verirken, %32'si en son düşünülmesi gereken aileden biri yanıtını vermiştir.

"DGT uygulanan hastanın VSD'deki kontrol aralığı" sorulduğunda %36'sı (n=9) haftada bir kez yanıtını verirken, hekimlerin %32'si "ayda bir" doğru yanıtını vermiştir.

Bilgi düzeyini ölçen yedi soruda hekimlerin bilgi puanı ortalaması 45.19±19.35 (min.0, max. 80) olarak bulunmuştur.

"Hekimlere "DGT uygulama durumları sorulduğunda", bir hekim hastası olmadığı için uygulamadığını belirtmiş ve görüşme sonlandırılmıştır. DGT uygulayan 24 hekime uygulamayı nasıl yaptıkları sorulduğunda; 10 hekim gözetmen eşliğinde ilaçların içirilmesini sağladığını, dört hekim DGT gözetmenini ve DGT uygulama yerini/zamanını kararlaştırıp gözetmen eşliğinde ilaçların içirilmesini sağladığını ifade ederken, dört hekim DGT gözetmeni olarak uyguladığını belirtmiştir. Gözetmen olarak uyguladığını ifade eden dört hekimin hepsi de hastaya DGT uygulaması hakkında bilgi verdiğini ifade etmiş, ikisi kendi gözetiminde ilaçları içirirken ikisi gerekli formları doldurup bildirim yaptığını belirtmiştir. Hastanın ilaçlarını gözetmen

eşliğinde içmesini sağladığını belirten 22 hekimin 12'si ilaçları hastanın ailesi gözetiminde, sekizi sağlık personeli gözetiminde içirdiği yanıtını vermiştir. İki hekim de hastaya göre sağlık personeli ya da hastanın ailesinden biri yanıtını vermiştir.

“DGT uygulamaları sırasında karşılaştığınız herhangi bir sorun var mı?” sorusuna ise hekimlerin 16'sı sorunun yok yanıtını verirken, altı hekim hastanın tedaviye uymadığını belirtmiştir. DGT uygulanan hastalara en fazla sunulan tavsiye ise, 21 hekim tarafından tedaviye devamlılık olarak belirtilmiştir.

#### 4. Tartışma

Bir ülkede Ulusal Tüberküloz Kontrol Programı'nın başarıya ulaşmasında alt yapı, organizasyon, kaynak temini kadar sağlık emekçilerinin de önemli bir rolü bulunmaktadır. Hekimlerin bu konudaki dikkat ve bilgi eksiklikleri hastalığın kontrol altına alınmasını zorlaştıran nedenlerdendir.

Araştırmaya katılan hekimlerin %81.5'inin mezuniyetten sonra TB ile ilgili herhangi bir eğitim programına katılmaması dikkat çekicidir. Karahan ve arkadaşlarının yaptığı çalışma (%70.9) ile, Kara ve arkadaşlarının yaptığı çalışmalarda (%68.2) da çalışmamızla benzer biçimde hekimlerin çoğunluğunun mezuniyetten sonra TB ile ilgili herhangi bir bilimsel etkinliğe katılmadığı bulunmuşken, Mumcu ve arkadaşları bu orantıyı %34.2 olarak bulmuşlardır (14,16,15).

Çalışmamızda hekimlerin tıp fakültesinden mezun olmalarının üzerinden ortalama olarak  $16.44 \pm 8.11$  yıl, DGTS'nin Türkiye'de uygulanmaya başlanmasının üzerinden de dokuz yıl geçmiştir. Yeni bilgiye erişim anlamında hizmet içi eğitimler sürekli hale getirilmez ve Sağlık Bakanlığı'nın TB ile ilgili yayınları periferdeki hekimlere ulaştırılmazsa hekimlerin bu konudaki bilgi düzeylerinin iyi olması beklenemez.

Hekimlerin %55.6'sının tüberküloz hastalığını bildirim zorunlu hastalık olarak belirttiği sonuçlarımızla benzer biçimde, daha önceki çalışmalarda, Karahan ve arkadaşları hekimlerin %49.4'ünün, Çiftçi ve arkadaşları hastane sağlık çalışanlarının %98.9'unun, Yılmaz ve arkadaşları

hemşirelerin %82.5'inin, Kara ve arkadaşları pediatri asistanlarının %91.8'inin TB'nin bildirim zorunlu bir hastalık olduğunu bildiklerini belirtmişlerdir (14,17,21,16).

Çalışmamızda DGTS'yi duyduğunu belirten 25 hekime DGTS'nin bileşenleri sorulduğunda stratejinin tüm bileşenlerine doğru yanıt veren hekim olmamıştır. Elazığ'da yapılan bir çalışmada hekimlerin %16.7'si DGTS'nin ne olduğuna doğru yanıt verebilmiş, yine %16.7'si eksik bilgi vermiştir (20). Karahan ve arkadaşları, yaptıkları çalışmada hekimlerin %76.5'inin DGTS'yi duymamış olduğunu, DGTS hakkında bilgi olduğunu belirtenlerin konu hakkında kabaca bir fikri olduğunu ortaya koymuşlardır (14). Yılmaz ve arkadaşlarının Bursa'da DGTS ile ilgili bir panel öncesinde yaptıkları araştırmada DGTS'nin ne olduğuna hekimlerin %81.5'u doğru yanıt vermişken, DGT stratejileri sorulduğunda doğru yanıt oranı %1.5'e düşmüştür. Yine aynı çalışmanın panel sonrası aynı sorulara verilen yanıtlar sırasıyla %100 ve %43.1'e çıkmıştır (21). Hekimlere yönelik yapılacak eğitimlerin doğru yanıt oranını artırdığını gösteren güzel bir çalışmadır bu. Trabzon'da yapılan çalışmada ise hekimlerin %89.5'u DGTS'yi duyduğunu, %81.6'sı bu konuda bilgi sahibi olduğunu ifade etmiştir (15). Pediatri asistanlarıyla ilgili yapılan bir çalışmada hekimler %10.9 oranında DGTS hakkında hiçbir fikirleri olmadığını belirtmişlerdir (17).

DGTS'nin temelini oluşturan DGT'nin ne anlama geldiği sorulduğunda, 15 hekim TB hastasına gözetim altında ilaç içirmek olarak tanımlamış, sekiz hekim ise gözetimle birlikte kaydedilme esasını da belirtmiştir. Elazığ'daki araştırmada hekimlerin %16.7'si DGT'nin ne olduğuna doğru yanıt verebilmişken (29), Çiftçi ve arkadaşlarının hastane çalışanları üzerinde yaptıkları çalışmada ise doğru yanıt oranı %45.9'dur ve çalışanların %23.5'i DGT'yi hiç duymadığını ifade etmiştir (17). Kara ve arkadaşlarının çalışmalarında pediatri asistanlarının %81.8'inin DGT'yi doğru bildiği bulunmuştur (16). DGT'nin amacı sorulduğunda, çalışmamızda 16 hekim ilaçların düzenli ve kesintisiz alınmasını sağlanması olarak doğru yanıt vermiştir. Bursa'da 2010 yılında yapılan çalışmada panel öncesinde DGT'nin amacına verilen doğru yanıt oranı %78.5, sonrasında ise %96.9'dur (21).

Trabzon'da yapılan çalışmada ise, hekimlerin %80.6'sı DGT'nin amacını ilaçların kesintisiz alımının sağlanması olarak yanıtlamıştır (15).

Çalışmamızda Sağlık Bakanlığı'nın DGT konulu genelgesine göre aile hekimlerine düşen görevlerin hepsini bilen aile hekimi bulunmamaktadır. 2003 yılında birinci basamak hekimleri üzerinde yapılan bir çalışmada sağlık ocaklarının TB kontrolündeki yeri sorulduğunda hekimlerin %19.7'si fazla önemi yoktur, %18.2'si yalnızca VSD'ye yönlendirmede yeri olabilir, 22.8'i yalnızca takip olarak yanıt vermiştir ve bu çalışmada da sağlık ocaklarının sorumluluğunun bilincinde olunmadığı gösterilmiştir (20). Yurdakul ve arkadaşları yaptıkları çalışmada sağlık ocağının TB kontrolündeki yerini sorduklarında, hekimlerden olgu bulma, halk eğitimi, bağışıklama, veremle savaş yanıtlarını almışlardır. Yine aynı çalışmada sağlık ocağının TB kontrolündeki yeri konusunda hekimlerin görüşlerini aldıkları soruda olgu bulma, halk eğitimi, bağışıklama konularında önemli rolü olduğu belirtilmiştir (22). TB ile mücadelede kendilerine düşen görevleri tam olarak bilmeyen hekimlerle ne kadar başarıya ulaşılacağı düşünülmeye gereken bir konudur.

Katılımcılarımızın %32'si DGT gözetmenliği için en uygun kişiyi aileden biri olarak yanıtlamışlardır. Aile bireyleri DGT gözetmeni olabilirler ama son çare olarak düşünülmelidirler. Çünkü, aile bireyleri arasındaki bağ hataların gizlenmesine neden olabilir ve tedaviye uyum açısından sorun çıkarabilir. Bursa'da pratisyen hekimlerle yapılan bir çalışmada DGTS'de ilaçları kimin verdiği sorulduğunda panel öncesinde hekimlerin %35.4'ü doğru yanıt vermişken panel sonrasında doğru yanıt oranı %86.2'ye çıkmıştır (21).

DGT uygulanan her hasta ayda bir kez VSD'de kontrol edilir. Balgam yaymasına bakılır, yakınmaları sorgulanır, olanak varsa akciğer filmi çekilir ve en önemlisi DGT uygulaması ile ilgili bir sorun olup olmadığı araştırılır (8). Katılımcılarımızın %36'sı VSD'deki kontrol aralığını doğru yanıtlamıştır.

Bilgi puanı kötü olarak değerlendirilen 50 puan ve altı puanına sahip olan 16 hekim (%59.3) varken çok iyi olarak değerlendirdiğimiz 80 ve üzeri puanı yalnızca bir kişi almıştır. DGTS ile ilgili bilgi

düzeyini ölçen benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Mevcut çalışmalar tüberküloz hastalığı, bulaşma yolları ve tedavi rejimleri üzerinedir. Bursa'da hekimlerin DGTS hakkındaki bilgilerinin değerlendirildiği çalışmada sorulara panel sonrasında verilen doğru yanıt oranları artmıştır.

Çalışmamızda hekimlerin %96'sı DGT uyguladığını ifade etmiştir. Mumcu ve arkadaşlarının çalışmalarında ise hekimlerin %75.7'si DGT uyguladığını belirtmiştir. DGT uygulamayan hekimler ise gerekçe olarak iş yoğunluğu (%25), hastaya ilaç içirmenin görevi olmadığını düşünmek (%16.7) v.b. olarak belirtmişlerdir (15).

DGT uyguladığını belirten 24 hekime DGT'yi nasıl uyguladıkları sorduğumuzda, 10 hekim gözetmen eşliğinde ilaçların içirilmesini sağladığını, beş hekim hastanın ilaçlarını gözetmeni eşliğinde almasını sağlayıp DGT uygulamalarıyla ilgili gerekli formları doldurup bildirim yaptığını, dört hekim DGT gözetmenini ve DGT uygulama yerini/zamanını kararlaştırıp gözetmen eşliğinde ilaç içirilmesini sağladığını ifade ederken, dört hekim DGT gözetmeni olarak uyguladığını belirtmiştir. DGT gözetmeni olarak DGT uyguladığını belirten dört hekimin ikisi hastaya DGT uygulaması hakkında bilgi verip ilaçları gözetiminde içirdiğini belirtmiş, ikisi de ilaçları gözetiminde içirip gerekli formları doldurup bildirdiğini ifade etmiştir. Hastanın ilaçlarını gözetmen eşliğinde içmesini sağladığını belirten 22 hekimin 12'si (%54.6) ilaçları hastanın ailesi gözetiminde içirmekte, sekizi (%36.4) sağlık personeli gözetiminde içirmektedir. Çalışmamızda DGT uygulamaları ile ilgili bildirim yaptığını belirten hekim sayısının az olması, hekimlerin uygulamalarının eksik olduğunu göstermektedir. Trabzon'da yapılan çalışmada DGT uyguladığını belirten hekimlerin %81.3'ü hastanın ilaçlarını bir yakınının gözetiminde almasını sağladığını, %9.4'ü ilaçları hastanın kendisine verdiğini evde içtiğini, %3.1'i de hastaya ilaçları kendi içirdiğini belirtmiştir (15).

Türkiye Verem Savaşı 2013 Raporu'na göre, 2012 yılında VSD'ye kaydedilen hastaların %99'unun tedavileri DGT altında başlamıştır ve DGT uygulanan hastaların %79.9'una sağlık personeli, %20.1'ine ev halkı ve diğer gözetmenler



tarafından DGT uygulaması yapıldığı belirtilmektedir. Sağlık personeli DGT uygulamasının %93.8'ini sağlık kuruluşunda, %6.2'si hastanın ev ya da iş yerine giderek uygulanmıştır. Sağlık personeli haricinde uygulanan DGT'nin %89.6'sını ev halkı %10.4'ünü diğer DGT gözetmenleri uygulamıştır (2).

Hekimlere DGT uygulamalarıyla ilgili karşılaştıkları sorunları sorduğumuzda, dört (%16.7) hekim hastanın tedaviye uymadığını belirtmiştir. Trabzon'da yapılan çalışmada hekimler karşılaştıkları sorunları iş yoğunluğunun artması (%17.5), hastanın ilacı almadığının denetlenememesi (%17.5), hastanın tedaviye uyumsuzluğu (%16.5) ve hasta izleminde sorunlar (%15.5) olarak açıklamışlardır (15).

Hekimlerin DGT uygulanan hastalara buldukları tavsiyeler sunulduğunda en çok sunulan tavsiyeler, hastanın tedaviye devamlılığı ve temizlik önerileri ile ilgilidir. 2000 yılında hekimler üzerinde yapılan çalışmada katılımcıların %31.4'ü hastalara TB ile ilgili çeşitli önerilerin yanı sıra çatal kaşıklarını ayırmalarını önermektedirler. Bu durum, hekimlerin TB'un bulaş yolunun iyi bilinmediğini göstermektedir (22). Deveci ve arkadaşlarının çalışmasında hekimler, odanın havalandırılması, odanın güneş alması, kullandığı eşyaların ayrılması, tedaviye devamlılık, temizlik



Erişim Adresi: <http://www.first-symptom.com/en/tuberculosis1.html>

önerileri gibi tavsiyelerde bulduklarını belirtmişlerdir (20). Sonuçlar çalışmamızınkiyle benzerdir. Ümraniye'de yapılan bir çalışmada ise hekimlerin %65.1'i hastalarına en sıklıkta tedavileri süresince ilaçlarını düzenli içmeleri gerektiğini, ikinci sıklıkta hastalığın bulaştırıcılığı hakkında, üçüncü sıklıkta ise düzenli olarak kontrole gelmesi gerektiğini önerdiklerini belirtmişlerdir (14).

Aile hekimliği ve TB konusunda görüş belirten Türk Toraks Derneği Tüberküloz Çalışma Grubu, sağlık hizmetleri yönetiminin merkezden perifere kaymasını öneren sağlık reformu uygulamalarının, gerekli önlemler alınmayan ülkelerde tüberküloz sorununun ileri derecede ağırlaşmasına yol açtığını; ASM ve TSM'lerin TB konusunda deneyimlerinin olmadığını, bu nedenle de sorunları çözmede, tedaviye uyumsuzlukla uğraşmada, temaslı muayenesi ve koruyucu tedavileri yapmada, kayıt ve raporlamada yetersiz kaldığını belirtmiştir (18).

DGT uygulaması, yalnızca teknik olarak ilaçların hasta tarafından alınmasının gözlenmesi değil, hasta ve sağlık personeli arasında güven temelli bir bağın kurulmasını, personelin gönüllü olarak katılımını ve tedavinin hasta ve toplum açısından önemini iyi kavranıp kavratılmasını gerektiren bir uygulamadır. DGT'nin önemi anlaşılmadan başarılı olması beklenemez.

Türkiye'de Verem Savaşı 2013 Raporu'na göre 2010 yılında Türkiye'de tüm tedavi boyunca DGT uygulamaları %97.8 iken Kocaeli'de %100 olarak belirtilmiştir (2). DGT uygulamalarında önemli görevler verilen aile hekimlerinin DGTS ile ilgili bilgi düzeyleri bilinen seviyelerde, bu kadar düşük iken, günümüzde uygulamaların ne kadar etkili olacağı, tedavi başarısının hangi düzeyde olacağı merak konusudur.

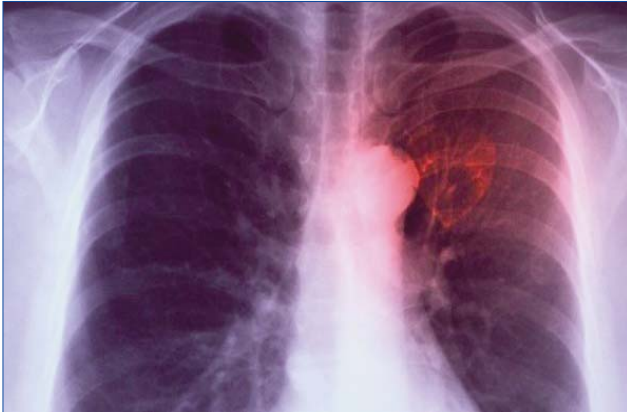
Yapılan çalışmalarda sağlık hizmetlerinin önemli kısmında görevli olan, tüberküloz ile savaşta kilit rol oynayan aile hekimlerinin DGTS ile ilgili eğitime gereksinim duydukları görülmektedir. Tüberküloz ile savaşın kazanılması için tüm sağlık çalışanlarının aktif katılımı sağlanmalı ve tüberküloz ile mücadele çok yönlü olarak ele alınmalıdır. Ülkemizde tüberküloz kontrolünün her basamağında (olgu bulma, tedaviye uyum, kür vb.) sorunlar bulunmaktadır (23).

## 5. Sonuç ve Öneriler

Çalışma, az sayıda hekime ulaşılarak yapılmış olsa da aile hekimliği sisteminde, aile hekimlerinin DGTS ile ilgili bilgi düzeylerinin ve uygulamalarının yeterli olmadığı, DGTS'nin öneminin gereğince kavranmadığı görülmüştür.

Sağlık hizmetlerinin önemli kısmında görevli olan, tüberküloz ile savaşta kilit rol oynayan aile hekimlerinin DGTS ile ilgili eğitime gereksinim duydukları görülmektedir. Tıp eğitiminde ve sonrasında tüberküloz eğitim faaliyetleri konusuna gereken önem verilmeli ve toplumsal açıdan bu kadar önemli bir konunun her zaman akılda kalması sağlanmalıdır. Ülkemizde tıp alanında mezuniyet sonrası eğitim daha çok uzmanlık eğitimi olarak alınmakta ve pratisyen hekimler için standart bir eğitim programı bulunmamaktadır. Aile hekimliği uygulamasına dahil olan hekimlerin katıldıkları eğitim programında tüberküloz konusunun daha ayrıntılı işlenmesi, DGTS ve DGT'ye daha fazla yer verilmesi, aile hekimlerinin DGTS ile ilgili bilgi düzeylerini artıracak, bilgilerin standardize olmasına yardımcı olacaktır (9, 20).

Tüberküloz ile savaşın kazanılması için tüm sağlık emekçilerinin aktif katılımı sağlanmalı ve tüberküloz ile mücadele çok yönlü olarak ele alınmalıdır. Ülkemizde tüberküloz kontrolünün her basamağında (olgu bulma, tedaviye uyum, kür vs.) sorunlar mevcuttur (23). Tüberküloz tedavisinin başarısızlığında rol oynayan etmenlerden biri de hekimlerin bu konu ile ilgili bilgi eksikliğidir. Hekimlerin DGTS ve DGT ile ilgili bilgi eksiklikleri giderilerek tüberküloz tedavisinin başarı şansı artırılabilir ve hastalığın kontrol altına alınması kolaylaştırılabilir. Aile hekimlerinin DGT



Erişim Adresi: <http://www.first-symptom.com/en/tuberculosis1.html>

uygulamaları gözden geçirilerek eksiklikler, hatalar saptanmalı ve olması gereken ve gerçekte var olan uygulamalar arasındaki mesafe kapatılmalıdır. DGT gözetimliliği seçiminde sağlık emekçilerinin uygulamaları gerçekleştirmesinin daha verimli bir tedavi sağlayacağı konusunda hekimlerde görüş birliği sağlanmalı ve sağlık emekçilerinin uygulamalara katılımı artırılmalıdır. Sağlık Bakanlığı aile hekimliğinde kullanılan bilgi sistemi programına DGT izlemleri de eklenerek DGT uygulamasının rutin işler arasına alınması hekimlerin bu konuya daha fazla önem vermelerini kolaylaştıracaktır. DGT uygulayan hekimlerin bazılarının çeşitli sorunlar yaşadığı saptanmış olup bu sorunların çözümüne yönelik çalışmalar planlanmalıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, her ilde en az bir adet olmak üzere her 500.000 nüfusa bir verem birimi olacak biçimde yeniden yapılandırma çalışmalarıyla, 2010 yılında 198 olan VSD sayısı 2013 yılında 177'ye düşmüştür. VSD'lerin kapatılması, buralarda çalışan deneyimli personelin kaybına yol açacak, TB'nin kontrol altına alınmasını zorlaştıracak bir uygulama olup konuyla ilgili bir önlem alınması gerekmektedir.

**İletişim:** Dr. Seval Çoker

**E-posta:** [seval.coker@kocaeli.edu.tr](mailto:seval.coker@kocaeli.edu.tr)

## Kaynaklar

1. 2015 Global Tuberculosis Report, WHO, 2015 (Erişim tarihi: 27.11.2015).
2. Türkiye Verem Savaşı 2013 Raporu, TC Sağlık Bakanlığı, THSK, Ankara, 2014.
3. <http://tuberkuloz.thsk.saglik.gov.tr/tuberkuloz/795-dogrudan-gozetimli-tedavi.html> (Erişim tarihi: 01.04.2015).
4. Türkiye Verem Savaşı 2012 Raporu, TC Sağlık Bakanlığı, THSK, Ankara, 2013.
5. Özkara Şeref, Arpaz S. Tüberküloz tedavisinde doğrudan gözetimli tedavi (DGT), Solunum Hastalıkları. 2003;14:150-157.
6. Tanrıkulu A.Ç, Palancı Y, Dağlı C.E. Türkiye'de hekimlerin verem savaş dispanserleri görevleri hakkındaki bilgileri. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2009;57(1):32-37.
7. Akdağ R. TC Sağlık Bakanlığı Tüberküloz Tanı ve Tedavi Rehberi, Ankara :Sağlık Bakanlığı yayın no:862.2011.
8. Özkara Ş, Arpaz S, Özkan S ve ark. Tüberküloz Tedavisinde Doğrudan Gözetimli Tedavi, Türkiye Ulusal Verem Savaş Dernekleri Federasyonu, Ankara:Çağan Matbaacılık.2002.

9. Akalın Ş, Ertaş M, Denizli Merkezi'ndeki Aile Hekimlerinin Tüberküloz Tanı ve Tedavisine Yaklaşımları, Pam Med J., 2014;7(3): 214-217.
10. Öner C, Çatak Binali. Birinci basamakta tüberküloz kontrolü: mevcut durum ve öneriler. TJFMPC.2014;8(1):3-7.
11. Yılmaz F. T, Tuna A. G.Göğüs hastalıkları hastanesinde görev yapan hemşirelerin tüberküloza ilişkin bilgi düzeyleri. İUFN Hem.Dergisi.2011; 19 (1):37-44.
12. TC Sağlık Bakanlığı, Verem Savaş Dairesi Başkanlığı 2009/51 Sayılı Genelge, Tarih: 28.08.2009.
13. Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığı'nca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler ile Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik,Resmî Gazete Sayı: 2015/7528 Tarih: 16.04.2015.
14. Karahan A, Çalı Ş. Ümraniye'de hekimlerin tüberküloz kontrolü ve DOTS hakkındaki bilgi ve tutumları.STED.2005;14(9): 195-201.
15. Mumcu H. K, Trabzon'da hekimlerin tüberküloz kontrolü ve doğrudan gözetimli tedavistratejisi ile ilgili bilgi ve uygulamaları.STED.2013;22(4):131-137.
16. Kara A, Doğar Ö.Pediatric asistanlarının tüberküloz hakkında bilinç ve bilgi düzeyleri.İzmir Dr Behçet Uz Çocuk Hast.Dergisi.2015;5(1):48-53.
17. Çiftçi F, Torun Ö.Sağlık çalışanlarında tüberküloz bilgi düzeyi ve risk algılaması. Toraks Dergisi.2007; 8(4):221-226.
18. Aile hekimliği uygulaması ve tüberküloz kontrolü ile ilgili Türk Toraks Derneği görüş bildirgesi (<http://www.toraks.org.tr/subNews.aspx?sub=188&notice=764>) erişim tarihi:25.05.2015.
19. Çağaltay Karaoğlu S, Esin M. Tüberküloz hastalığında DGT uygulamaları: Sistematik inceleme.İzmir Göğüs Hastalıkları Dergisi.2013;27(1):23-30.
20. Deveci E. S, Turgut T. Birinci basamak hekimlerinin akciğer tüberkülozu konusunda bilgi, tutum ve davranışları ile tedavi yaklaşımları. Tüberküloz ve Toraks Dergisi. 2003;51(1):40-47.
21. Yılmaz D, Cantepe E. C. Bursa'da çalışan pratisyen hekimlerin DGTS hakkındaki bilgi ve tutumları. Türkiye Klinikleri Arch Lung. 2010;11(1): 1-4.
22. Yurdakul A. S, Birinci Basamak Hekimlerinin Tüberküloz ile ilgili bilgi, tutum ve davranışları. Solunum Hastalıkları.2000;11:48-53.
23. Köse E, Gencer M. Şanlıurfa/ Ceylanpınar Devlet Hastanesi yardımcı sağlık personelinde tüberküloz bilgi düzeyi ve mesleki risk algılaması.Tıp Araştırmaları Dergisi. 2008;6 (2): 86-92.
24. Aile Hekimleri İçin Tüberküloz El Kitabı. TC Sağlık Bakanlığı Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, 2011.
25. Çalışır H C. Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi.Özkara Ş, Kılıçaslan Z, ed. Tüberküloz, Toraks Kitapları, Türk Toraks Derneği. Sayı 11,Ekim 2010:615-628.

# Hemşire Adaylarının Bilişötesi Öğrenme Stratejilerinin Sınıf Düzeyi ve Akademik Başarı Değişkenleri Açısından İncelenmesi

An Analysis of Metacognitive Learning Strategies of Nursing Candidates in Terms of Class Levels and Academic Success

Araştırma



Research

Tufan Aslı Sezer<sup>1</sup>

Geliş/Received : 23.02.2015

Kabul/Accepted: 04.06.2015

## Öz

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde öğrenim gören öğrencilerin bilişötesi öğrenme stratejilerini incelemektir.

**Yöntem:** Araştırmada tarama yöntemi kullanılmıştır. Çalışma grubu 2013-2014 eğitim-öğretim yılında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde öğrenim gören 414 hemşire adayı oluşturmuştur. Araştırmanın verileri Namlu tarafından geliştirilen "Bilişötesi Öğrenme Stratejileri Ölçeği" kullanılmıştır. Toplanan veriler SPSS 18.0 programı ile çözümlenmiştir.

**Bulgular:** Genel olarak elde edilen veriler doğrultusunda hemşire adaylarının bilgiyi işleme süreci hakkındaki bilgisinin ve farkındalıklarının iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Araştırmada elde edilen bir diğer sonuca göre hemşire adaylarının bilişötesi öğrenme stratejilerinin "Akademik başarı" değişkenine göre tüm alt boyutlarda anlamlı farklılaşmalar olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle akademik başarıları yüksek olan öğrencilerin bilişötesi öğrenme stratejilerini daha çok kullandıkları belirlenmiştir.

**Tartışma ve Sonuç:** Bilişötesi yeni bilginin öğrenilmesini kolaylaştıran bir etkidir. Bu araştırmada ulaşılan sonuçlar, hemşirelik eğitimi programlarının hemşire adaylarının bilişötesi bilgisini geliştirmeye yönelik etkinliklerin planlanması gerektiğini göstermektedir.

**Anahtar sözcükler:** bilişötesi öğrenme, akademik başarı, hemşirelik öğrencileri, hemşirelik eğitimi

## Abstract

**Objective:** The aim of this research is investigating the metacognitive learning strategies of the students of Ankara University's Faculty of Health Sciences Nursing Program.

**Methodology:** The survey method was used in this research. The study group consists of 414 nursing candidates of the 2013-2014 academic year in Ankara University's Faculty of Health Sciences Nursing Program. In this research, the "Metacognitive Learning Strategies Scale" developed by Namlu was used for examining metacognitive learning strategies of nursing candidates. For the statistical analysis of the collected data for the research, the SPSS 18 package program was used.

**Findings:** The finding obtained with this research, it was determined that the score average of nursing candidates' metacognitive learning strategies usage levels was above average. With respect to another finding obtained from this research, metacognitive learning strategies of nursing candidates indicate significant differences in all dimensions in terms of the academic success variable. In other words it was determined that students with higher academic success levels use metacognitive learning strategies more.

**Discussion and Conclusion:** Metacognitive information is a factor that facilitates learning. The results of this research indicate that nursing education programs should take precautions in terms of improving the metacognitive information of nursing candidates.

**Key words:** metacognitive learning, academic success, nursing students, nursing education

1 Ankara Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Ankara

## Giriş ve Amaç

Öğrenme temel olarak, bireyin etkin ve bilinçli olarak bir takım stratejiler yoluyla çevreden bilgi edinmesi ve hafızasında var olan bilgilerle edindiği bu bilgiyi harmanlayarak kalıcı davranış değişikliklerinin oluşması süreci olarak tanımlanmaktadır (1). Bu süreçte dışsal ve içsel etmenler önemli rol oynamaktadır. Dışsal etmenler öğrenmenin gerçekleştiği bağlamsal özellikler, içsel etmenler ise bireyin öğrenme sürecinde kullandığı stratejiler olarak özetlenebilir (2). Öğrenmenin gerçekleşmesi sürecine odaklanan kuramlardan davranışçı kuram öğrenmeyi kısaca uyarıcı-tepki modeliyle betimlerken, bilişsel kuram daha çok içsel süreçlerle ilgilenerek, bilginin zihinde nasıl işlendiği üzerine yoğunlaşmaktadır. Davranışçı kuramlardan, bilişsel kuramlara yönelim durumu öğrenme stratejilerine olan ilgiyi beraberinde getirmiştir (3). Öğrenme stratejisi bireyin kendi öğrenme bağlamında, öğrenme sürecini kolaylaştıran tekniklerin her biridir. Bu stratejiler bireyin bilgiyi etkin bir biçimde zihinsel süreçlerle işlemesi ve kalıcı öğrenmenin sağlanmasını hedeflemektedir.

Literatür incelendiğinde öğrenme stratejilerinin genelde ikiye ayrıldığı görülmektedir. Bunlar *temel ve destek* stratejiler, *bilişsel ve bilişötesi* stratejiler ya da *dolaylı ve doğrudan* stratejiler olarak kullanılmışlardır (2,3,4). Ancak bu isimlendirme farklılıklarına karşın genel olarak ilk kategori *bilişsel öğrenme stratejilerini*, ikinci kategori ise *bilişötesi öğrenme stratejileri* olarak ifade edilmektedir (2).

Düşünmeyi düşünme (thinking about thinking) olarak da ifade edilen bilişötesi kavramı ilk kez 1970'li yıllarda Flavell tarafından ele alınmış olup "bireyin kendi biliş sistemi ve yapısı hakkındaki bilgisi" olarak tanımlanmıştır. Bu tanım daha sade biçimde ifade edilecek olursa "bireyin nasıl öğrendiğine ilişkin bilgisi" olarak betimlenebilir. Biliş herhangi bir şeyi anlama ve farkında olma durumunu ifade ederken, bilişötesi bu duruma ek olarak onu nasıl öğrendiğinin de farkında olma, nasıl öğrendiğini bilmedir (5). Üstbilişsel farkındalık kısaca bireyin neyi bilip bilmediğinin farkında olması, kendi zihinsel süreçlerini kontrol etmesi, öğrenme sorumluluğunu alması, kendi öğrenme stratejilerinin farkında olması, kendi öğrenmesini değerlendirmesi, planlaması, izlemesi ve bilgisini yönetme stratejilerini kullanmasını

içermektedir (6). Bu açıdan bakıldığında bir bireyin bilişötesi bilgisi hakkında farkındalığının olması, onun daha kolay öğrenmesine ve akademik olarak üstün olacağı biçimde yorumlanabilir. Bu nedenle öğrencilerin üstbilişsel bilgi ve becerilerinin akademik başarıları arasındaki ilişkinin araştırılması çok önemlidir. Literatürde bir çok araştırma akademik başarı ile üstbiliş becerileri arasında önemli bir ilişki olduğunu (7,8,1,6,9) ve bilişötesi öğrenme stratejisi yüksek olan öğrencilerin problem çözme becerilerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir (10,11). Üstbiliş stratejilerinin öğretimi, öğrencilerin uygun problem çözme süreçlerini keşfetmelerine izin vererek ve farklı durumlarda bu süreçleri kullanmalarını sağlayarak, öğrencileri üst düzey bir bilişsel sürece ulaştırmaktadır (12). Eğiticilere öğrencilerin bilişötesi davranışlarını geliştirmek için uygulayabilecekleri altı strateji önerilmektedir. Bunlar (13);

- Öğrencilerin neyi bildiklerine karşın neyi bilmediklerinin bilinçli olarak belirlenmesi,
- Bir düşünme kelime dağarcığının geliştirilmesiyle öğrencilerin düşünme süreçlerini sözel olarak tanımlayabilmeleri,
- Öğrenme süreçlerini yansıtabilmeleri için öğrenciler için bir düşünme günlüğü ya da öğrenme kütüğünün oluşturulması,
- Zaman gereksinimi ve materyallerin düzenlenmesi dahil olmak üzere bireyin kendi öğrenme etkinliklerini düzenleme sorumluluğunu üstlenmesi,
- Bu stratejilerin başarılı ya da uygun olup olmadığını gözden geçirme ve değerlendirme becerisi,
- Bireysel görüşme ile rehberli öz-değerlendirmeye katılım ve düşünme süreçlerine odaklanan bir kontrol listesi.

Hemşirelik eğitimi, hemşirelik modellerine temellenen ve geleneksel uygulamalarda çok gelişen teknolojiler ile birlikte hemşireleri "bilgili olmaya" ve "eleştirel-bilimsel düşünme" becerilerini geliştirmeye iten bir konuma gelmiştir. Sağlık bakım hizmetlerindeki bu değişimler ile hemşirelik eğitiminde öğrencilere çağdaş bilgi ve uygulama esaslarını kavramasını, yaşam boyu öğrenim ilkesini benimsemesini, yeni bilgi ve becerileri birey, aile ve toplumun sağlık bakımında kullanabilmesini gerektirmektedir (14). Hemşirelerin değişen bu rolleri çerçevesinde hemşirelik eğitim programları hemşire adaylarına

kuramsal ve uygulamalı eğitim yaşantıları sunmalıdır. Kuramsal ve uygulamalı öğretim ve öğrenim yaşantılarını içeren bir eğitim olan hemşirelik eğitiminin amacı; tüm potansiyelini kullanabilen bireyler yetiştirmektir (15). Profesyonel hemşirelik eğitimi kültürel ve mesleki bilgi, klinik ve kavramsal beceri ve bireyin değerler sistemi üzerine temellenen ve birey/aile ve toplumun bakımını olduğu kadar sağlığın korunması ve sağlık eğitimi eylemini de içeren bir eğitimidir (16). Bu eğitim sürecinde öğrenci, hem kuramsal bilgiyi hem de uygulamalarını klinik ortamda yargılamaya ve edindiği bilgileri davranışa dönüştürmeye çalışmalıdır. Bu yaşantıların temel kaynağı olan sağlık alanında yer alan bilginin hızla artması ve değişmesi nedeni ile kendini geliştiren bu nedenle öğrenmeyi bilen hemşirelerin yetiştirilmesi bir zorunluluk haline gelmiştir. Hemşirelik öğrencileri öğrenme sürecine katılan, planlama yapabilen, düşünme becerilerini geliştiren, sorgulayan, kendini ve süreci kontrol edebilen, kendini ve yaptıklarını değerlendiren bireyler olmalarını sağlayan bir yapı içinde yetiştirilmesini gerekmektedir (14). Bu nedenle düşünme becerilerine odaklanan ve problem çözmelerini kolaylaştıran bu öğrenme sürecinin hemşirelik eğitiminde yer almasının profesyonel hemşireler yetiştirilmesinde önemli katkıları olacağı düşünülmektedir.

Yukarıda belirtildiği üzere bilişötesi öğrenme stratejisi yüksek olan öğrencilerin problem çözme becerilerinin daha yüksek olduğu belirlenmiş ve bu öğrencilerin öğrenmelerinin daha kolay gerçekleştiği ve daha başarılı oldukları belirlenmiştir. Bu nedenle sağlığın geliştirilmesi ve sağlık eğitimlerinde önemli yeri olan hemşirelerin üst biliş becerilerine sahip olması ve bu öğrenme ilkelerine göre sağlık bakımını planlayabilmesi profesyonel hemşireler yetiştirilmesinde önemli olacaktır. Ancak literatür incelendiğinde hemşire adaylarının bilişötesi öğrenme stratejilerinin incelendiği ve diğer meslek grubunda yer alacak olan öğrenciler üzerinde yapılan araştırmalarında kısıtlı olduğu belirlenmiştir. Bu bağlamda bu araştırmanın amacı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıflarda öğrenim gören öğrencilerin bilişötesi öğrenme stratejilerini kullanım durumlarını belirleyerek, bu stratejileri sınıf düzeyi ve akademik başarı değişkenleri açısından incelemektir.

## Yöntem

### Araştırma Modeli

Araştırmada tarama modeli kullanılmıştır. "tarama modeli; var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımıdır" (17). Bu bağlamda bu araştırmada hemşire adaylarının bilişötesi öğrenme stratejileri belirlenmeye çalışılmıştır.

### Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümünde 2013-2014 eğitim-öğretim yılında öğrenim gören hemşire adayları oluşturmaktadır. Araştırma değişkenlerinin sınıf düzeylerindeki değişimini görmek amacıyla birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sınıflarda öğrenim gören 619 öğrenciden ulaşılabilen ve gönüllülük esasına göre araştırmaya katılım göstermek isteyen 414 hemşire adayından veri toplanabilmiştir. Çalışma grubunda yer alan hemşire adaylarından 140'ı (%33,8) birinci sınıfta, 107'si (%26,0) ikinci sınıfta, 85'i (%20,5) üçüncü sınıfta, 82'si de (%19,7) dördüncü sınıfta okumaktadır.

### Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada, hemşire adaylarının bilişötesi öğrenme stratejilerini inceleyebilmek için Namlu (2004) tarafından geliştirilen "Bilişötesi Öğrenme Stratejileri Ölçeği (BÖSÖ)" kullanılmıştır. Veri toplama aracının kullanımı için, araştırmacıdan gerekli izin alınmıştır. BÖSÖ 4 etmen (Planlama, Örgütlenme, Denetleme ve Değerlendirme) ve 21 maddeden oluşmaktadır. Namlu tarafından yapılan çeşitli güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları sonucunda ölçeğin üniversitede öğrenim gören öğrencilerin bilişötesi öğrenme stratejilerini ölçmede kullanılabilecek bir ölçme aracı olduğu belirlenmiştir (2).

### Verilerin Analizi

Araştırma için toplanan verilerin istatistiksel analizleri için SPSS 18 paket programı kullanılmıştır. BÖSÖ'ye ilişkin elde edilen verilerin normallik varsayımı testinde Shapiro-Wilks Normallik Testi uygulanmıştır. Bu test sonucunda verilerin normal dağılım gösterdiği saptanmıştır. Bu nedenle verilerin analizinde parametrik testlerden t testi ve ANOVA test yöntemleri kullanılmıştır. Araştırmada anlamlılık testlerine 0,05 düzeyi esas alınmıştır.

## Bulgular

Araştırmanın bu bölümünde, hemşire adaylarından toplanan verilerin çözümlenmesi sonucu elde edilen bulgulara ve bulgulara ilişkin yorumlara alt başlıklar altında aşağıda değinilmiştir:

### Hemşire Adaylarının Bilişötesi Öğrenme Stratejileri

Araştırmanın birinci alt problemi doğrultusunda, hemşire adaylarının bilişötesi öğrenme stratejilerinin kullanım düzeyi puanlarına ilişkin betimsel istatistikler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1'de, hemşire adaylarının görüşlerine göre tüm boyutlardan elde edilen toplam puan ortalamasının 52,2 (4 üzerinden 2,5) olduğu görülmektedir. Alt boyutlar açısından incelendiğinde hemşire adaylarının "planlama stratejileri" boyutuna ilişkin ortalama puanı =2,1, "örgütlenme stratejileri" boyutuna ilişkin ortalama puanı =2,7, "denetleme stratejileri" boyutuna ilişkin ortalama puanı =3,2, "değerlendirme stratejileri" boyutuna ilişkin ortalama puanı ise =2,05 olarak belirlenmiştir.

### Hemşire Adaylarının Bilişötesi Öğrenme Stratejilerine İlişkin Puanlarının Sınıf Düzeylerine Göre İncelenmesi

Araştırmanın ikinci problemi doğrultusunda hemşire adaylarının bilişötesi öğrenme stratejileri puan ortalamalarının sınıf düzeyi değişkenine göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2'de hemşire adaylarının bilişötesi öğrenme stratejilerine ilişkin ortalama puanlarının sınıf düzeylerine göre oldukça yakın olduğu görülmektedir. Ancak azda olsa belirlenen farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olup olmadığı belirlemek için öncelikle Levene testi uygulanmış olup, dağılımın tüm ölçek ve alt ölçeklerde homojen ( $p>0,05$ ) olduğu saptanmıştır. Buna göre sınıf düzeyi değişkenine ilişkin ortalama puanların arasındaki farkın anlamlı olup olmadığını belirlemek amacıyla Tek Yönlü Varyans

analizi yapılmıştır. Sonuçlar bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını ( $p>0,05$ ) göstermiştir.

### Hemşire Adaylarının Bilişötesi Öğrenme Stratejilerine İlişkin Puanlarının Akademik Başarı Durumlarına Göre İncelenmesi

Araştırmanın bu alt problemine yanıt bulabilmek için öncelikle hemşire adaylarının geçmiş dönemlerde elde ettikleri not ortalamaları kategorilendirilmiştir. Bu bağlamda 414 öğrenci "yüksek, orta, düşük" akademik başarı alt sınıflandırılmasına dahil edilmiştir. Araştırmanın üçüncü problemi doğrultusunda hemşire adaylarının bilişötesi öğrenme stratejileri puan ortalamalarının akademik başarı değişkenine göre bilişötesi öğrenme stratejilerini oluşturan alt boyutlarında farklılaşp farklılaşmadığına ilişkin ANOVA testi Analiz Sonuçları Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3 incelendiğinde, genel olarak hemşire adaylarının bilişötesi öğrenme stratejilerinin başarı düzeylerine göre anlamlı farklılaşmalar olduğu görülmektedir ( $p<0,05$ ). Başka bir deyişle hemşire adaylarının bilişötesi öğrenme stratejilerindeki yeterlilik düzeyleri yükseldikçe genel başarı düzeylerinin de arttığı görülmektedir. Hemşire adaylarının bilişötesi öğrenme stratejilerindeki anlamlı farkın kaynağı, Tukey HSD testi analiz sonuçlarına göre, akademik başarı düzeyi düşük olan öğrenciler ile orta düzeyde olan öğrencilerle ve akademik başarı düzeyi orta düzeyde olan öğrencilerle yüksek düzeyde olan öğrenciler arasında olan hemşire adaylarından kaynaklandığı görülmektedir.

### Sonuç ve Tartışma

Bireylerin meslek hayatlarında bilişötesi beceriler geliştiren stratejiler kullanabilmesi için öncelikle bu stratejilerin bilinmesi ve farkındalıklarının yüksek olması gerektiği bildirilmektedir (18). Bu açıdan bakıldığında yaşam boyu öğrenen hemşirelerin yetiştirilebilmesinde, kendi bilgi ve yetenekleri hakkında farkındalık düzeyleri yüksek olan hemşire adaylarının olması gerekmektedir.

**Tablo 1.** Hemşire adaylarının bilişötesi öğrenme stratejileri kullanım düzeyi puanlarına ilişkin değerler

Boyutlar	Madde sayısı	En düşük puan	En yüksek puan	$\bar{x}$	ss	$\bar{x}/k$
Planlama stratejileri	6	6,0	24,00	12,7	1,4	2,1
Örgütlenme stratejileri	6	6,0	24,00	15,9	1,8	2,7
Denetleme stratejileri	5	5,0	20,00	15,8	2,1	3,2
Değerlendirme stratejileri	4	4,0	16,00	7,8	2,1	2,0
Tüm Ölçek	21	21,0	84,00	52,2	6,3	2,5

Boyutlar	1. sınıf		2. sınıf		3. sınıf		4. sınıf	
	$\bar{x}$	Sayı	$\bar{x}$	Sayı	$\bar{x}$	Sayı	$\bar{x}$	Sayı
Planlama stratejileri	12,9	2,0	12,9	1,7	12,5	1,5	12,6	1,9
Örgütlenme stratejileri	16,1	3,0	16,2	3,4	15,5	2,8	15,9	3,7
Denetleme stratejileri	16,3	2,6	15,5	2,7	15,2	2,5	16,2	2,9
Değerlendirme stratejileri	8,1	1,8	7,6	2,0	7,7	1,7	7,9	2,2
Tüm ölçek	53,3	7,1	52,2	7,0	50,8	6,3	52,4	6,9

Boyutlar	Başarı düzeyi	N	$\bar{x}$	ss	F	P	Anlamli farkın gözlemlendiği değişiklikler
Planlama stratejileri	Düşük (A)	153	12,2	2,1	11,344	0,000*	A-B,A-C,B-C
	Orta (B)	137	12,3	1,7			
	Yüksek (C)	124	13,2	1,3			
Örgütlenme stratejileri	Düşük (A)	153	14,1	3,3	3,468	0,023*	A-B,A-C,B-C
	Orta (B)	137	14,9	2,9			
	Yüksek (C)	124	15,1	3,1			
Denetleme stratejileri	Düşük (A)	153	15,5	3,1	3,865	0,015*	A-B,A-C, B-C
	Orta (B)	137	15,7	2,8			
	Yüksek (C)	124	16,4	2,5			
Değerlendirme stratejileri	Düşük (A)	153	7,1	2,2	3,659	0,016*	A-B,A-C
	Orta (B)	137	7,7	1,9			
	Yüksek (C)	124	7,7	1,8			

Bu araştırmada, hemşire adaylarının bilişötesi öğrenme stratejilerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Genel olarak elde edilen veriler doğrultusunda hemşire adaylarının bilgiyi işleme süreci hakkındaki bilgisinin ve farkındalıklarının "örgütlenme" ve "denetleme" alt boyutlarında iyi, diğer iki alt boyut olan "değerlendirme" ve "planlama" da ise orta düzeyde olduğu söylenebilir. Hemşire adaylarının yoğun geçen eğitimlerinin planlama ve değerlendirme yapma fırsatını engellediği düşünülebilir. Araştırmayla ulaşılan diğer bir sonuca, göre hemşire adaylarının bilişötesi öğrenme stratejilerinin "Sınıf düzeyi" değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bu sonuç oldukça şaşırtıcıdır. Beklenen durum; sınıf düzeyi arttıkça bilişötesi öğrenme stratejilerinin kullanımının da artmasıdır. Literatür incelendiğinde (19,20,21,22) bu sonuçla çelişen bulgulara rastlanılmaktadır. Bu durum daha büyük örneklemelerle çalışılarak ya da daha detaylı incelemelerin yapıldığı nitel verilerle desteklenerek ortaya konulmalıdır.

Araştırmada elde edilen bir diğer sonuca göre hemşire adaylarının bilişötesi öğrenme stratejilerinin "akademik başarı" değişkenine göre tüm alt boyutlarda anlamlı farklılaşmalar olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle akademik başarısı yüksek olan öğrencilerin bilişötesi öğrenme stratejilerini daha çok kullandıkları belirlenmiştir. Yapılan araştırmalar (23,24,25), akademik güdülenme ve öğrencilerin kullandıkları öğrenme stratejileri ile akademik başarı arasında yüksek bir ilişki olduğunu ortaya koymuştur. Daha önce belirtildiği gibi bilişötesi yeni bilginin öğrenilmesini kolaylaştıran bir etkidir. Bu araştırmada ulaşılan sonuçlar, hemşirelik eğitimi programlarının hemşire adaylarının bilişötesi bilgisini geliştirmeye yönelik önlemlerin alınması gerektiğini göstermektedir. Bu çalışmanın sonuçlarına yönelik olarak uygulayıcılara ve araştırmacılara geliştirilen öneriler aşağıda belirtilmiştir:



Hemşirelik eğitiminde öğrencilerin bilişötesi öğrenme stratejilerini ortaya çıkarabilecek uygun eğitim ortamları yaratılabilir. Hemşirelik eğitimine kayıt olan öğrencilere dönem başında bilişötesi öğrenme stratejilerini belirlemek üzere ölçek uygulanıp, farkındalık algı düzeyleri yeterli seviyede olmayanlara dönem başında etkinlikler gerçekleştirilebilir. Öğretim üye/görevlerine bilişötesi öğrenme stratejilerinin öğrencilere nasıl kazandırılacağına ilişkin hizmet içi eğitimler verilebilir. Bu çalışmada yalnızca öğrencilerin kullandıkları bilişötesi öğrenme stratejileri ile sosyo-demografik özellikler ve akademik başarı arasındaki ilişkisi incelenmiştir. Bundan sonra yapılacak araştırmalarda öğretim üyeleri/elemanları ve öğrencilerin öğrenme stratejileri birlikte ele alınarak, eğitim ortamı değişkenleri ile birlikte farklı veri toplama teknikleri kullanılarak ortaya konulabilir.

Örnekleme geniş tutup, bu çalışmada ele alınmayan değişkenlerde incelenebilir.

**İletişim:** Tufan Aslı Sezer

**E-posta:** tufanaslisezer@gmail.com

#### Kaynaklar

- Doğanay A, Demir Ö Akademik başarısı düşük ve yüksek öğretmen adaylarının ders çalışma sırasında bilişsel farkındalık becerilerini kullanma düzeylerinin karşılaştırılması. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri 2011;11(4):2021-2043.
- Namlu AG. Bilişötesi öğrenme stratejileri ölçme aracının geliştirilmesi: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2004;4(2):123-136.
- Semenoğlu N. Gelişim Öğrenme ve Öğretim. Ankara. Ertem Matbaacılık; 1997.
- Oxford RL. Language learning strategies: What every teacher should know. Boston: Heinle & Heinle 1990.
- Baykara K. Öğretmen adaylarının bilişötesi öğrenme stratejileri ile öğretmen yeterlik algıları üzerine bir çalışma. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2011;40:80-92.
- Bağçeci B, Döş B, Sarıca R. İlköğretim öğrencilerinin üstbilişsel farkındalık düzeyleri ile akademik başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2011;8(16):551-556
- Cautinho SA. The relationship between goals, metacognition and academic success. Educate 2007;7(1):39-47.
- Vrugt A, Oort FJ. Metacognition, achievement goals, study strategies and academic achievement: pathways to achievement. Metacognition Learning 2008;30:123-146.
- Çalışkan M, Sümbül AM. The effects of learning strategies instruction on metacognitive knowledge, using metacognitive skills and academic achievement (Primary education sixth grade turkish course sample). Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri 2011;11(1):148-153
- Boekaerts M. Self-regulated learning: A new concept embraced by researchers, policy makers, educators, teachers, and students. Learning and Instruction 1997;28(2):161-186
- Hollingworth R, McLoughlin C. Developing science students' metacognitive problem solving skills online. Australian Journal of Educational Technology 2001;17:50-63.
- Doğan A. Üstbiliş ve üstbiliş dayalı öğretim. Middle Eastern & African Journal of Educational Research 2013;3:6-20.
- Blakey E, Spence S. Developing metacognition. National association for gifted children, 1990. Accessed June 15, 2014, at <http://www.nagc.org/index.aspx?id=205>
- Karadağ G, Uçan Ö. Hemşirelik eğitimi ve kalite. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006;1(3):42-51.
- Velioğlu P. Hemşire öğretim elemanları ve hemşire öğrencilerin uygulamalı eğitimi algılamaları In: Hemşireliğin Düşünsel Temelleri, Alaş Ofset Matbaası 1994.
- Karadağ A, Hisar F ve Özhan Elbaş N. Hemşirelikte profesyonelliğe ilişkin davranışsal envanter. Hemşirelik Forumu 2004;7(4):14-22.
- Karasar N. Bilimsel araştırma yöntemi. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 2008.
- Özcan ZÇ. Sınıf öğretmenlerinin derslerinde biliş üstü beceri geliştiren stratejileri kullanma özelliklerinin incelenmesi. Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi; İstanbul, 2007.
- Arsal Z. Öğretmen adaylarının öğrenme ve motivasyon stratejileri. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi Bildiri Kitabı, 2005:547-561.
- Hamurcu H. Okulöncesi öğretmen adaylarının kullandıkları öğrenme stratejileri. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2002;23:127-134.
- İflazoğlu-Saban A, Bal P. Matematik ve sınıf öğretmenliği bölümlerinde okuyan öğrencilerin öğrenme stratejilerinin bazı sosyo-demografik özellikler açısından incelenmesi. Ege Eğitim Dergisi 2010;2:1-19.
- İflazoğlu-Saban A, Tümkaya S. Öğretmen adaylarının öğrenme stratejileri ile sosyo-demografik özellikler ve akademik başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Ege Eğitim Dergisi 2008;9(1):1-22.
- Soung Youn K. Investigating the relationship between motivational factor and self regulatory strategies in the knowledge construct process, 2001. Accessed August 11, 2014, at <http://www.icce.2001.org/cd/pdf/poster3/KR019.pdf>
- Young SH, Vrongistinos K. In-service teachers' self-regulated learning strategies related to their academic achievement. Journal of Instructional Psychology 2001;29(3):147-154.
- Özkal N, Çetingöz D. Akademik başarı, cinsiyet, tutum ve öğrenme stratejilerinin kullanımı. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi 2006;46:259-275.



## Dünyada Yer Değiştirme Sorunu ve Güncel Analiz

### The Issue Of Global "Displacement" And Updated Analysis

*Dr. Özge Yavuz Sarı<sup>1</sup>, Dr. Dilek Aslan<sup>2</sup>*

Geliş/Received : 23.02.2016

Kabul/Accepted: 04.06.2016

#### Öz

Günümüzde insanların kitlesel olarak yer değiştirmesi küresel bir sorun olarak kabul edilmektedir. Her yıl milyonlarca insan savaşlar, açlık, ekonomik sorunlar, doğal afetler, iklim değişiklikleri gibi pek çok nedenle yaşadıkları alanları terk ederek daha güvenli ortamlara doğru göç etmektedirler. Bu durum ise dünyanın "olağan" koşullarını hızla değiştirmektedir. Yer değiştiren kişiler başta olmak üzere süreçten etkilenen bütün toplumların var olma, sağlık, ekonomik, sosyal, kültürel, vb. pek çok risklerle karşılaşmalarına neden olmaktadır. Yer değiştiren kişilerin sayısı son yıllarda artma eğilimindedir. Dünyada 2014 yılı içinde her gün 42,500 insan, toplamda 59,5 milyon kişi çatışmalar ve kötü muamele nedeniyle zorunlu olarak yer değiştirmiştir. Bu rakam 2015 yılında 5,8 milyon artarak 65,3 milyon kişiye ulaşmıştır.

Bu denli hızlı olan sürecin çok farklı sorunları bulunmaktadır. Sorunların çözümü için küresel düzeyde nedenleri ortadan kaldıran iyileştirici ve rehabilite edici yaklaşımlara gereksinim bulunmaktadır. Çözümlerin sağlığın bütün belirleyicilerini kavrayarak hak temelli üretilmesi bir ön koşul olmalıdır.

**Anahtar sözcükler:** Yer değiştirme; Sağlık; Halk sağlığı

#### Abstract

Displacement is accepted as a global problem in today's world. Millions of people are forced to leave their homelands and migrate to safer places due to many reasons like wars, starvation, economic crises, natural disasters and climate changes. World's "usual" conditions changed rapidly as a result of displacements. The situation causes communities, especially the displaced people, to face with social, economic, cultural, existential and health related risks. The number of displaced people has a tendency to increase in the last years. In 2014, each day 42,500 people and a total of 59.5 million people displaced in the world as a result of conflicts and persecution. This figure reached 65.3 million with an increase of 5.8 million people in 2015. This rapidly-developing process brought with many problems and there need to be curative and rehabilitative approaches which resolves the problems globally. Containing all determinants of health and having a human rights' perspective must be a prerequisite for solutions.

**Key words:** Displacement, Health, Public Health

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

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

Her yıl milyonlarca insan savaşlar, açlık ve ekonomik sorunlar, doğal afetler, iklim değişiklikleri gibi pek çok nedenle doğdukları ve yaşadıkları toprakları terk etmekte, güvenli ve yaşanabilir bir ortam arayışı içine girmektedir (1,2).

Yer değiştirmelerin hareket eden kitlelerin "ayrıldığı" ve "yeni yerleştiği" topraklar/ülkeler/devletlere ilişkin "dar" bir sorun olmadığı; yer değiştirmeye yol açan nedenler itibarıyla çoğunlukla bütün dünyayı ilgilendiren bir konu olduğu bilinmektedir (3).

Bu nedenle, konuyu bütün boyutları ile kavramak son derece önemlidir. Bu yazı kapsamında yer değiştirme konusunun küresel düzlemde yansımaları, yer değiştirmelerin yarattığı sağlık ve diğer sorunlar, mevcut durum analizinden yola çıkarak geleceğe dair öneriler yer almaktadır.

Yer değiştirme sorununu kavramak için uluslararası literatürde yer alan bazı kavramların iyi bilinmesi gerekir. Bu kavramların bazıları ülkeler arasında farklılık gösterse de göç, göçmen, mülteci, varışta mülteci, ülkesinde yerinden edilmiş kişiler için uluslararası literatürde tanımlar açıktır ve hemen her toplum bu kavramları bilmekte ve kullanmaktadır (4,5). Bu yazı içinde sıkça kullanılacak olan kavramlardan biri olan "Mülteci" kavramı, İç İşleri Bakanlığı Göç İdaresi Genel Müdürlüğü'nün göç terminolojisi konusunda referans gösterdiği Göç Terimleri Sözlüğü'ne göre "*Irkı, dini, tabiiyeti, belirli bir sosyal gruba mensubiyeti ve siyasi görüşleri yüzünden haklı bir zulüm korkusu nedeniyle vatandaşı olduğu ülkenin dışında bulunan ve, söz konusu korku yüzünden, ilgili ülkenin korumasından yararlanmak istemeyen kişi*" olarak tanımlanmaktadır (4). Mültecilerle ilgili olarak; Türkiye Mültecilerin Statüsüne İlişkin 1951 Sözleşmesi'ne göre yapılmış mültecilik statüsü tanımına "*Avrupa ülkelerinde meydana gelen olaylar nedeniyle*" ibaresini eklemiştir (6). Yoğun mülteci akınlarının yaşandığı dönemlerde, bireysel sığınma mülakatları ile ilgili süreç herkes için uygulanmayabilmektedir. Grup değerlendirmesi yoluyla karar verilen bu durumlarda aksi ispat edilene kadar tüm bireyler varışta mülteci (prima facie) kabul edilmektedir (7,8). Bir ülkeye mülteci olarak kabul edilmek isteyen ve bu konudaki ulusal ya da uluslararası belgeler çerçevesinde

yaptıkları başvurunun sonucunu bekleyen kişiler "sığınmacı" olarak adlandırılmaktadır. Sığınmacılar mültecilik taleplerinin reddedilmesi durumunda ülkeyi terk etmek zorunda kalmakta ve sınır dışı edilebilmektedirler (4).

*Yerinden edilmiş kişiler (internally displaced people)* tanımı ilk kez Birleşmiş Milletler'in 1992 yılında yayınladığı bir raporda kullanılmış olup, geniş kitlelerin silahlı çatışma, iç karışıklıklar, insan hakları ihlalleri, doğal ya da insan kaynaklı afetler nedeniyle ani ve beklenmedik bir biçimde evlerini terk etmeye zorlanmaları anlamını taşımaktadır. Mülteciler gibi koruma ve yardım ihtiyacı içinde olmalarına karşın, ülke sınırlarını geçen bu kişilerin yasal ve kurumsal haklarına sahip değildir. Temel hakları uluslararası sözleşmelerle güvence altına alınmış olsa da, bu hakların teminatı olan otoriteler çoğu zaman zorunlu yer değiştirmelerin sorumlusu konumunda ya da bu hakları güvence altına alamayacak durumdadır (9).

Yer değiştirme sorunu, ilgilendirdiği insanların sayısının çokluğu dışında son yıllardaki hızlı artışı ile de dikkat çekmektedir. Son on yıl içinde yer değiştiren kişi sayıları yıllık 38 milyon ile 43 milyon arasında değiştiğine dair veriler bulunmaktadır. Bu rakamların 2011-2014 yılları arasındaki kısa dönemde %40 artarak 59,5 milyona ulaştığı görülmektedir. Bu boyuttaki bir büyüme krizlere uygun yaklaşımları geliştirmeye engel olmakta, birden fazla kez yer değiştirme sıklığında ve güvenlik nedeniyle ikincil hareketlenmelerde artışa neden olmaktadır (10).

#### **Yer değiştirmenin başlıca nedenleri**

Günümüzde yer değiştirmelerin nedenleri 1951 Cenevre sözleşmesinin oluşturulduğu dönemde öngörülenlerden çok daha karmaşık, gönüllü ve gönüllü olmayan yer değiştirmeler arasındaki ayrımlar çok daha belirsizdir (1).

Savaş, açlık, kıtlık gibi çoğunlukla insan eliyle meydana gelen durumlar yer değiştirme nedenleri arasında yaşamı da tehdit eden koşullardır (1).

Suriye'deki savaş 2015 yılı itibarıyla beşinci yılı içindedir ve yer değiştirmelerdeki küresel düzeydeki bu artıştan birincil olarak sorumludur. Dünya genelinde yerinden edilmiş her beş kişiden biri Suriye vatandaşıdır. Ülke dünyanın en çok mülteci veren ülkeleri içinde 2014 yılında birinci

sıraya yükselmiş, 10 yıldır ilk sırada yer alan Afganistan'ı geride bırakmıştır (10). Afganistan ve Suriye dışında Sahra Altı Afrika ülkeleri de son yıllarda yer değiştirmelerin yoğun yaşandığı bölgeler arasına girmiş, Somali, Güney Sudan, Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Afrika Cumhuriyeti, Myanmar, Eritre Devleti ve Kolombiya'dan binlerce insan 2015 yılı içinde silahlı çatışmalar, şiddet ve insan hakları ihlalleri nedeniyle başka ülkelere sığınmışlardır (11).

Seller, depremler, hortumlar ve toprak kaymaları gibi doğal afetler hem sıklık hem yoğunluk olarak artma eğilimindedir. Bu durum(lar) çoğunlukla ülke içi yer değiştirmelere yol açsa da, sınır ötesine doğru yer değiştirmelere de benzer koşulların neden olduğu bilinmektedir. Uluslararası ve bölgesel hukuki düzenlemelerin hiçbiri bu nedenle yer değiştiren kişiler konusuna açıklık getirmemektedir. Kuraklık ve çölleşme gibi iklim değişikliklerine bağlı durumlar genellikle ülke içinde yerinden edilme ile sonuçlanırken, yavaş seyirli ve uzun zaman içinde oluşmaları nedeniyle sebep oldukları yer değişmelerin tespit edilmesi güçleşmektedir (1).

### Dünyada güncel durum

Yer değiştiren toplulukların sayısında gün geçtikçe artış olduğu dikkati çekmektedir (Tablo 1).

Dünyada 2015 yılı içinde her gün 34.000 insan, toplamda 65,3 milyon kişi çatışmalar ve kötü muamele nedeniyle zorunlu olarak yer değiştirmiştir. Bu kişilerin (8,6 milyonu ülke içinde yer değiştiren) 12,4 milyonu yaşamlarında ilk kez yer değiştirmek zorunda kalan insanlardır ve resmi kayıtlara göre bugüne kadarki en yüksek rakamlara ulaşılmıştır. Yer değiştiren 65,3 milyon kişinin 21,3 milyonunu mülteciler, 3,2 milyonunu sığınmacılar ve 40,8 milyonunu ülke içinde yerinden edilmiş kişiler oluşturmaktadır.

Mültecilerin yarından fazlası Suriye (4,9 milyon), Afganistan (2,7 milyon) ve Somali'den (1,1 milyon) ayrılarak başka ülkelere sığınmışlardır (11).

Uluslararası literatürde belirtildiği üzere mültecileri kabul eden ülkeler arasında 2015 yılında Türkiye ilk sırada yer almaktadır (2,5 milyon kişi). Türkiye'yi Pakistan (1,6 milyon), Lübnan (1,1 milyon), İran (979.400 kişi), Etiyopya (736,100) ve Ürdün (664,100) izlemektedir (11). Günümüzde Orta Doğu ve Afrika'da ortaya çıkan yeni kriz durumları, Suriye, Afganistan, Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Sudan ve Somali'de devam eden çatışmalar, kitlesel yer değiştirme hareketlerinin kaynağını oluşturmaktadır. 2014 yılında 219.000 mülteci ve göçmen Akdeniz'i geçerek Avrupa bölgesine ulaşmıştır. Bu rakam 2011'deki Arap Baharı sırasında yaşanan göçlerin yaklaşık üç katıdır. Avrupa bölgesine olan göçlerin yaklaşık yarısını Suriye'den ayrılan insanlar oluşturmaktadır. Birleşmiş Milletler Yüksek Komiserliği'nin raporlarına göre yaklaşık 3500 insan, Avrupa'ya ulaşmak için çıktıkları yolda Akdeniz sularında kaybolmuş ve hayatlarını kaybetmiştir (10).

### Türkiye'de güncel durum

Son yıllarda Suriye'den yoğun bir biçimde sığınmacı akını ile karşı karşıya kalan Türkiye, coğrafi konumu nedeniyle tarih boyu göçlere şahit olmuştur. Son 50 yılda Bulgaristan, İran, Afganistan ve Irak, Türkiye'ye göçlerin kaynağını oluşturan başlıca ülkeler olmuştur. Cumhuriyetin ilanından 1989 yılına kadar Bulgaristan'dan yaklaşık 800.000 kişi göç ederken, 1979 İran devrimi sonrası dönemde yaklaşık bir milyon kişi Türkiye'ye göç etmiştir. Körfez savaşının yaşandığı 90'lı yılların başında 467.489 kişinin Irak'tan ayrılarak Türkiye'ye gelmiştir. Bu göçler dışında Bosna ve Kosova'daki savaşlar nedeniyle 1992-

**Tablo 1.** Yer değiştiren toplulukların yıllara ve ulaştıkları bölgelere göre dağılımı (10)

Yıl	Afrika	Amerika	Asya ve Pasifik	Avrupa	Orta Doğu ve Kuzey Afrika	Toplam
2015	4,403,907	362,599	3,229,642	2,933,761	4,023,032	50,643,469
2014	3,619,797	509,341	3,568,538	3,089,398	2,898,533	54,945,465
2013	2,889,910	514,796	3,267,531	1,775,087	2,556,538	42,876,577
2012	2,748,442	515,346	3,299,340	1,797,099	1,519,027	35,833,335

**Tablo 2.** Türkiye’de 30.09.2015 itibariyle kayıtlı mülteci ve sığınmacıların yaş, cinsiyet ve geldikleri ülkelere göre dağılımı (12)

Ülke	1-4		5-11		12-17		18-59		>60		Toplam
	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	
Afganistan	2567	2720	4095	4750	2639	4475	11778	33367	349	475	67215
İran	472	483	816	944	515	773	6473	11530	158	161	22325
Irak	6062	6395	9187	10180	5687	6921	26029	39868	1930	1790	114049
Somali	110	137	235	253	253	260	1390	1520	36	41	4235
Diğer	272	268	327	411	204	260	3010	5881	85	110	10828
Toplam K/E	9483/10003		14660/16538		9298/12689		48680/92166		2558/2577		218652

1999 yılları arasında yaklaşık 37.000 kişi Türkiye’ye göç ettiği bilinmektedir (13).

Türkiye 2014 yılında en fazla sayıda mülteci ve sığınmacının giriş yaptığı ülke konumuna gelmiş ve yaklaşık 10 yıldır ilk sırada yer alan Pakistan’ı geride bırakmıştır (10). Mülteci ve sığınmacı girişi 2015 yılında da artarak devam etmiş ve Türkiye ikinci kez en fazla sayıda mülteci ve sığınmacının giriş yaptığı ülke olmuştur. Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği’nin 2016 Temmuz verilerine göre Türkiye’de 2.728.000 Suriyeli bulunmaktadır. Nüfusun yaklaşık yarısını (% 49,2) kadınlar oluştururken, % 19,9’unu 0-4 yaş arası çocuklar oluşturmaktadır (14).

Suriye dışındaki ülkelerden gelerek Türkiye’ye giriş yapan mülteci ve sığınmacılarla ilgili rakamlar Tablo 2’de gösterilmiştir (15).

Türkiye’de Ağustos 2016 itibariyle kayıtlı bulunan Suriyeli sayısı 253.487 kişi olarak bildirilmektedir ve buldukları iller ve çadır-kentlerin yerleşim yerleri aşağıda listelenmiştir (16).

- Hatay (Altınözü 1-2 çadır kentleri, Yayladağı 1 çadır kenti, Yayladağı 2 konteyner kenti, Apaydın konteyner kenti, Güveççi çadır kenti),
- Gaziantep (İslahiye 1-2 çadır kentleri, Nizip 1 çadır kenti, Nizip 2 konteyner kenti, Karkamış çadır kenti),
- Şanlıurfa (Ceylanpınar, Akçakale, Viranşehir, Suruç çadır kentleri/Harran konteyner kenti)
- Kilis (Öncüpınar, Elbeyri Beşiriye konteyner kentleri),
- Mardin (Midyat, Nusaybin, Derik çadır kentleri),
- Kahramanmaraş (Merkez çadır kenti),
- Osmaniye (Cevdetiye çadır kenti),

- Adıyaman (Merkez çadır kenti),

- Adana (Sarıçam çadır kenti),

- Malatya (Beydağı konteyner kenti) (16).

### Yer değiştirme ve beraberinde getirdiği sorunlar

Dünyadaki mültecilerin üçte ikisi beş yılı aşkın süredir sürgün koşullarında yaşamaktadır ve büyük çoğunluğu için bu durumun ne kadar süreceği belirsizliğini korumaktadır. Gelişmekte olan ülkeler her beş mülteci den dördünü barındırırken, mültecilerin yarıdan fazlası kamplar yerine kentsel alan içinde yaşamaktadır (17).

Kentsel alandaki mülteciler koruma ve yardım alabilecekleri alanların dışında, güvenli barınma ve sosyal destek olanaklarından uzak dağınık bir biçimde yaşamaktadır. Gerekli kayıt, izin ve belgelere sahip değildir ve bu nedenle gıda dağıtımı, sağlık ve eğitim hizmeti alamamaktadır. Yasal olarak çalışma olanaklarının olmaması çocuklar, kadınlar ve yaşlılar gibi “incinebilir” gruplar yönünden risk oluşturmaktadır.

Şehirlerdeki mülteciler ayrımcılık, şiddet, zorla tahliye, sınır dışı edilme ve geri gönderilme, tecavüz, taciz, insan kaçakçılığı, vb. durumlarla karşı karşıyalardır. Bu gruplar zaman zaman insan ticareti, seks işçiliği ve örgütlü suçların hedefi haline gelebilmektedirler. Kentsel alandaki varlıkları o kentteki altyapı, barınma, sağlık ve sosyal servisler yönünden yetersizlikleri arttırabilmekte ve durum yerel halkla mülteciler arasında gerginliklere neden olabilmektedir (1).

### Sağlıkla ilgili öne çıkan riskler

Mülteciler sağlık sorunları yönünden sığındıkları ülkelere benzer özellikte sorunları olmalarına karşın, bazı sağlık sorunları yönünden risk altında olduklarının bilinmesi gerekmektedir.

Yanık, yaralanma, kaza, kalp ve damar hastalıkları, hipertansiyon, diabetes mellitus gibi kronik hastalıkların kontrolü sorunları, vb. öne çıkan sorunlar arasındadır. Boğulmalar da ülke sınırları deniz yoluyla geçmeye çalışan sığınmacılar için ciddi bir risktir (18). Diyabet ve hipertansiyon gibi bulaşıcı olmayan hastalıkların gelişmekte olan ülkelerdeki sıklığı %23-35 arasında değişmektedir ve göç veren ülkelerin tamamına yakınına gelişmekte olan ülkeler oluşturmaktadır. Uzun ve düzenli takipler, akut komplikasyonlara müdahale, ilaç ve destekleyici cihaz gerektiren tedaviler hastalık sürecinin yönetiminde önemli yer tutmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişimin kısıtlanması ve kronik hastalıkların tedavi sürecindeki aksaklıklar bulaşıcı olmayan hastalıklara bağlı morbidite ve mortalite artışından önemli ölçüde sorumludur (18, 19).

Dünya genelinde mültecilerin %41'i çocuk yaşta ve yaklaşık yarısını kadınlar oluşturmaktadır (17). Toplumsal cinsiyet, belirli bir toplum ya da kültürün kadın ve erkeğe cinsiyetlerinden ötürü yüklediği/biçtiği roller olarak tanımlanmaktadır. Bu roller genellikle kadınları toplumda, toplumsal yaşamda erkeğe göre daha geri bir konuma itmektedir. Üreme sağlığı ile ilgili farklı sorunlar bu konuda gündeme getirilebilir, ancak, yer değiştirme ile de ilgili olarak her türlü şiddetin toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin de beslediği öncelikli bir sonuç olduğu unutulmamalıdır. Yer değiştirme durumlarında şiddete ek olarak iletişim sorunları, çalışma olanaklarında ve sağlık hizmetlerine erişim olanaklarında kısıtlılıklar da kadınların yaşadığı sorunlar arasındadır (20). Bulaşıcı olmayan hastalıkların takibinde yaşanan sorunlar gebelik komplikasyonları olarak ortaya çıkmakta, bebek ve annenin yaşamını tehdit etmektedir. Çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonları, ishalleri hastalıkları öne çıkan sorunlar arasındadır. Ayrıca, gerekli hijyen koşullarının sağlanamaması nedeniyle cilt enfeksiyonları sıklığında artış olmaktadır (18).

Yer değiştiren kişiler savaş, çatışma ya da ekonomik kriz ortamlarında ülkelerini tek ederek geldikleri yerleşim yerlerinde de bazı risklerle karşı karşıyadırlar. Bu risklerin çoğunluğu kötü yaşam koşulları ile ilgilidir. Yoksulluğun, barınma olanaklarının olmamasının hastalıklara zemin hazırlama açısından önemini unutmamak gerekir (18).

Yer değiştirmelerin tamamı, yaşamsal tehlikeleri beraberinde getirmektedir. Özellikle büyük topluluklar halinde olan yer değiştirmeler, çok sayıda kayıp ile sonuçlanabilen acil durumlardır. Mültecilerde mortalite açısından en riskli dönem, yeni akınların yaşandığı ilk bir gün ve haftadır. Bu dönemde mortalite riskinin topluma ve daha uzun süredir mülteci olanlara göre daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. İlk günlerdeki bu risk artışını önlemenin tek yolu, yaşamsal öneme sahip konularda uygun hazırlığın ve yanıtın sağlanması ile mümkündür. Bu dönemdeki en önemli morbidite ve mortalite nedenleri kızamık, ishalleri hastalıklar, akut solunum yolu enfeksiyonları, malarya ve malnutrisyondur. Malnutrisyon ölümlerde hem birincil ve ikincil neden olarak yer almakta, özellikle beş yaş altı çocuklarda doğrudan ölüme neden olabilen bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (21).

#### **Yer değiştiren insanların hakları**

Mülteci ve sığınmacılar sosyal ve hukuksal hakları açısından tehlikede olan, incinebilir gruplardır. Mülteci ve sığınmacılar konusunda uluslararası ve ulusal pek çok düzenleme olmasına karşın, bu düzenlemelerin gün geçtikçe değişen ve çeşitlenen yer değiştirme sorununa hukuki bir açıklık getirmede yetersiz kaldığı görülmektedir (1,22).

Küreselleşme ve dünya geneline yayılan neoliberal politikalar, sosyal haklar konusunda özellikle incinebilir grupları risk altına sokmaktadır. Bu süreç ile birlikte mülteciler ve sığınmacılar konusuna çözüm arayışlarının yardım kuruluşları aracılığı ile yürütülmesi anlayışının yaygınlaşması, devletlerin bu konudaki sorumluluklarını göz ardı etmelerine sebep olmaktadır (22).

Mülteci ve sığınmacı hakları konusunda İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin 1951 Cenevre Sözleşmesi, 1967 Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin Protokol, Göçmen İşçininin Hukuki Statüsü Hakkında Avrupa Sözleşmesi başta olmak üzere pek çok uluslararası hukuki düzenleme olduğunu görülmektedir (23).

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde sığınma hakkı kavramına yer verilmiş olsa da uluslararası belgeler içinde mülteci ve sığınmacıların haklarına özel olarak düzenlenmiş ilk hukuki belge 1951

tarihinde Cenevre’de imzalanan *Mültecilerin Hukuki Durumuna Dair Sözleşme*’dir. Toplam 46 maddeden oluşan bu sözleşme ile mültecilerin sosyal konuları, konut edinme hakları, eğitim hakları ve sosyal yardım konuları açıklığa kavuşturulmuştur. Yine bu sözleşmede devletin mülteciler için çalışma ve sosyal güvenlik konularında adil davranması, maaş düzenlemeleri, toplu iş görüşmeleri, kadınların çalışması, mesleki eğitimleri ve iş sağlığı alanındaki hakları ele alınmıştır (22).

Türkiye mülteciler konusundaki ilk hukuki düzenleme olan Cenevre sözleşmesini ve 1967 tarihli Mültecilerin Hukuki Statüsüne İlişkin New York Protokolü’nü çekince koyarak imzalamıştır. Koyulan çekince ile Avrupa ülkelerinden gelen kişiler mülteci olarak kabul edilirken, Avrupa dışından gelenler başka bir ülkeye gidecekleri süreye kadar sığınmacı olarak kabul edilmişlerdir. Sığınmacı olarak kabul edilenlerin de barınma, sağlık, eğitim ve temel ihtiyaçlarının sağlanmasının Türkiye’nin sorumluluğu dahilinde olduğu belirtilmiştir. Avrupa dışından gelen mülteciler Türkiye’de ‘Geçici Koruma Statüsü’ne başvurmakta ve Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği yardımlarından faydalanmaktadır. Dünya genelinde mültecileri ve haklarını korumak ve bu kapsamda uluslararası faaliyetlerin yürütücülüğünü yapmak amacıyla Birleşmiş Milletler tarafından 1950 yılında Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği kurulmuştur. Yaklaşık 120 ülkede faaliyet gösteren örgüt dünya genelinde milyonlarca kişiye ulaşmaktadır (24).

#### **Aşağıda devletler tarafından sağlanması beklenen bazı haklar sıralanmıştır:**

1. Mahkemeye başvurma hakkı
2. Gelir getiren işte çalışma hakkı
3. Kendi işini kurma hakkı
4. Barınma hakkı
5. Eğitim hakkı
6. Sağlık hizmetine erişim hakkı (Sosyal yardım)
7. Varışta mülteci sayılma (prima facie) (25).

#### **Sağlık hakkı ile ilgili evrensel doküman ve yaklaşımlar**

Sağlık, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi, Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklara İlişkin Birleşmiş Milletler Sözleşmesi, Avrupa Şartı gibi

pek çok uluslararası belgede bir “insan hakkı” olarak tanımlanmaktadır (26).

Mültecilerin haklarının düzenlendiği 1951 Cenevre sözleşmesinde doğrudan sağlık hakkı ile ilgili bir madde bulunmamaktadır ancak bu sözleşmede belirtilen sosyal haklar sağlık hakkını da kapsamaktadır. Mültecilere özel olarak belirtilmemiş olsa da bahsedilen uluslararası sözleşmelerin mülteciler için de kapsayıcı olduğu unutulmamalıdır (27).

Evrensel bir hak olan sağlık hakkı tüm insanlar ve dolayısıyla mülteciler için ne ifade etmektedir? Dünya Sağlık Örgütü anayasası sağlığı “sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, ruhen, bedenen ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali” olarak tanımlar. Sağlığı, sağlığın yokluğunu derecelendiren ölçümlere dayanarak değerlendirmek, bu tanımın önemli bir bileşeni olan sosyal iyilik halinin doğru anlaşılmasında ve gereklerinin sağlanmasında en büyük engellerden birini oluşturmaktadır (28). Toplumun tüm bireyleri için olduğu gibi yer değiştirme sorunu ile karşı karşıya kalan tüm bireyler için de sağlık hakkı, ruhen ve bedenen korunabildiği durumlarda bile sosyal iyilik hali bileşeni açısından tehlike altında kalmaya devam etmektedir.

Yer değiştirme durumlarında sağlığın ve sağlık haklarının korunması ancak sağlık için gerekli ön koşulların yeni geldikleri ülkelerde sağlanabilmesi ile mümkündür. Ottawa bildirgesinde bu ön koşullar barınma, eğitim, gıda, gelir, istikrarlı bir eko-sistem, sürdürülebilir kaynaklar, sosyal adalet ve hakkaniyet olarak tanımlanmıştır (29). Yer değiştiren kişiler ayrıldıkları ülkelerde, göç yolları üzerinde ve geldikleri yeni ülkelerde bu ön koşulların tümü açısından kırılgan bir grup haline gelmektedir. Göç etmek sağlık için doğrudan bir tehlike olarak görülmezken, tüm bu süreçte maruz kalınan olumsuz koşullar göç eden toplulukları sağlık açısından riskli hale getirmektedir. Sağlık hizmetlerine erişimde kısıtlılıklar, zorla kısırlaştırılma ve tedavi edilme, hizmet sunumunda ayrımcılığa uğrama gibi pek çok durum göç eden topluluklar özelinde tehlike oluşturmaktadır. Sağlık için gerekli ön koşulların sağlanamadığı durumlarda yer değiştiren gruplar, kötü sağlık ve yoksulluk arasındaki kısır döngü içinde kaybolmaktadır (27).

Sağlığın sosyal belirleyicileri ilk bakışta hastalıkların doğrudan nedeni olarak görülmemekle birlikte, aslında sağlık sorunlarının -nedenlerinin nedenlerini- oluştururlar. Yer değiştiren kişilerin yaşamakta olduğu toplum içinde karşılaştığı sosyal, kültürel, çevresel ve ekonomik eşitsizliklerin tümü, yaşam kalitesi, sakatlık ve hastalık olmadan geçirilen yaşam yılları ve iyi sağlık ile doğrudan ilişkilidir. Sağlığın sosyal belirleyicilerine ilişkin sorunlar, yer değiştiren kişileri ve toplumu sadece sosyal, politik ve ekonomik sorunlar boyutuyla değil, etik ve ahlaki sorunlar boyutuyla da ilgilendirmektedir (30, 31)

Göçmen ve sığınmacıların sağlık haklarının tanınması, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'ndeki ülkelerde sağlık hizmetleri ile ilgili altyapısı ve sağlık harcamalarından bu konuya ayrılan pay ile ilişkili bir durumdur. Ülkelerin rutin sistemleri içerisinde olağan olmayan bu koşulların farklılığı da durumu daha karmaşık hale getirebilmektedir (32).

Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili konular 2014/6883 sayılı Geçici Koruma Yönetmeliği ile belirlenmiştir. Bu yönetmelik uyarınca yer değiştirmek zorunda kalarak ülkeye

giriş yapan kişiler için temel sağlık hizmetleri ve acil sağlık hizmetleri, Sağlık Bakanlığı Koordinasyonunda bedelsiz olarak sunulmaktadır. Birinci basamakta sunulan sağlık hizmetleri, Halk Sağlığı Müdürlükleri merkez ve taşra teşkilatları tarafından sunulmaktadır. Birinci basamakta ve sevk edilen kurumdaki sağlık hizmetlerine ait harcamalar, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sağlık uygulama tebliğinde genel sağlık sigortalılar için belirlenen tutarları aşmayacak biçimde karşılanmaktadır. Sağlık hizmetlerine ilişkin faturalar T.C. Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD) tarafından ödenmektedir (33).

### Önlemler ve öneriler

Yer değiştiren toplulukların sorunlarına ilişkin alınacak tüm önlemler ve çözümler, hak temelli yaklaşımların benimsenmesi ve bu temel yaklaşımda fikir birliğinin sağlanmasını gerektirmektedir. Ülkeler arası çok yönlü işbirliğinin ve uluslararası sözleşmelere uyumun geliştirilmesi, bu sorunla mücadeleyi evrensel boyutta güçlendirecektir. Göç eden topluluklara duyarlı bir sağlık politikası ve sağlık hizmetlerine adil bir biçimde erişimi sağlayacak sağlık sistemler



Erişim Adresi: <http://www.cbc.ca/news/trending/how-to-sponsor-a-refugee-syria-canada-1.3215814>



geliştirilmelidir. Göç eden toplulukların sağlığını değerlendiren bilgi sistemlerinin kurulması ve doğru uygulamalar konusunda bilgi paylaşımı sağlanması, yer değiştirmelerin nedenlerine ve gelen grupların sosyokültürel özelliklerine yönelik güncel çözümlerin üretilmesinde yararlı olacaktır. Bu süreçte önemli rol oynayacak olan sağlık hizmet sağlayıcıları ve sağlık profesyonelleri için, kültürlere ve toplumsal cinsiyet sorunlarına duyarlı özel eğitimler arttırılmalıdır (34).

Birinci basamak sağlık kurumlarında görev yapan hekimlerin de içinde olduğu sağlık çalışanları yukarıda tanımlanan "zor" ve "karışık" koşullarda, bireylere ve topluma sağlık hizmeti sunumunun düzenlenmesi ve sunumu için temel bir rol üstlenmelidirler, üstlenmektedirler. Bu önemli sorumluluğun kesintisiz olarak yerine getirilebilmesi için ise bütün önlem ve uygulamaların destekleyici olabilmesi önemlidir (35).

Sağlık alanındaki bu uygulamaların gündelik yaşamın diğer kesitlerine denk gelen başlıkları (hukuksal, ekonomik, vb) ile de uyumlu olabilmesi önemlidir.

Ülkede sağlık hizmetlerine erişimin en önemli belirleyicisi göç eden toplulukların hukuki statüleridir. Sağlık hizmetlerine hızlı erişimin sağlanması, hastalıkların yayılması ve kontrolünün yapılmasını mümkün kılacak, ülke vatandaşlarının göç eden topluluklar konusundaki gereksiz

endişelerini ortadan kaldıracaktır. Diyabet, hipertansiyon gibi kronik hastalıkların kontrolsüzce ilerleyerek yaşamı tehdit eden boyutlara gelmesi önlenebilecektir (34).

Dünya Sağlık Örgütü tarafından mülteciler için önerilen zorunlu bir tarama programı bulunmamaktadır. Zorunlu taramaların uygulanması bu toplulukların sağlık hizmeti almaktan uzaklaştırmakta, yüksek riskli hastalıkların tespiti zorlaşmaktadır. Önerilen tüm mülteci ve göçmen toplulukların sağlık hizmetlerine erişimlerinin ülkeye giriş yaptıkları andan itibaren sağlanması, bu hizmetlerin insan haklarına ve kişisel saygınlıklarına uygun biçimde sunulmasıdır (19, 34). Ancak 2013'te Suriye'de görülen vahşi polio virüs salgını sonrasında olduğu gibi, mültecilerin salgın görülen ya da bulaşıcı hastalığın endemik olduğu bir bölgeden yeni bir ülkeye gelişleri söz konusu olduğunda, mültecilerde risk taşıyan grupların ilgili etkenler yönünden taranması hastalıkların kontrolü açısından gerekli müdahalelerdir (36,37).

Yer değiştirmeler gibi kriz durumlarında halk sağlığına ilişkin öncelikler ve ihtiyaçlar açık ve net bir çizgide ilerlememekte, süreç boyunca ciddi derecede değişime ve dönüşüme uğramaktadır. Mültecilerin bir ülkeye geldikleri andaki ihtiyaçları (barınma, beslenme, temiz su ve temel sağlık bakımı) ile aynı bölgeden birkaç ay önce göç etmiş ve kamplarda yaşamakta olan grupların ihtiyaçlarının (aile planlaması, kronik sağlık



Erişim Adresi: <https://swedishsurveyor.wordpress.com/tag/syria/>

sorunlarına ilişkin tıbbi bakım ve rehabilitasyon) farklılık göstereceği unutulmamalıdır (38).

Gelişmekte olan ülkelerde mültecilerle ilgili halk sağlığı surveyans hedefleri, ölümler, malnütrisyon ve aşı ile önlenabilir hastalıklar konularını içermelidir. Özellikle bebek ve çocukları da kapsayan riskli gruplar öncelikli olmalıdır. Bu gibi olağan olmayan durumların ardından dış kaynaklarla yeni bir surveyans sistemi kurmaya çalışmak yerine, ülke içinde var olan sistemlerin yeniden gözden geçirilmesi çok daha etkili olmaktadır. Yer değiştirmelerin ön görülemez niteliği de göz önüne alınarak, korunma, erken uyarı ve hazırlık çalışmaları, sorunların çözümüne yönelik politik, sosyal, kültürel, ekonomik ve toplum tabanlı faaliyetlerle ilgili çabaları da içerecek biçimde yürütülmelidir (38).

**İletişim:** Dr. Özge Yavuz Sarı

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

## Kaynaklar

1. <http://www.un.org/en/globalissues/briefingpapers/refugees/nextsteps.html> Erişim Tarihi: 28.10.2015
2. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/r6/index.html> Erişim Tarihi: 28.10.2015
3. <http://www.unhcr.org/news/latest/2016/6/5763b65a4/global-forced-displacement-hits-record-high.html> Erişim Tarihi: 03.08.2016
4. [http://www.goc.gov.tr/files/files/goc\\_terimleri\\_sozlugu.pdf](http://www.goc.gov.tr/files/files/goc_terimleri_sozlugu.pdf), Uluslararası Göç Örgütü, Göç Terimler Sözlüğü, Erişim Tarihi: 28.10.2015
5. <https://www.iom.int/key-migration-terms>, Erişim Tarihi: 03.08.2016
6. [http://www.goc.gov.tr/icerik3/multeci\\_409\\_546\\_549](http://www.goc.gov.tr/icerik3/multeci_409_546_549), Erişim Tarihi: 29.10.2015
7. <http://www.unhcr.org.tr/?page=61> (Erişim Tarihi: 29.10.2015)
8. [http://madde14.org/index.php?title=Var%C4%B1%C5%9Fta\\_M%C3%BCteci](http://madde14.org/index.php?title=Var%C4%B1%C5%9Fta_M%C3%BCteci) (Erişim Tarihi: 29.10.2015)
9. <http://www.forcedmigration.org/about/whatisfm>, Erişim Tarihi: 28.10.2015
10. <http://unhcr.org/556725e69.pdf>, Erişim Tarihi: 30.10.2015
11. <http://www.unhcr.org/576408cd7> Erişim Tarihi: 03.08.2016
12. <http://reporting.unhcr.org/population>, Erişim Tarihi: 03.08.2016
13. [http://www.goc.gov.tr/icerik3/kitlesel-akinlar\\_409\\_558\\_559](http://www.goc.gov.tr/icerik3/kitlesel-akinlar_409_558_559), Erişim Tarihi: 29.10.2015
14. (<http://data.unhcr.org/syrianrefugees/country.php?id=224>) Erişim Tarihi: 03.08.2016
15. [http://www.unhcr.org.tr/uploads/root/tr\(30\).pdf](http://www.unhcr.org.tr/uploads/root/tr(30).pdf), Erişim Tarihi: 29.10.2015
16. <https://www.afad.gov.tr/tr/2372/Afet-Raporu-Suriye> Erişim Tarihi: 03.08.2016.
17. <http://www.un.org/en/globalissues/briefingpapers/refugees/index.shtml>, Erişim Tarihi: 03.08.2016.
18. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/news/news/2015/09/population-movement-is-a-challenge-for-refugees-and-migrants-as-well-as-for-the-receiving-population/frequently-asked-questions-on-migration-and-health>, Erişim Tarihi: 30.10.2015
19. <http://www.ttb.org.tr/index.php/goc.html>, Erişim Tarihi: 26.12.2015.
20. <http://www.unhcr.org/3f696bcc4.pdf>, Erişim Tarihi: 30.10.2015.
21. <http://www.unhcr.org/3ae68bf424.htm> Erişim Tarihi: 30.10.2015
22. <http://www.sosyalhaklar.net/2014/bildiriler/recber.pdf> Erişim Tarihi: 01.11..2015
23. İnternet] [http://www.goc.gov.tr/icerik/uluslararası-mevzuat\\_327\\_340](http://www.goc.gov.tr/icerik/uluslararası-mevzuat_327_340), Erişim Tarihi: 01.11..2015
24. <http://www.unhcr.org.tr/?page=52>Erişim Tarihi: 01.11.2015
25. <http://www.goc.gov.tr/files/files/multec%C4%B1ler%C4%B1nhukuk%C4%B1statusune%C4%B1%C4%B1sk%C4%B1nsozlesme.pdf>, Erişim Tarihi: 30.11.2015
26. [http://www.who.int/hhr/activities/Right\\_to\\_Health\\_factsheet31.pdf](http://www.who.int/hhr/activities/Right_to_Health_factsheet31.pdf) Erişim Tarihi: 04.11.2015
27. [http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml\\_19.pdf](http://publications.iom.int/system/files/pdf/iml_19.pdf).Erişim Tarihi: 03.11.2015
28. Güler Ç. (2007). John M. Last'tan Sözler. Ankara. Yazıt Yayıncılık, s:6.
29. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.Erişim Tarihi: 5.11.2015
30. <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/s2/>, Erişim Tarihi: 03.11.2015
31. <http://www.halkinsagligi.org/sagligin-sosyal-belirleyicileri-ve-hekimler-kayihan-pala/>, Erişim Tarihi: 03.11.2015
32. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/289246/WHO-HEN-Report-A5-2-Refugees\\_FINAL.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/289246/WHO-HEN-Report-A5-2-Refugees_FINAL.pdf?ua=1), Erişim Tarihi: 03.11.2015
33. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/10/20141022-15.htm>, Erişim Tarihi: 03.11.2015.
34. <http://www.who.int/features/qa/88/en/> Erişim Tarihi: 03.11.2015).
35. İlhan B, Aslan D. Istanbul Symposium on War, Migration and Health, World Medical Journal June 2016;62(2):66-67.
36. Böttcher S, Neubauer K, Baillot A, Rieder G, Adam M, Diedrich S. Stool screening of Syrian refugees and asylum seekers in Germany, 2013/2014: Identification of Sabin like polioviruses. Int J Med Microbiol. 2015 Oct;305(7):601-6.
37. Scott KC, Taylor EM, Mamo B, Herr ND, Cronkright PJ, Yun K, Altshuler M, Shetty S, Hepatitis B screening and prevalence among resettled refugees - United States, 2006-2011, MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2015 Jun 5;64(21):570-3.
38. Maxcy-Rosenau-Last, Public Health and Preventive Medicine (2008), Fifteenth Edition, Mc Graw Hill Medical, sf:1288-1299.

Dr. Zeynep Sedef Varol<sup>1</sup>, Dr. Meltem Çiçeklioğlu<sup>2</sup>

Geliş/Received : 08.12.2015  
Kabul/Accepted: 22.04.2016

### Öz

Toplumsal cinsiyet sağlık statüsünü, sağlık risklerinin dağılımını, sağlık hizmetlerine erişimi, sağlık hizmet sunumunu etkileyen, sağlıkta iyilik halinin temel belirleyicilerinden biridir. Sağlık hizmet sunumu sürecinde cinsiyetçi uygulamalara dair eleştiriler “Erişim yanlılığı”, “Toplumsal cinsiyet rolü ideolojisi”, “Toplumsal cinsiyet eşitsizliği”, “Toplumsal cinsiyet körlüğü” olmak üzere dört başlıkta incelenmektedir. Bu çalışmanın amacı bu dört başlık altında tıp alanındaki cinsiyetçi uygulamaların hekimlerin sağlık hizmet sunumu sırasındaki davranışlarına yansımalarının tanımlanmasıdır.

**Anahtar sözcükler:** Toplumsal cinsiyet, Eşitsizlik, Tıp eğitimi, Sağlık hizmet sunumu

### Abstract

Gender is one of the primary determinant of well-being in health which effects health status, distribution of health risks, access to health services, delivery of health care. Criticisms regarding sexist practices in delivery of health care process are examined in four titles including “Male bias”, “Gender role ideology”, “Gender inequality”, “Gender blindness”. The aim of this study was to determine the reflections of sexist practices’ in the field of medicine on physicians’ behaviors during delivery of health care under these four titles.

**Key words:** Gender, Inequality, Medical education, Delivery of health care

<sup>1</sup> Arş. Gör.; Ege Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir  
<sup>2</sup> Prof.; Ege Ü. Tıp Fak. Halk Sağlığı AD, İzmir

## Giriş

Toplumsal cinsiyet, toplumda eril düşünce tarafından oluşturulmuş, toplumun cinsiyetlere atfettiği roller, davranışlar ve değerler dizisini ifade etmekte ve kadınlar için dezavantajlı bir eşitsizlik modelinin sürdürülmesine neden olmaktadır (1).

Dezavantaja ya da ayrımcılığa maruz kalan grupların daha avantajlı gruplara göre sistematik olarak daha kötü sağlığa sahip olmalarını ifade eden 'sağlık eşitsizlikleri' toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri ile kesilmektedir (2). Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin yarattığı sağlık etkileri toplumun farklı tabakalarındaki, farklı yaş gruplarındaki, farklı sosyal ilişki ağlarındaki kadınlarda değişkenlik göstermektedir (3,4). Örneğin İngiltere'de azınlık grubundan bir kadının gebelik ve doğumda ölüm riski daha yüksek sınıftaki beyaz bir kadından 20 kez daha fazladır (5). Birbirini kesen farklı sınıfsal, etnik, kültürel tabakalar göz önünde bulundurulduğunda kadınların homojen bir grup olmadığı rahatlıkla söylenebilir. Ancak toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin tüm sosyal sınıflar için ve her biçimiyle sağlıktaki eşitsizliklere etkisinin belirlenmesi, bu eşitsizliklerin ortadan kaldırılabilmesi için gereklidir (3).

Sağlık eşitsizlikleri 19. yüzyıl boyunca temel olarak toplumsal sınıfla ilişkilendirilmiş, ancak 1960'larda toplumsal cinsiyetle de ilişkilendirilmeye başlanmış ve 1980 sonrasında da toplumsal cinsiyet sağlığın temel ve sosyal belirleyicilerinden biri olarak kabul edilmeye başlanmıştır (3,6). Toplumsal cinsiyet sağlık statüsünü, sağlık risklerinin dağılımını, sağlık hizmetlerine erişimi, sağlık hizmet alımı aşamalarını etkileyen bir değişkendir (2). Tüm bu eşitsizliklerin yanı sıra hekimlerin kadın ile erkeğin arasındaki farklara ve eşitsizliklere dair tutumları, sağlık alanında eşitlik ve adalet açısından önemlidir (7). Ancak, hekimlerin bu meselelerde yanlılığı uzun bir süredir akademik literatüre de girmiştir (1,8-10). Bu yanlılık iki biçimde karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan birincisi hekimlerin kadın ve erkeğin sağlık risklerini eşit olmadığı halde eşit koşullarda ele almaları, ikincisi ise bir sağlık sorununu ortada sebep yokken toplumsal cinsiyet ile ilişkilendirmeleridir (10). Bu çalışmanın amacı tıp alanındaki cinsiyetçi uygulamaların hekimlerin

sağlık hizmet sunumu sırasındaki davranışlarına yansımalarının tanımlanmasıdır.

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği doğrudan tıp bilimi içinde üretilmemektedir ancak tıbbın içindeki mevcut bilgi ve uygulamalar bu eşitsizliği yeniden üretmektedir (11). Tıp alanındaki cinsiyetçi uygulamalara getirilen eleştiriler son 50 yıldır kadın hareketinin gündemindedir (11). Tıp bilimine yöneltilen bu eleştiriler dört ana başlıkta toparlanabilir: "Eril yanlılık/ Androsentrik " (Male bias), "Toplumsal cinsiyet rolü ideolojisi" (Gender role ideology), "Toplumsal cinsiyet eşitsizliği" (Gender inequality), "Toplumsal cinsiyet körlüğü" (Gender blindness) (12).

### Eril yanlılık (Male bias):

Sağlık alanında cinsiyet temelli araştırmalarda eril düşünce ve davranış biçimlerinin yanlılığa neden olduğunu ifade etmek için kullanılan bir terimdir (11). Örneğin erkeklerle özdeşleştirilen koroner arter hastalıklarıyla ilgili bilgi birikimi, daha çok kadın ile ilişkilendirilen romatizmal hastalıklarla ilgili bilgi birikiminden daha fazladır (12). Bu bilgi birikimi eşitsizliğinin sonucu olarak kadınlarda daha fazla görülen romatizmal hastalıklar, sağlık çalışanları tarafından daha önemsiz olarak görülmektedir. Norveç'de yapılan bir çalışmada hekimler ve tıp öğrencilerinden 38 hastalık tablosunu önem sırasına göre sıralamaları istenmiştir. Katılımcılar en önemli sağlık sorununu koroner arter hastalığı olarak belirlerken, daha çok kadında görülen artrit, fibromiyalji, anksiyete bozukluğu gibi hastalıklar sıralamada sonlarda yer almıştır (8). İngiltere'de birinci basamak hekimlerinin koroner arter hastalığı ile ilgili eril-yanlılığını belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada hekimler, koroner arter hastalığını erkek hastalığı olarak tanımlamıştır (13). Bu çalışmada, hekimlerde kadınlar için koroner arter hastalığı sürecinin 'müphem' olduğuna dair bir algı olduğu saptanmıştır. Yine aynı çalışmada yaşlı erkek hastalarda koroner arter hastalığı riskinin yaşlı kadın hastalara göre daha çok araştırıldığı saptanmıştır (13). İngiltere'de kadınlar için koroner arter hastalığının meme kanserinden 10 kat daha fazla öldüren bir hastalık, Avrupa bölgesinde koroner arter hastalığının kadınlar için daha riskli bir tablo olduğunu gösteren çalışmalar varken birinci basamak hekimlerinin eril-yanlı

tutumları koruyucu sağlık hizmetinden kadınların daha az yararlanmasına sebep olmaktadır (13). Sonuç olarak koroner arter hastalığı erken dönemde fiziksel aktivite-beslenme önerileriyle önlenebilecek-yavaşlatılabilecek bir hastalıkken birinci basamak hekiminin koroner arter hastalığını kadın için bir risk olarak görmeyen eril yanlı tutumu nedeniyle kadınlar koruyucu önlemlerden mahrum kalmaktadır (13).

Bu durumun tam tersi bir eril yanlılık tablosu da vardır: Örneğin üreme sağlığı konularında kadın cinsiyet kimliği ile ilişkili bilgi birikimine karşın erkek cinsiyet kimliği ve üreme sağlığı ile ilgili sorunlara dair daha az çalışma vardır (14). Ruh sağlığı ile ilgili araştırmalarda da benzer bir durum söz konusudur. Örneğin depresyon sıklığı kadınlarda erkeklerden iki kat fazla bulunmuştur (15). Ancak aradaki farkın ne kadarının erkeklerin toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle depresyon durumunda hastaneye başvurmaması ile sağlık kurumuna başvuran erkeklere depresyon tanısı konmaması nedeniyle olduğu net değildir. Noordenbos (15), 2:1 olan bu oranın depresyon tanısıyla maskülen özelliklerin çelişkili olmasıyla, erkeklerin depresyonunun daha çok tükenmişlik sendromu tanısı almasıyla ilişkili olabileceğini söylemiştir. Erkeklerde intihar sıklığının kadınlara göre daha fazla olmasını, erkeklere depresyon tanısı koyarken cinsiyet duyarlı yaklaşımın benimsenmemesi ile ilişkilendiren çalışmalar da vardır (16).

#### **Toplumsal cinsiyet rolü ideolojisi (Gender role ideology):**

Bu ideolojik yaklaşım toplumsal cinsiyetin, sağlık hakkına erişimi negatif olarak etkilemesine neden olmaktadır (12). Bu terim bir yanıyla da sağlık çalışanlarının ve hekimlerin hastaların cinsiyetine göre tutumunu ifade eder (11). Toplumsal cinsiyet rolü ideolojisi sağlık hizmet sunumunun değişik aşamalarında etkili olmaktadır. Örneğin Norveç’de yapılan bir çalışmada doktorların ve hemşirelerin kadın hastalara doğrudan negatif yaklaşma eğilimi içinde oldukları saptanmıştır. Bu çalışmada katılımcılar yanlı tutumlarının nedenlerini kadınların çok ve dağınık soru sormaları, daha fazla talepkar olmaları, sorunlarının saptanması için daha fazla iletişime gereksinim duyulması olarak belirtmişlerdir (17). Oysa yapılan araştırmalarda kadınların sağlık

sorunlarını daha çok sosyal bağlamda ele aldığı, erkeklerince bedenlerindeki problemi bir makinanın teknik bir sorunu gibi aktardığı gösterilmiştir (11).

Kadınlar yalnızca kadın oldukları için doğrudan bir eril yanlılığa bağlı ayrımcılığa uğrayabilmekteyken tanı koyma aşamalarında da bu yanlılık sürmektedir. Örneğin Adams ve arkadaşlarının (13) çalışmasında hekimlerin koroner arter hastalığı olan kadınların belirtilerini psikolojik nedenlere bağlama eğilimiyle kanıt aradıkları gösterilmiştir.

Sağlık hizmet sunumundaki bu durum tıp alanında teorinin üretim aşamasında, seksist bir dil olarak da karşımıza çıkar. Bowker (18), infertilite konusunda kullanılan terminolojinin toplumsal cinsiyet duyarlılığı ile ilgili bir derleme yapmış ve bu derlemede incelediği bir makalede “sperm fonksiyonunu yerine getiremezse bunun sebebi kadının üreme kanalının ‘konuksever’ (inhospitale) olmamasıdır” şeklinde bir ifadenin bulunduğunu bildirmiştir. Yine aynı derlemede Bowker, erkeğin otoimmün sisteminin infertiliteye neden olması durumunda “sperm antibody” terimi kullanılırken kadında sperme karşı “antibody” olduğunda bunun kadının “servikal/ mukus karşıtlığı” (mucus/ cervical hostility) olarak tanımlanmasının bias olduğunu bildirmiştir (18).

Toplumsal cinsiyet rolü ideolojisi feminen ve maskülen ayrımının güçlenmesine neden olmaktadır. Erkeğe rol olarak biçilen ve bir hegemonya alanı olarak vaat edilen ‘maskülen davranış kalıbı’ erkek için sağlığı tehdit eden risklere neden olmaktadır. Erkekler sakatlık ve ölümlü sonuçlanan riskli davranış kalıbı içinde olma, hastalıklarını inkar etme, sağlık kontrollerini ya da tedavilerini yaptırmama eğilimindedir (4). Özellikle adolesan yaş grubunda olmak üzere cinsel yolla bulaşan hastalıklar, HIV geçişi, trafik kazaları, intiharlar maskülen davranış kalıbı nedeniyle erkeklerde riski artan durumlardır (19,20). Maskülen davranış kalıbını normalleştirme hekimlerin tanı ve tedavi aşamasında cinsiyetçi yaklaşımlarına neden olabilmektedir. Örneğin erkek çocukları kız çocuklarına göre daha fazla dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, davranış bozukluğu tanısı almaktadır (11). Ancak her ne kadar bu

bozukluklarda ilaç tedavisi popüler duruma gelmiş olsa da tabloların 'maskülen' olmakla ilişkilendirilmesi tedavinin başlanmasında gecikmelere neden olabilmektedir (21).

### **Toplumsal cinsiyet eşitsizliği (Gender inequality):**

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği hem kadın hem erkek için tam olarak sağlıklı olabilmelerinin önünde ciddi bir bariyerdir. Sağlık alanında kadın erkek arasında eşitsizlik ve farklılıkların oluşmasında biyolojik cinsiyetin yanı sıra sağlık hizmetlerinde cinsiyetçi bakış açısının da önemli etkisi vardır (11).

Endüstrileşmiş ülkelerde kadınlar erkeklere göre daha fazla hastaneye gitmekte ve daha fazla ilaç almaktadır (3). Bu ilk bakışta toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile ters düşen bir durum gibi görünmektedir. Ancak bu durum, ağır hastalıklara özgü tedavi süreçlerine kadınların ulaşamamakta olduğu gerçeğinin üstünü örtmektedir (3). İngiltere'de iskemik kalp hastalığı olan 5891 kadın ve erkeğin ulusal veri tabanındaki verileri üzerinden veri birikimi ve tedavi karşılaştırılması yapılmış, tetkiklerin açıkça eril yanlılıkla toplandığı saptanmıştır. Bu çalışmada ikincil koruma için kayıt altına alınan vücut kitle indeksi, kolesterol düzeyi, kan basıncı gibi ölçümlerin kadınlarda daha az yapıldığı, buna karşın erkeklere daha fazla aspirin reçete edildiği gösterilmiştir (22).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sağlık sonuçlarının görüldüğü bir alan da işçi sağlığı alanıdır. Globalleşen dünyada kadınların iş gücü piyasasında tuttuğu yer artmıştır ancak mesleki riskler toplumsal cinsiyetten ve kadına yönelik ayrımcılığın iş alanındaki yansımalarından bağımsız ele alınmaktadır (6). Örneğin İsveç'te kadın işçilerin çalışma yaşamına bağlı hastalık yükü erkeklerinki kadar göz önünde bulundurulmamış ve kadınların çalıştıkları çevresel koşullar göz ardı edilmiştir. Bu yüzden İsveç'te %14'lük çalışamaz durumda olan işçi gücünün %63'ünü kadınlar oluşturmaktadır (6).

### **Toplumsal cinsiyet körlüğü (Gender blindness):**

Kadınların sağlık sorunlarını ele alırken üreme sağlığı alanı dışında diğer ilişkili ve etkili faktörlerin gözden kaçırılması sağlık alanında toplumsal cinsiyet körü yaklaşımın temel sebebidir

(12). Zira biyolojik arka planı temel alarak üretilen bilim, kadının sağlık risklerini bağlamından kopuk ve depolitize olarak ele almaya neden olan körlük halidir (6).

Kadın-erkek arasındaki güç asimetrisi ve toplumsal cinsiyet normları klinikte, tıbbi araştırmalarda ve eğitimde biasa neden olmaktadır (11). Mesela sağlık alanında eşitsizliklerle ilgili yapılan çalışmalar daha çok erkekler üzerine yapılmaktadır (23). Tarihsel olarak tıp eğitiminin erkek anatomisi üzerinden yapılandırılmış olması da toplumsal cinsiyet körü yaklaşımının bir örneğidir. Norm olarak yalnızca erkek bedeni üzerinde yapılan çalışmalara göre hastalıkların refere edilmesi, tedavi aşamalarında toplumsal cinsiyetin, çevrenin, psikososyal etkilerin göz ardı edilmesine neden olmuştur (9). Bunun sonucunda tüberküloz, böbrek hastalıkları, depresyon gibi hastalıkların tanı-tedavi aşamalarında cinsiyet eşitsizliği oluşmuş ve bu eşitsizlik yeniden üretilmiştir (1,9,24).

Toplumsal cinsiyet körü yaklaşımıyla ilgili olarak üzerinde durulması gereken bir başka nokta ise sağlık çalışanlarının cinsiyetinin bu yaklaşımı nasıl etkilediği ile ilgilidir. Yapılan çalışmalarda bulgular, erkek sağlık çalışanlarının kadınlara göre daha cinsiyet körü olduklarını göstermektedir (11). Örneğin Hollanda'da aile hekimleriyle kadına yönelik şiddet üzerine yapılan niteliksel bir çalışmada erkek doktorların bazıları kadının seks yapmayı reddettiği noktada şiddeti provoke edebileceğini belirtmişken kadın doktorların hepsi cinsel zor kullanmanın haklı gerekçesi olmayacağını kesin bir dille belirtmişlerdir (25).

### **Sonuç ve Öneriler**

Toplumsal cinsiyet eşitliğinin oluşması kendiliğinden gerçekleşecek bir süreç değildir; eşitsizliğe dair yapısal mekanizmaların belirlenmesi ve müdahale hattının bu bağlamda ele alınması gerekmektedir. Bu yüzden çözüm amaçlı yapılacak müdahalelerin de sorunun saptanması kadar kapsamlı olması gerekmektedir. Bu bağlamda sağlık alanında toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak için yapılabilecek müdahale çalışmaları genel olarak şöyle sıralanabilir:

1. Sağlık sistemini dışarıdan bütüncül bir bakışla cinsiyet eşitsizliği açısından ele almak;
2. Ev içinde ve kamusal alanda cinsiyetçi değer



İletişim Adresi: <http://www.ntv.com.tr/turkiye/siddet-degil-ozgurluk-gerek,XTiticO-FEWnilCviODm4A>

yargıları, normlar ve davranış biçimleriyle mücadele etmek;  
3. Cinsiyete özgü sağlık risklerini ele almak;

4. Hastalık ve sakatlıkları cinsiyet bazı kırılmalıklar üzerinden ele almak;

5. Eşitsizlikler nedeniyle sağlığın kötü olmasının sosyal ve ekonomik sonuçlarını ortadan kaldırmak;

6. Toplumsal cinsiyete duyarlı sağlık sistemi ve sağlık araştırmaları oluşturmak (9). Sayılan müdahale alanlarında sağlık çalışanlarının farkındalığını yaratmak yeterli değildir; aynı zamanda bilgi, tutum, davranış değişikliği yaratacak sistematik eğitimlerin yapılması gereklidir (12).

Sonuç olarak toplumsal cinsiyet rollerinden köken alan ve cinsiyet ayrımcılığı üzerinden sağlık sistemi içerisinde yeniden üretilen toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin ortadan kaldırılması için bu eşitsizliğin nedensellik ağı içinde saptanması ve ardından sağlık sistemini, tıp eğitimini, sağlık çalışanlarını kapsayacak toplumsal cinsiyet

**İletişim:** Dr. Zeynep Sedef Varol

**E-posta:** zeynepvarol87@gmail.com

merkezli müdahalelerin uygulanması gereklidir.

#### **Kaynaklar**

1. Celik HH, Klinge II, Weijden TT Van Der, Widdershoven GG a M, Lagro-Janssen T a LM. Gender sensitivity among general practitioners: results of a training programme. BMC Med Educ. 2008;8(1):36.
2. Şavran TG. Sağlıkta Toplumsal Cinsiyet Eşitsizlikleri: Eskişehir'de Kırsal ve Kentsel Alanlarda Kadın Sağlığı. Fe J Fem Crit Dergi Fem Elestiri. 2014;6(1):98-116.
3. Wamala S. Gender inequity and public health. Eur J Public Health. 2002;12(3):163-165.
4. Lorber J, Moore LJ. Gender and the Social Construction of Illness. 2nd ed. Oxford: AltaMira Press; 2002.
5. Kmietowicz Z. Reform of NICE needed to boost its credibility. British Medical Journal. 2001;323 (7325):1324.
6. Inhorn MC, Whittle KL. Feminism meets the "new" epidemiologies: toward an appraisal of antifeminist biases in epidemiological research on women's health. Soc Sci Med. 2001;53(5):553-567.
7. Doyal L. Gender equity in health. N S W Public Health Bull. 2000;11(2):11.

8. Album D, Westin S. Do diseases have a prestige hierarchy? A survey among physicians and medical students. *Soc Sci Med*. 2008;66(1):182-188.
9. Govender V, Penn-Kekana L. Gender biases and discrimination : a review of health care interpersonal interactions. *Global public health*. 2008;3(1): 90-103.
10. Ruiz MT, Verbrugge LM. A two way view of gender bias in medicine. *J Epidemiol Community Health*. 1997;51(2):106-109.
11. Verdonk P. *Gender Matters in Medical Education: Integrating a gender perspective in medical curricula*. Radboud Univ Nijmegen Med Cent, Netherlands. 2007.
12. Verdonk P, Benschop YWM, De Haes HCJM, Lagro-Janssen TLM. From gender bias to gender awareness in medical education. *Adv Heal Sci Educ*. 2009;14(1):135-152.
13. Adams A, Buckingham CD, Lindenmeyer A, et al. The influence of patient and doctor gender on diagnosing coronary heart disease. *Sociol Heal Illn*. 2008;30(1):1-18.
14. Kiss a, Meryn S. Effect of sex and gender on psychosocial aspects of prostate and breast cancer. *BMJ*. 2001;323(7320):1055-1058.
15. Noordenbos G. Worden mannen over het hoofd gezien? Sekseverschillen in de diagnostiek en behandeling van depressie. *Tijdschrift voor Genderstudies*. 2007;10(4):16-28.
16. Cochran S V., Rabinowitz FE. Gender-sensitive recommendations for assessment and treatment of depression in men. *Prof Psychol Res Pract*. 2003;34(2):132-140.
17. Foss C, Sundby J. The construction of the gendered patient: Hospital staff's attitudes to female and male patients. *Patient Educ Couns*. 2003;49(1):45-52.
18. Bowker L. Terminology and gender sensitivity: A corpus-based study of the LSP of infertility. *Lang Soc*. 2001;30(4):589-610.
19. Donald Sabo DFG. *Men's Health and Illness: Gender, Power, and the Body*. Vol. 8. Sage Publications; 1995.
20. Evans T, Whitehead M, Diderichsen F, Bhuiya A, Wirth M. Challenging inequities in health: from ethics to action. In: Östlin P, George A, ed. *Gender, health, and equity: the intersections*. 1st ed. Oxford University Press; 2001. p.175-188.
21. Benson S, Bernstein G. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Conduct Disorder. *J Am Acad Child ....* 1997;36(10):122S - 139S.
22. Hippiusley-Cox J, Pringle M, Crown N, Meal a, Wynn A. Sex inequalities in ischaemic heart disease in general practice: cross sectional survey. *Bmj*. 2001;322(7290):832-832.
23. Sacker a, Firth D, Fitzpatrick R, Lynch K, Bartley M. Comparing health inequality in men and women: prospective study of mortality 1986-96. *Br Med J*. 2000;320(7245):1303-1307.
24. Thorson a, Johansson E. Equality or equity in health care access: a qualitative study of doctors' explanations to a longer doctor's delay among female TB patients in Vietnam. *Health Policy*. 2004;68(1):37-46.
25. Wong SHLF, De Jonge A, Wester F, Mol SS, Römkens RR, Lagro-Janssen T. Discussing partner abuse: does doctor's gender really matter? *Fam Pract*. 2006;23(5):578-586.





*Dr. Gülbahtiyar Demirel<sup>1</sup>, Dr. Handan Güler<sup>1</sup>*

Geliş/Received : 24.10.2014

Kabul/Accepted: 04.02.2015

### Öz

Spontan doğum eylemi ile karşılaştırıldığında elektif sentetik oksitosin indüksiyonu uygulanan gebelerde komplikasyon (hiperstimülasyon, sezaryen vb.) oranları daha yüksektir. Sentetik oksitosin beyin bariyerini aşmadığı için endorfin hormon salınım dengesi bozulur ve kadın daha fazla ağrı duyar. Aynı zamanda kadın elektif doğum eylemi indüksiyonundan dolayı hastanede ekonomik açıdan maliyet ve zaman kaybına uğrar. Bu nedenlerden dolayı elektif sentetik oksitosin indüksiyonu yerine doğum eylemi için endojen oksitosin salınımı uyarılmalıdır.

Endojen oksitosin salınımı, yine vücut tarafından salınan doğal bir ağrı kesici olan endorfin hormonun salınımını artırarak ağrıyı azaltır. Ayrıca endojen oksitosin salınımı Bishop skorunu artırmakta ve spontan doğum oranını yükseltmektedir. Endojen oksitosin salınımını uyarabilecek nonfarmakolojik yöntemler vardır. Bunlardan birisi meme başı uyarımı, diğeri ise uterus uyarımıdır. Bu nedenle bu derleme çalışması ilgili literatür doğrultusunda endojen oksitosin ve salınımindaki alternatif yöntemler üzerine dikkat çekerek konuya olan duyarlılığın artırılması amacıyla ele alınmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Alternatif yöntem, Endojen oksitosin, Meme ve uterus uyarımı

### Abstract

Pregnant women exposed to elective synthetic oxytocin induction demonstrate higher complication (hyperstimulation, C-section, etc.) rates when compared to those giving birth spontaneously. As synthetic oxytocin cannot transcend the cerebral barrier, endorphin release becomes unbalanced, thereby causing more pain to the woman. Moreover, in economic terms, the woman is faced with higher costs and loss of time at the hospital due to the elective induction of labour. For these reasons, instead of having recourse to elective synthetic oxytocin induction, endogenous oxytocin release must be stimulated to the action of birthing.

Endogenous oxytocin release increases the release of endorphin, a natural painkiller produced by the body, and thus reduces pain. In addition, endogenous oxytocin release improves the Bishop score and strengthens possibilities for spontaneous birthing. Non-pharmacological methods exist to stimulate endogenous oxytocin release. Two of these methods are nipple stimulation and uterine stimulation. Therefore, the present review has been conducted with aim of drawing attention to, and raising awareness on, endogenous oxytocin and alternative methods for its release in line with the relevant body of literature.

**Key words:** Alternative methods, Endogenous oxytocin, Nipple and uterine stimulation

## Giriş

Günümüzde doğumun hızlandırılması amacıyla elektif doğum eylemi indüksiyonu sıklıkla uygulanmaktadır. Doğum eylemi indüksiyonunda oksitosin indüksiyonu en sık başvuru tıbbi girişimdir (1,2,3). Tüm gebeliklerin yaklaşık %20–30'unda doğum eylemi için indüksiyon kullanılmaktadır. Örneğin, Amerika'da 1990 yılında 9.5 olan indüksiyon yüzdesi 2006 yılında %22.5'e ulaşmıştır (4). Ülkemizde doğum eylemi indüksiyonu kullanımıyla ilgili yeterli veri bulunmamakla birlikte kullanımının yaygın olduğu bildirilmektedir (5,6).

Doğum eylemi için oksitosin indüksiyonu, belirli bir nedene (postterm gebelik, prematür membran rüptürü, ablasyo plasenta, intrauterin büyüme geriliği, diyabet, hipertansiyon, böbrek rahatsızlığı gibi sistemik hastalıklar vb.) bağlı olmaksızın yapılmamalıdır. Spontan doğum eylemi ile karşılaştırıldığında sentetik oksitosin indüksiyonu uygulanan gebelerde komplikasyon oranları daha yüksektir. Oksitosin indüksiyonunun hiperstimülasyon, sezaryen, hipotansiyon, antidiüretik etki, neonatal hiperbilirübinemi, uterus rüptürü, fetal distres vb. gibi komplikasyonları söz konusudur (2,3,7). Aynı zamanda kadın elektif doğum eylemi indüksiyonundan dolayı hastanede ekonomik açıdan maliyet ve zaman kaybına uğrar (8). Elektif doğum eylemi indüksiyonu alan kadın spontan doğum eylemindeki kadına göre 3-4 saat daha fazla doğum eylemi için hastanede kalırken (9), %17.4-%25 oranında daha fazla ekonomik kayba uğrar (8,9). Bu kadar komplikasyon ve kayba neden olan elektif sentetik oksitosin indüksiyonu yerine doğum eylemi için endojen oksitosin salınımı uyarılmalıdır. Bazı çalışmalar doğumda komplikasyon oranı yüksek olan sentetik oksitosin yerine endojen oksitosin salınımını uyaracak olan meme başı ya da uterus uyarımı gibi yöntemleri önermektedir (10,11).

Endojen oksitosin salınımını uyarabilecek nonfarmakolojik yöntemler vardır. Bunlardan birisi meme başı uyarımı, diğeri ise uterus uyarımıdır. Uterus uyarımı (2) ve meme başı uyarımı doğumu uyarmak için kullanılan mekanik yöntemlerdendir (12,13). Literatürde uterus uyarımı ile ilgili sadece bir çalışmaya, meme başı uyarımı ile ilgili ise üç çalışmaya rastlanmıştır. Meme başı uyarımı

ile ilgili çalışmalar; 1990 yılında Stein ve arkadaşları, 1999 yılında Curtis ve arkadaşları, 2012 yılında Demirel ve Güler tarafından yapılmıştır. Stein ve arkadaşlarının çalışmasında %50, Curtis ve arkadaşlarının çalışmasında %35 oranında meme başı uyarımının endojen oksitosin salınımını sağlayarak doğumu uyarmada etkin olduğu bulunmuştur (13,14). Demirel ve Güler tarafından (2012) yapılan çalışmada ise meme başı uyarımının %93.1, uterus uyarımının %87.7 oranında endojen oksitosin salınımını sağlayarak doğumu uyarmada etkin olduğu belirlenmiştir (15).

Endojen (doğal) oksitosin ile sentetik oksitosinin (farmakolojik) yapıları benzerdir (16). Ancak endojen oksitosin salınımı, yine vücut tarafından salınan doğal bir ağrı kesici olan endorfin hormonunun salınımını artırarak ağrıyı azaltır (17,18,19). Oysa sentetik oksitosin endojen oksitosin gibi beyin bariyerini aşmadığı için endorfin hormon salınım dengesi bozulur ve kadın daha fazla ağrı duyar. Ayrıca endojen oksitosin salınımı Bishop skorunu artırmakta ve spontan doğum oranını yükseltmektedir (20). Bu nedenle bu derleme çalışması ilgili literatür doğrultusunda endojen oksitosin ve salınımındaki alternatif yöntemler üzerine dikkat çekerek konuya olan duyarlılığın artırılması amacıyla ele alınmıştır.

## Endojen Oksitosin

Oksitosin, Yunanca çabuk doğum anlamına gelen "pitocin", "ossitosin" sözcüklerinden türetilmiştir. İnsanlarda oksitosin geni, 20. kromozom üzerinde bulunmaktadır. Hipotalamusun supraoptik ve paraventricüler çekirdeklerinden gelen aksonların ucundan salgılanır ve hipofizin arka lobunda depolanır. Yapıca vazopressine benzeyen, siklik yapıda nanopeptid bir hormondur ve dokuz aminoasitten oluşur. Bir uterotonin olan oksitosin arka hipofize, nörofizin denilen yüksek molekül ağırlığına sahip proteinlere bağlanarak taşınır. Buradaki sinir uçlarında, özel keseciklerde paket halinde depolanırlar. Uyarılar gelip oksitosin salındığı zaman oksitosine bağlı bulunan nörofizin oksitosinden ayrılır. Hedef dokuya yalnızca oksitosin ulaştırılır (7,21).

Oksitosin çeşitli hedef hücrelerdeki etkisini kendine özgü reseptörleri ve ayrıca vazopressin

V1 ve V2 reseptörlerini aktive ederek oluşturur. Oksitosin reseptörlerinin uterus, meme bezi, beyin, böbrek ve ön hipofizde buldukları gösterilmiştir (22). Oksitosin, hormonal olarak ve beyinde nörotransmitter olarak fonksiyon görmektedir. Koitus sırasında vajinanın uyarılması nedeniyle oksitosin salgılanması artar. Morfin ve benzeri opioid ilaçlar salgılanmasını inhibe ederler. Çok şiddetli ağrı, vücut sıcaklığının artması ve fazla gürültü beyindeki opioid nöron sistemi aracılığıyla oksitosin salgılanmasını azaltır (23). Normal olarak oksitosin plazmada saptanabilir düzeydedir (1-10 pg/ml). Ovulasyon, gebelik, doğum ve laktasyon dönemlerinde, erkek ve kadınlarda bazı stres durumlarında plazmadaki miktarı değişime uğrar. Stres yaratan her bir durum oksitosin salınımının azalması ile sonuçlanacaktır (24). Oksitosinin etki edebilmesi için uterus oksitosin reseptörlerinin belli bir düzeye gelmesi gerekmektedir (25,26).

Uterusta myometrial ve desidial olmak üzere iki tür oksitosin reseptörü vardır. Bu reseptörler oksitosini hızla bağlar ve gebelik haftası ilerledikçe, sayıları da giderek artar. Myometriyumun oksitosine cevabı 20. gebelik haftasında reseptörlerin oluşmasıyla başlar (27). Doğum eyleminde en yüksek sayısına ulaşan myometrial oksitosin reseptörlerinin, uterus kontraksiyonlarının başlamasında etkili olduğu düşünülmektedir. Myometriumdaki bu reseptörler gebelik boyunca 80 kat artar ve eylem sırasında bu sayı ikiye katlanır. Gebelik süresince artıp doğumda en yüksek değerine ulaşan desidial oksitosin reseptörleri, Prostaglandin F2 (PGF2) yapımını uyarır. PGF2, oksitosinle uyarılan kasılmaları, hücreler arası aralıkların oluşmasını kontrol ederek güçlendirir ve bu kasılmaların sürekliliğini sağlar (28).

Gebelik sırasında, plazmadaki oksitosin konsantrasyonu giderek artar (29). Gebelik boyunca yavaş olarak artan oksitosin doğumun

başlangıcında artış gösterir (27). Doğum eyleminin başlangıcından hemen önce ani bir yükselme olmaz; fakat eylem başladıktan sonra oksitosin salgılanması ve plazma düzeyi daha da artar (24,25,30,31). Özellikle doğumun 1. ve 2. evresinde bu artış daha fazladır (30,31). Reseptörleri artan ve plazma düzeyi yükselen endojen oksitosinin salgılanmasına yol açan etkenlerden biri uterus ve vajinanın genişlemesi ve mekanik olarak uyarılmasıdır (16,29,32). Endojen oksitosinin salgılanmasına yol açan etkenlerin bir diğeri ise meme areolasındaki dokunma reseptörlerinin uyarılması ile afferent sinirlerin ucundan kalkan impulsların hipotalamusta oksitosin salınması ile ilgili nöronları uyarılmasıdır (23,32). Uterusun gerilmesi, uterus ve meme başının uyarılması sonucunda, hipotalamusun paraventricüler ve supraoptik nükleuslarında nörojenik bir refleks başlamakta ve fizyolojik uyarılara cevap olarak nörohipofizden oksitosin salgılanmaktadır. Bu ise uterus kontraktilesinin daha fazla artmasına neden olmaktadır (17,26,29,32,33).

#### Doğumu Uyarın ve Endojen Oksitosin Salınımı Sağlayan Yöntemler

**Uterus Uyarısı:** Uterusun uyarılması fiziksel manipülasyon şeklinde uygulanabilir. Uterus uyarısı ile uterin aktivasyon görülür. Doğum süresince uterus kontraksiyonlarının kuvvetlenmesiyle, hem uterus hem de doğum kanalından ağrı sinyalleri gönderilir. Bu sinyaller ağrı duyusu yaratmaktan başka omurilikten kaynaklanan nörojenik reflekslerle abdominal kaslarda şiddetli kontraksiyonlara da yol açarlar (29,33). Düz kasları olan organların basitçe gerilmesi genellikle onların kasılmasına yol açar. Ayrıca, fetüsün hareketleri ile uterus yenelenen, aralıklı gerilmeler de düz kasta kontraksiyona yol açar (29). Doğum eyleminin birinci evresinde fetal büyüme, miyometrial gerilme gücü ve amniyotik sıvı basıncında anlamlı artış meydana gelir (2).

**Tablo 1.** Bishop Skorlaması (2)

Faktör	Skor			
	0	1	2	3
Dilatasyon (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Silinme (%)	0-30	40-50	60-70	80
Seviye	-3	-2	-1 ya da 0	+1 ya da +2
Kıvam	Sert	Orta	Yumuşak	-
Pozisyon	Posterior	Orta hat	Anterior	-

*Bishop skoru 5 ve daha az olduğunda sezaryen olasılığı, 6 ve üzerinde olduğunda ise normal doğum olasılığı daha fazladır (4,11).*

Uterin aktivasyonla birlikte kontraksiyonla ilişkili spesifik proteinlerin (CAPs) indüksiyonu için gerilme gereklidir. Gerilme, gap junction (GJ) proteinlerinin (konneksin 43) yanı sıra oksitosin reseptörlerinin de ekspresyonunu artırır. Oksitosin ve reseptörlerinin salınımındaki artış uterus kontraksiyonları sağlayarak doğumu hızlandırır (2). Abdominal kasılmaların bebeğin kuvvetle ilerlemesinde katkısı büyüktür. Doğum sırasında uterus kontraksiyonları, uterus fundusunun tepesinden başlayarak, aşağıya uterus gövdesine doğru ilerler. Kontraksiyonların şiddeti tepede ve gövdede güçlü, uterusun servikse komşu alt segmentinde zayıftır. Bu nedenle her uterus kontraksiyonu bebeği servikse doğru iten bir baskı yapar (29). Uterus uyarısı için uyarım basamağı aşağıda yer almaktadır.

### **Uterus Uyarım Basamağı**

- Eller yıkanır,
- Anne sırtüstü yatırılır,
- Uygulamanın nasıl yapılacağı açıklanır,
- Kollar ve bacaklar düz bir biçimde uzatılır,
- Bacaklara perine bölgesi de dahil olmak üzere yatak çarşafı örtülür,
- Abdomen bölgesi giysisiz bir biçimde açıkta bırakılır,
- Uygulayıcı uterus uyarımı için her iki elini de uterus fundusuna koyar,
- Uygulayıcı bir elinin tüm parmak uçlarını aynı anda uterus dokusuna dıştan ritmik olarak dokunup kaldırır,
- Uygulayıcı fundustan başlattığı bu uyarımı yatay çizgiler şeklinde tüm uterusu uygular,
- Uygulayıcı işlemi ara vermeden 2 -3 dakika sürdürür.
- İşleme 30 dakika ara verilir ve sonra uterus uyarım basamaklarına uygun olarak uygulama yinelenir (2,15).

**Meme Başı Uyarısı:** Meme başı uyarımı doğumu uyarmak için kullanılan mekanik yöntemlerden birisidir (12,13). Meme başının uyarılması fiziksel manipülasyon ya da emme şeklinde uygulanabilir. Meme başı uyarısı ile posterior hipofizden oksitosin salınımı uyarılır. Salgılanan oksitosin nöral refleksi oluşturarak uterusu kasılma meydana getirir (10,13,26,34). Meme başı uyarısı için uyarım basamağı aşağıda yer almaktadır.

### **Meme Başı Uyarım Basamağı**

- Eller yıkanır,
- Anne sırt üstü yatırılır ya da oturtulur,
- Meme çıkarılır ve üzeri örtülür (meme ucunu dışarıda bırakacak özellikte kesilmiş yeşil örtü ile),
- Uygulamanın nasıl yapılacağı açıklanır,
- Meme ucu baş ve işaret parmağı ile yuvarlanarak ve öne doğru nazikçe çekilerek uyarılmaya başlanır,
- Bir meme ucu 2 dakika boyunca uyarılır, sonra diğer meme ucuna geçilir,
- Herhangi bir ilaç uygulaması yapılmaz ve tüm uygulama ortalama 4-5 dakika sürer,
- İşleme 30 dakika ara verilir ve sonra meme başı uyarım basamaklarına uygun olarak uygulama yinelenir (15,35,36).

Uterus ve meme başı uyarısı "serviks uygunluğu" yeterli olmayan kadınlarda etkili değildir (10,13,26,34).

### **Serviksin Değerlendirilmesi ve Bishop Skorlaması:**

Doğum indüksiyonu serviksin uygun olduğu durumlarda etkindir. Serviksin yumuşaması, silinmesi ve dilatasyonu başarılı vajinal doğum için gereklidir. Serviksin uygun olmadığı durumlarda doğumun uyarılması genellikle eylemin zor ve uzun sürmesine neden olmakta, girişimli doğum ve sezaryen oranını artırmaktadır (3,8).

Günümüzde Bishop skorlaması, serviksin tanımlanması ve bazı değişkenler kullanılarak indüksiyonun süresi ve güvenliğini tahmin etmekte, hem multiparlarda, hem nulliparlarda en güvenilir ve basit yöntem olarak kabul edilmektedir (Tablo 1). Bishop skorunda serviksin olgunluğu; dilatasyonun ölçümü, efesman, kıvam, serviksin pozisyonu ve gelen kısmın düzeyi değerlendirilmektedir (11,37). Skorlamada birçok etmen olmasına karşın başarılı doğumla en çok ilgisi olan etmenin servikal dilatasyon olduğu kabul edilmektedir. Silinme, kıvam ve prezante olan kısmın durumu orta derecede etkin etmenler olup serviksin pozisyonunun önemi azdır (2,11).

### **Meme Başı ve Uterus Uyarımı İle İlgili Yapılan Çalışmalar**

Literatürde meme başı uyarımı için üç, uterus uyarımı için bir çalışmaya rastlanmıştır. Bu

çalışmalardan birisinde Curtis ve arkadaşları (1999) 79 kadın üzerinde oksitosin ve meme başı uyarımını karşılaştırmışlardır. Çalışmada kadınlara 10 dakika sũreyle sũrekli bir memeye ya da diğer memeye çalışmanın sonucu etkileyebilecek birçok alternatif değişkeni (destekleyici bir kişi ya da kadının kendisi tarafından el ile ya da en dũřũk seviyeye ayarlanmış elektrikli meme pompası ile uyarım) birlikte kullandıkları uyarımlar yapmışlardır. Meme başı uyarımını 5 dakika ara vererek ve işlem 60 dakika olacak biçimde 4 kez yinelenmişlerdir. 60 dakikanın sonunda (4 dũngũden sonra) her 3 dakikada 1'den az kontraksiyon oluşuyorsa ya da 60 dakikada servikal değişiklik oluşmuyorsa bu durum başarısızlık olarak kabul edilmiştir. Çalışmada meme başı uyarımı yapılan kadınlara %65'inde başarısızlık kabul edilmiştir. Bir diğer çalışmada Stein ve arkadaşları (1990) 84 kadın üzerinde meme başı uyarımını 15 dakika sũreyle tek taraflı olarak elektrikli meme pompası ile gerçekleştirmeye çalışmışlardır. Araştırmada dinlenme için sũre belirtmedikleri ve yeniden 15 dakika sũreyle diğer memeye devam ettikleri ve her 30 dakikalık dũngũden sonra 1'den daha az kontraksiyon sıklığını başarısızlık olarak

nitelendirdikleri gũrũlmũřtũr. Çalışmada meme başı uyarımı kullanılan kadınlara %50'inde başarı elde edilmiştir. Bir başka çalışmada ise Demirel ve Gũler (2012) 390 doğum yapacak gebe kadın üzerinde uterus ve meme başı uyarımını karşılaştırmışlardır. Doğum eyleminin 1. evresinin latent fazından başlayarak meme başı ve uterus uyarım grubundaki kadınlara uyarım basamaklarına uygun olarak her yarım saatte bir uygulama yapılmıştır. Meme başı uyarım grubundaki gebelerin (130 gebe) bir meme ucu 2 dakika boyunca baş ve işaret parmağı ile yuvarlanarak ve öne doğru nazikçe çekilerek uyarılmış, sonra diğer meme ucuna geçilerek aynı işlem yinelenmiştir. Işlem yaklaşık 4-5 dakikada tamamlanmıştır. Uterus uyarım grubundaki gebelere (130 gebe) 2-3 dakika boyunca uterus uyarımı için bir elin tũm parmak uçları aynı anda uterus dokusuna dıştan ritmik olarak dokunup kaldırılmış, fundustan başlatılan bu uyarım tũm uterusu uygulanarak yapılmıştır. Uyarım gruplarında kontraksiyon varsa bitiminden sonra uygulamaya başlanmıştır. Uygulama sũresince her 2 saatte bir servikal dilatasyon değerlendirilmif, servikal dilatasyon 2 saatte 2 cm ilerlememiş ise



Erişim Adresi: <http://www.babygaga.com/how-to-decide-who-you-want-in-the-delivery-room-with-you/>

işleme son verilmiştir. İlerleme söz konusu ise uygulamaya devam edilmiştir. Uygulamaya başladıktan sonraki 8 saat içerisinde doğumun gerçekleşmesi beklenmiş, gerçekleşmemesi durumunda da işlem sonlandırılmıştır. Uygulamaya başladıktan sonraki 8 saat içerisinde doğum masasına alınan kadınlara uyarım gruplarına göre meme başı ve uterus uyarımı doğum olmadan önce 1 kez daha yapılmıştır.

Demirel ve Güler'in (2012) yaptıkları çalışma sonucunda meme başı uyarım grubu (1. evre:3.8 st, 2. evre:16 dk, 3. evre:5 dk) ve uterus uyarım grubunda (1. evre:4.0 st, 2. evre:21 dk, 3. evre:6 dk) kontrol grubuna (1. evre:6.8 st, 2. evre:27 dk, 3. evre:6 dk) göre doğum eyleminin evreleri daha kısa sürmüş, uyarım gruplarında sırasıyla %6.9, %12.3 oranında sentetik indüksiyon uygulanmış ve hiç sezaryen yapılmamıştır. Kontrol grubunda ise gebelerin %89.2'sine sentetik indüksiyon uygulanmış ve %8.5'ine sezaryen yapılmıştır. Çalışmada endojen oksitosin salınımı için uyarım yapılan uterus uyarım grubunda %87.7, meme başı uyarım grubunda %93.1 başarı elde edilmiştir (15).

#### **Endojen Oksitosin Salınımının Uyarılmasında Ebe/Hemşirenin Rolü**

Doğumun ve doğum ekibinin temel amacı, anne ve bebeğin sağlık ve güvenliğini artırarak minimal travma ile komplikasyon düzeyi düşük sağlıklı bir doğumun gerçekleşmesini sağlamaktır (1,30,31). Profesyonel doğum ekibinin önemli bir parçası olan kadın doğum hemşireleri ve ebeler doğum eyleminde çok önemli rol ve sorumluluklara sahiptir (38,39). Hemşire ve ebeler elektif doğum eylemi indüksiyonunu çok sık bir biçimde uygulamakta, bakım ve tedavileri sırasında hem fetüs hem de gebede farklı düzeylerde komplikasyonlarla karşılaşmaktadırlar (40). Bu nedenle hemşire ve ebeler sıklıkla uyguladıkları elektif doğum indüksiyonu ve komplikasyonlarını azaltmaya yönelik yeni alternatif yöntemleri (meme başı ve uterus uyarımı) kullanıp endojen doğum indüksiyonunu sağlayarak normal vajinal doğuma hizmet etmelidirler. Hemşire ve ebeler artan endojen oksitosinle birlikte endorfin salınımını da uyararak annenin daha az ağrı duymasına yardımcı olmalı, sentetik oksitosin kullanımını azaltarak gebe ve fetüs sağlığının yükselmesine katkı sağlamalıdır. Bu hem gebenin gereksiz ağrı çekmesini engelleyerek doğum

eyleminin daha olumlu algılanmasına neden olacak hem de gereksiz ilaç kullanımını engelleyecektir. Bu alternatif yöntemlerin anne ve fetüsü sentetik oksitosinin yan etkilerinden ve komplikasyonlarından koruyacağı, aile ve ülke ekonomisine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**İletişim:** Gülbahtiyar Demirel

**E-posta:** gdoganer@cumhuriyet.edu.tr

#### **Kaynaklar**

1. Çıtırke A, Küçükbaş M, Dayıcioğlu V. Term gebeliklerde (preeklamtik-diğer) oksitosin/ dinoproston yardımcı gebelik terminasyonlarının gebelik analizi. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2009; 40(4):179-185.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. Williams obstetrik. Çev. Ceylan Y, Yıldırım G, Gedikbaşı A, et al. 23. ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2010. ss.500-510.
3. Wilson BL, Effken J, Butler JR. The relationship between section and labor induction. Journal of Nursing Scholarship 2010; 42(2): 130-138.
4. Martin JA, Hamilton BE, Sutton TD, Ventura SJ, Menacker F, Kirmeyer S, Mathews TJ. Births: Final data for 2006. National Vital Statistics Reports. 57(7). Hyattsville:National Center for Health Statistics; 2009.
5. Şahin NH, Yıldırım G, Aslan E. Evaluating the second stages of deliveries maternity hospital. Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi 2007; 17(1): 37-43.
6. Demirci N, Gürkan Ö, Arslan H, Ekşi Z. Oksitosin uygulamalarında hekim, ebe ve hemşirenin rolü. Perinatoloji Dergisi 2005; 13(3): 129-137.
7. Tarım E, Kalaycı H. Doğum indüksiyonu. Demir C, Güleç KÜ, çev. ed. Eylem & doğum. 6. baskı. Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014. s.173-191.
8. Grobman WA. Elective induction: when? ever?. Clinical Obstetrics and Gynecology 2007;50(2): 537-546.
9. Maslow AS, Sweeny AL. Elective induction of labor as a risk factor for cesarean delivery among low-risk women at term. Obstet Gynecol 2000; 95: 917-922.
10. Hadi H. Cervical ripening and labor induction:clinical guidelines. Clinical Obstetrics and Gynecology 2000; 43: 524-536.
11. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, et al. Williams Obstetrik. 21. ed. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2005. ss.40, 267-282, 340-341,470-481, 872.
12. Razgaitis EJ, Lyvers AN. Management of protracted active labor with nipple stimulation: a viable tool for midwives?. Journal of Midwifery & Women's Health 2010; 55(1):65-69.

13. Curtis P. Breast stimulation to augment labor: history, mystery and culture. *Birth* 1999; 26:123-126.
14. Stein JL, Bardeguet AD, Verma UL, Tegani N. Nipple stimulation for labor augmentation. *J Reprod Med* 1990; 35: 710-714.
15. Demirel G, Güler H. Doğumun 1. ve 2. evresinde uygulanan uterus ve meme başı uyarımının sentetik oksitosin kullanımı üzerine etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Sivas: Cumhuriyet Üniversitesi; 2012.
16. Chapman L, Durham FR. Labor Interventions. *Maternal-Newborn Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2010. pp.203-211.
17. Uzun M, Sulu N. Oksitosin ve fizyolojik etkileri. *Kafkas Üniv. Vet. Fak. Derg* 2002; 8(1):91-97.
18. Cabioğlu T. Endojen opioidler. *Genel Tıp Derg* 2001; 11(4): 161-167.
19. Akalın PP, Başpınar N, Bucak NM, Çoyan K. Hayvanlarda beta- endorfinin üreme sistemi ile ilişkisi. *Erciyes Üniv Vet Fak Derg* 2011; 8(1):53-61.
20. Franklin O, Adewde IF. Cervical ripening and induction of labor by breast stimulation. *Afr J. Med. Sci* 1993; 22(4):81-85.
21. Bae SE, Watson ED. A light microscopic and ultrastructural study on the presence and location of oxytocin in the equine endometrium. *Theriogenology* 2003; 60:909-921.
22. Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Güneş Kitabevi; 2006. ss. 217-237, 307.
23. Kayaalp SO. Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji, Prostaglandinler ve Diğer Prostanoidler. 3. Baskı. Ankara: Uluca Matbaası; 1990. ss. 2917.
24. Romano AM, Lothian JA. Promoting, protecting and supporting normal birth: A look at the evidence. *JOGNN* 2007; 37: 94-105.
25. Kayaalp SO. Oksitosik ilaçlar. *Tıbbi Farmakoloji*. 1992. ss.1879-2966.
26. Noyan A. Hipofiz Bezi. Yaşamda ve Hekimlikte Fizyoloji. Ankara: Meteksan; 2008. ss.988-995, 1138-1142.
27. Thurnov GR, Rayburn WF. Cervical ripening agents and uterine stimulants. *Drug Therapy in Obstet Gynecol* 1993; 3:229.
28. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Prostaglandins. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. 5th Ed. Maryland: Williams and Wilkins; 1994. pp.291-317.
29. Guyton AC, Hall JE. Gebelik ve Laktasyon. *Tıbbi Fizyoloji*. İstanbul: Yüce Yayıncılık & Nobel Tıp Kitabevleri; 2001. ss. 944-957, 1036-1041.
30. Beebe LA, William FR, Beaty CM, Eberly KL, Stanley JR, Rayburn LA. Indications for labor induction: differences between university and community hospitals. *J. Reprod Med* 2000; 45(6):469-475.
31. Coonrod, DV, Bay RC, Kishi GY. The epidemiology of labor induction: Arizona. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184(4):780-782.
32. Koloğlu S. Oksitosin. *Endokronoloji Temel ve Klinik*. Ankara: Medikal Network; 1996. ss.55-56.
33. Viero C, Shibuya I, Kitamura N, Verkhatsky A, Fujihara H, et al. Oxytocin: crossing the bridge between basic science and pharmacotherapy. *CNS Neuroscience & Therapeutics* 2010; 16:138-156.
34. Kavanagh J, Kelly AJ, Thomas J. Breast stimulation for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 4:CD003392.
35. Dickason JE, Silverman LB, Schult OM. Mammary Stimulation Test. *Maternal- Infant Nursing Care*. St Louis: Mosby; 1994. pp. 257.
36. Taşkın L. Doğum Eylemine Müdahale. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2009. ss. 200-250, 368-370.
37. Laughon KS, Zhang J, Troendle J, Sun L, Reddy M. Using a simplified bishop score to predict vaginal delivery. *Obstetrics & Gynecology* 2011; 117(4):805- 811.
38. Papagni K, Buckner E. Doula support and attitudes of intrapartum nurses: A qualitative study from the patient's perspective. *Journal of Perinatal Education* 2006; 15(1): 11-18.
39. Price S, Noseworthy J, Thornton J. Women's experience with social presence during childbirth. *Am J Matern Child Nurs* 2007; (32)3: 184-191.
40. Simpson KR, James DC, Knox GE. Nurse-physician communication during labor and birth: Implications for patient safety. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 2006; 35: 547-556.



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 uygulanan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız.

**5. Sonuçlar:** Bulguları metin, tablo ve şekiller üzerinde gösteriniz. Metin içinde önemli verileri vurgulayarak 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>

