

E-ISSN 2148-5348  
ISSN 1300-0853

# sted

'Bilimsel  
ve Destçe'

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

OCAK | JANUARY  
ŞUBAT | FEBRUARY  
2017 | 2017  
CİLT 26 | VOLUME 26  
SAYI 1 | ISSUE 1

# 1





#### 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

Prof. 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: Nisan 2017



## Merhaba,

Dr. Şükriye Ece Abay ve arkadaşları **“Hekim Adaylarının Hekim Kimliğine İlişkin Algıları: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Metafor Analizi Örneği”** isimli çalışmalarında Dönem I öğrencilerinin hekim kavramına ilişkin sahip oldukları metaforları ortaya çıkarmayı amaçlamışlar. Öğrenciler “hekim” kavramına ilişkin olarak toplam 248 adet geçerli metafor üretmiştir. Bu metaforlar daha sonra ortak özellikleri bakımından irdelenerek beş farklı kavramsal kategori altında toplanmıştır. Söz konusu bu beş kavramsal kategori yaşanan bölge ve ailede ya da yakın çevrede hekim bulunma durumları bakımından önemli derecede farklılık göstermemiştir.

Dr. Serap Özer ve Dr. Pınar Erbay Dünder **“Manisa’da Kent ve Gecekondu Bölgelerinde Kadınların Doğum Tercihleri ve Etkili Faktörler”** isimli çalışmalarında katılımcıların bir önceki gebeliklerinde doğum yöntemi %45,9 oranında sezaryen olduğunu saptamışlar. Kadınların sezaryen ile doğum yapmasında etkili faktörler, kadının tercihi ve bebekte sorun saptanmasıdır. Kadın doğum yöntemi tercihini vaginal doğum yönünde arttırmak için vajinal doğum hakkında eğitimlerin artırılması ve bu eğitimlerin 1. basamak sağlık kurumları tarafından 15-49 yaş ve doğum öncesi bakım prosedüründe öngörülen izlemler sırasında daha etkin uygulanması önerilmektedir.



Fotoğraf: **“Emek ve Umut”** Abdurrahman Gülmez  
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2016 Sergi Ödülü

Dr. Ahmet Dinçer ve Dr. Şerife Kurşun **“Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi”** isimli çalışmaları özel bir üniversitede eğitim gören araştırmaya katılmayı kabul eden 260 öğrenci ile yapılmış. Başta üniversite öğrencileri olmak üzere toplumun tüm bireylerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerini daha iyi seviyeye getirebilmek için eğitim verilmesi önerilmektedir.

Nazan Çakırcı Çalbayram ve arkadaşları **“Hemşirelerin Çocuk Hastalarda Karşılaştıkları Geleneksel Uygulamalar”** isimli çalışmalarında ailelerin çocuklarına birçok geleneksel uygulama girişiminde bulunduğu belirlenmiş. Yazarlar, hemşireler içinde bulunduğu toplumun kültürel özellikleri ile ilgili veri toplayarak hastalık durumunda ve sağlığı devam ettirmek için yaptıkları uygulamaları belirleyebileceklerini, bu uygulamalara yönelik eğitim programları planlayıp uygulayabileceklerini vurgulamaktadırlar.

Nazan Çakırcı Çalbayram ve Dr. İlknur M. Gönenç **“Meslek Tercihini Yapacak Erkek Öğrencilerin Ebelik Hakkındaki Görüşleri”** isimli çalışmada lise son sınıf erkek öğrencilerinin meslek tercihlerinde ebelik mesleğine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre; katılımcıların çoğunun erkeklerin ebe olabileceğini düşünmesine rağmen, toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle ebeliği seçebilecekleri bir meslek olarak algılamadıkları saptanmıştır. Erkeklerin ebelik mesleği ile ilgili bilgilerinin ve farkındalıklarının artırılması, meslek seçiminde danışmanlık yapan profesyonellerin toplumsal cinsiyet rollerinden uzaklaşarak danışmanlık hizmetlerini yürütmesi önerilmektedir.

Dr. Melek Ardahan ve Dr. Zeynep Arabacı **“Evde Bakımda Sosyal Politikalar ve Evde Bakım Hemşireliği”** isimli çalışmalarında evde bakım hizmeti tıbbi, sosyal ve manevi bakımın ekip ruhuyla bir arada uygulanmasıyla başarılı olabileceği, yoğun emek gerektiren evde bakım hizmetlerinde, bu hizmetlerin güçlendirilmesi ve devamlılığın sağlanması adına hemşirelerin desteklenmesinin önemi vurgulanmaktadır.

**Bilimsel ve dostça kalın.**

### Araştırma / Research

- Hekim Adaylarının Hekim Kimliğine İlişkin Algıları:  
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Metafor Analizi Örneği 1  
*The Perceptions towards Physician's Identity among Physician Candidates:  
An Example of Metaphor Analysis from the Research at Hacettepe University Medical School*  
Dr. Şükriye Ece Abay, Dr. Barış Sezer, Dr. Nezaket Bilge Başusta
- Manisa'da Kent ve Gecekondu Bölgelerinde Kadınların Doğum Tercihleri ve Etkili Faktörler 9  
*Women's Preferences for the Mode of Delivery in the Urban and  
Urban Slum Areas of Manisa and Effecting Factors*  
Dr. Serap Özer, Dr. Pınar Erbay DüNDAR
- Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlık Düzeylerinin Belirlenmesi 20  
*The Determination of Health Literacy Levels of University Students*  
Dr. Ahmet Dinçer, Dr. Şerife Kurşun
- Hemşirelerin Çocuk Hastalarda Karşılaştıkları Geleneksel Uygulamalar 27  
*Traditional Practices Encountered by the Nurses in Pediatric Patients*  
Dr. Nazan Çakırer Çalbayram, Dr. Sebahat Altundağ, Hemşire Bahise Aydın
- Meslek Tercihi Yapacak Erkek Öğrencilerin Ebelik Hakkındaki Görüşleri 32  
*The Opinions among the Male Students about Midwifery, Who would Choose a Career*  
Dr. Nazan Çakırer Çalbayram, Dr. İlknur M. Gönenç

### Derleme / Review Article

- Evde Bakımda Sosyal Politikalar ve Evde Bakım Hemşireliği 38  
*The Social Policies on Home Care and Home Care Nursing*  
Dr. Melek Ardahan, Dr. Zeynep Arabacı

### Kapak Fotoğrafı / Cover Photo



**Fatma Küçükşahin "Mısır Öğütme"**  
STED Fotoğraf Yarışması 2016 Büyük Ödül

#### Fatma Küçükşahin

25.04.1991 Kırıkkale doğumluyum. Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Anestezi Teknisyeni olarak görev yapmaktayım. Fotoğrafçılıkla 2014 yılında Trabzon'daki görevim sırasında tanıştım. Doğa ve insan fotoğrafları çekmeyi çok seviyorum. Başta Trabzon olmak üzere Karadeniz Bölgesi'nin bu konuda tam bir cennet olduğunu düşünüyorum, fırsat buldukça Trabzon'da gerçekleştirilen çeşitli faaliyetlere katılarak Trabzon'un kültürüne ve yerel yaşamına dair fotoğraflar çekiyorum. Düzenlenen çeşitli yarışmalarda daha öncede ödül almıştım ama Trabzon'un şirin ilçesi Tonya'nın İskenderli Köyünde çekmiş olduğum "Mısır Öğütme" adlı fotoğrafımla benim için son derece değerli olan TTB-STED tarafından ödüle layık görülmem beni çok gurulandırdı. Ayrıca Tonya halkının sıcaklığına ve misafirperverliğine sizin aracılığınızla bir kez daha teşekkür etmek istiyorum. Son zamanlarda fotoğrafçılık kariyerimi mesleğim doğrultusunda ameliyathane de özellikle yenidoğan bölümünde geliştirmeyi istiyorum. Hedeflerim arasında bu fotoğraflarla bir portfolyo oluşturup sergi açmak yer almaktadır.

# Hekim Adaylarının Hekim Kimliğine İlişkin Algıları: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Metafor Analizi Örneği\*

The Perceptions towards Physician's Identity among Physician Candidates: An Example of Metaphor Analysis from the Research at Hacettepe University Medical School

Araştırma



Research

Dr. Şükriye Ece Abay<sup>1</sup>, Dr. Barış Sezer<sup>2</sup>, Dr. Nezaket Bilge Başusta<sup>3</sup>

Geliş/Received : 16.02.2016

Kabul/Accepted: 12.09.2016

## Öz

**Amaç:** Metafor sözcüğü köken olarak "bir yerden başka bir yere götürmek" Yunanca metafora kelimesinden türemiştir. Türkçe anlamı bir şeyi daha anlaşılır olanla açıklamak olan metafor kelimesi başta eğitim olmak üzere pek çok alanda çalışma konusu olmuştur. Bu çalışmada, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 1 öğrencilerinin hekim kavramına ilişkin sahip oldukları metaforları ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Öğrencilerin her birinin "Hekim ... gibidir, çünkü ..." ibaresini tamamlamasıyla elde edilen ham veriler, nitel veri çözümleme teknikleri kullanılarak analiz edilmiştir.

**Bulgular:** Araştırmanın bulgularına göre, öğrenciler "hekim" kavramına ilişkin olarak toplam 248 adet geçerli metafor üretmiştir. Bu metaforlar daha sonra ortak özellikleri bakımından irdelenerek beş farklı kavramsal kategori altında toplanmıştır. Söz konusu bu beş kavramsal kategori yaşanan bölge ve ailede ya da yakın çevrede hekim bulunma durumları bakımından önemli derecede farklılık göstermemiştir.

**Anahtar sözcükler:** Metafor, Tıp öğrencisi, Hekim kimliği

## Abstarct

**Aim:** The word "metaphor" had been originally derived from the Greek word "metaphora", which means "to take from one place to another". The term "metaphor" means, "to explain something with a more understandable one" in Turkish and has been subject to studies in several fields, particularly in education. In this study, it was aimed to reveal the metaphors for "doctor" concept among the first-year students of Hacettepe University Medical School.

**Method:** The raw data were obtained by asking the participants to fill in the blanks in the sentence "Doctor is like ..., because ...". These data were analysed using qualitative techniques.

**Findings:** According to the findings of the research, the participants produced a total of 248 acceptable metaphors for "doctor" concept. These metaphors were classified under five distinct conceptual categories with respect to their common characteristics. These conceptual categories didn't differ significantly with regard to the regions where students live in and the presence of physicians in the family or close circle.

**Key words:** Metaphor, Medical student, Physician's identity

\*Bu çalışmanın bir kısmı IX. Ulusal Tıp Eğitimi Kongresinde poster bildiri olarak sunulmuştur.

1 Öğr. Gör.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD. Ankara

2 Arş. Gör.; Hacettepe Ü. Tıp Fak. Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD. Ankara

3 Yrd. Doç.; Mersin Ü. Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Mersin

## Giriş ve Amaç

Hekimliğin; insanın varoluşu ile başladığına inanılır. Her bir bulgunun ayrı bir hastalık olduğuna inanılan bu dönemden başlayarak insanlığın gelişim aşamaları ve buna paralel olarak ilerleyen tıp bilgisi ile hekimin toplumdaki rolü giderek değişmeye başlamıştır. Değişen rol hekim kimliği algısını ve doktor-hasta/başvuran ilişkisini de etkilemiştir (1).

Sosyolojinin çağdaş kuramcılarında olan Taylor Parsons doktor ve hasta rollerini ve bu bağlamda hekim algısını inceleyen ilk sosyolojisttir. Kendi sosyolojik kuramında toplumun nasıl sorun çıkmadan problemsiz bir şekilde işlevini yerine getireceğini ve çıkan olası anormal sorunlara nasıl tepki verileceğini ortaya koyan Parsons buna paralel şekilde doktor-hasta ilişkisini ele almıştır (2). Doktor ve hasta rollerini "ideal tip" üzerinden modellemiştir. Bu modelde doktorun profesyonel rolü şu şekilde açıklanmıştır.

1. Hastalık sorununa kendi bilgi ve becerisini uygulayarak çözüm bulur.
2. Kendi isteklerini, akademik başarısını ve parayı düşünmeyerek hasta ve toplumun iyiliği için çalışır.
3. Objektiftir, kendi değer sistemi boyutundan sıyrılarak hastayı yargılamadan kabul eder.
4. Mesleki uygulamaların rehberliğinde hareket eder (2).

1996 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) "Beş Yıldızlı Doktor" tanımını yapmıştır. DSÖ gelecekte toplumun sorunlarının tanınmasında, izlenmesinde ve çözümünde beş yıldızlı doktorların görev alacağını belirtmektedir (3).

"Beş Yıldızlı Doktor" kavramında yıldızların ne anlama geldiğine baktığımızda; geleceğin doktorları *hizmet sunucu*, *karar verici*, *iletişimci*, *yönetici* ve *toplum lideri* olarak tanımlanmaktadır (4,5). Hekimlerin *hizmet sunucu* olarak kalite ilkesi çerçevesinde koruma, tedavi etme ve rehabilitasyon hizmetlerini birleştirmesi istenmektedir. *İletişimci* yıldızı ile iletişim becerilerini ve iletişim teknolojilerini iyi kullanan doktor tanımlanmaktadır. Tanımda doktorun empati ve etkin dinleme becerisini kazanmış olması ve hasta mahremiyeti ile hastaya ait kişisel

bilgileri güvenceye almış olması beklenmektedir. *Yönetici* yıldızı takım çalışmasına önem veren, diğer sektörlerle işbirliği yapan yönü, *toplum lideri* özelliği ile kişisel ve toplumsal gereksinimleri dengeleyerek toplumun temel sorunlarında kendine danışılan, fikri önemsenen, topluma yol gösterici konumda duran hekimler geleceğin hekimleri olarak tanımlanmaktadır. *Karar verici* yıldızı sağladığı hizmeti yürütürken maliyet ve etik açıdan hangi teknolojiyi uygulayacağını belirlemesini tanımlar (3).

DSÖ dışında, sağlık göstergeleri dünya ortalamasının üstünde olan ülkelerin ulusal meslek örgütleri de doktorların yeterlilik ve yetkinlikleri bazında rehberler hazırlamışlardır. Özellikle Kanada ve Avustralya ulusal meslek örgütlerinin hazırladığı bu rehberlerde doktorların yetkinlikleri şu şekilde sıralanmıştır (6,7):

1. Tıp bilgi ve becerisi yüksek
2. İletişimci
3. İşbirlikçi
4. Yönetici
5. Sağlık savunucusu
6. Bilim adamı
7. Etik ilkelere saygılı

Tıp öğrencilerinin doktorlar hakkında ne düşündükleri eğitim hayatları üzerinde etkili olmaktadır (8). Hekim ve tıp algısı ile öğrencilerin beklentileri tıbbi nasıl karakterize ettiklerini dolayısıyla tıp eğitimini nasıl öğrendiklerini etkilemektedir. Ayrıca bu algı ve beklentiler öğrenim hayatları boyunca sürekli değişim gösteren zihinsel imgelemelerinde nasıl bir kariyer planlaması içerisinde olacaklarını etkilemektedir. Bu zihinsel imgelemeler akademik kariyerde tasarladıkları doktor rolü için gerekli kişilik özelliklerini, becerileri ve yetenekleri bir noktada içselleştirmelerini sağlar (8).

Doktor algısı ve hangi özellikler doktoru iyi yapar konusunda literatürde pek çok yayın bulunmaktadır. Bu makalelerin çoğundan elde edilen görüşler kurumsal ve/veya eğitimsel açıdan bildirilmiş görüşlerdir. Çok az makalede öğrenci algıları üzerinde durulmuştur. Bu makalelerden çıkan görüşlere göre doktor rolüne atfedilen özellikler şu biçimde sıralanabilir (6,8,9);

1. Kültürel yetkinlik
2. Hasta çeşitliliğine saygı
3. Yaşam boyu öğrenme
4. İletişim becerileri
5. Profesyonizm ve profesyonel gelişme
6. Ekip ve/veya grup çalışması becerisi

Metafor çalışmaları, bireylerin bir olguya ilişkin sahip oldukları kişisel algılarını anlamada güçlü bir araştırma aracı olarak da kullanılabilir (10). Metafor, "bireylerin kendi dünyalarını anlamalarına ve yapılandırmalarına yönelik güçlü bir zihinsel haritalama ve modelleme mekanizması olarak" tanımlanır (11). Dil, düşünce ve eylem de dâhil olmak üzere yaşamın her alanında yer alan metaforlar, herhangi bir konuyu başka bir konu yoluyla anlatmayı ya da deneyim durumuna dönüştürmeyi ifade eder. Metaforlar bir olgu hakkında düşünmek için *zihinsel bir çerçeve* sunmaktadır (12). Metafor kavramı ile kastedilen, bir kavram, olgu ya da olayın başka bir kavram, olgu ya da olaya benzetilerek açıklanmasıdır (13). Bir metafor ilişkisinde, üç temel öğenin varlığından söz edilir (14): Tanımlanan bu üç öğe; çalışmada yer alan bir metafor örneğinden yola çıkılarak açıklanmaya çalışılmıştır.

1. *Metaforun konusu ("Hekim su gibidir." cümlesindeki "hekim" sözcüğü),*

2. *Metaforun kaynağı (Hekim su gibidir." cümlesindeki "su" sözcüğü)*

3. *Metaforun kaynağından metaforun konusuna atfedilmesi düşünülen özellikler ("Hekim su gibidir. Çünkü su olmadan insanların yaşamlarını sürdürmeleri beklenilemez").*

Hekimlik kimliği ve alanında ulusal ve uluslararası yazında kısıtlı sayıda yayın vardır. Bu yayınların birçoğu yazan kişinin kendi yorumlarını içermektedir. Örneğin 2016 yılında Hektoen International dergisinde yayınlanan Roslyn Weaver'in yazısında doktorların herhangi bir hastalığı aydınlatmak üzere yaptığı çalışmaları dedektiflik metaforu ile açıklamıştır (15). Bu çalışma ilk defa tıp öğrencilerinin kendi görüşlerini içeren bir metafor çalışmasıdır.

Bu araştırma; tıp fakültesi dönem I öğrencilerinin "hekim" kavramına ilişkin sahip oldukları metaforları ortaya çıkarma amacına yönelik olarak

gerçekleştirilmiştir. Bu amaç çerçevesinde aşağıdaki sorulara cevap aranmıştır:

1. Dönem 1 öğrencilerinin "hekim" kavramına ilişkin sahip oldukları metaforlar nelerdir?
2. Bu metaforlar hangi kavramsal kategoriler altında toplanabilir?
3. Bu kavramsal kategoriler yaşanan bölge, ailede hekim bulunup bulunmamasına göre anlamlı bir biçimde farklılaşmakta mıdır?

### Yöntem

Bu çalışmada karma yöntem kullanılmıştır. Karma yöntemde nitel ve nicel araştırma paradigmasını çeşitli şekillerde birlikte kullanılmaktadır. Bu yöntemde aynı temel olgulara ilişkin nitel ve nicel veriler toplanır, analiz edilir ve yorumlanır (16).

### Çalışma Grubu

Araştırmanın çalışma grubunu Hacettepe Üniversitesi Tıp fakültesi 2013-2014 öğretim yılında öğrenimine devam eden dönem 1 Türkçe Tıp öğrencileri (N=336) oluşturmaktadır. Ancak çalışmaya katılmak istemeyen, uygun olmayan ya da boş olan formların elenmesi sonucu veri analizleri 248 katılımcı üzerinden gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1'de sunulmaktadır.

Cinsiyet	f	%
Bildirilmeyen	1	,4
Kadın	113	45,6
Erkek	134	54,0
Toplam	248	100,0

Araştırmaya 134'ü erkek (%54), 113'ü kadın (%45,6) ve bir bildirilmeyen olmak üzere toplam 248 tıp fakültesi Dönem I öğrencisi katılmıştır. Bununla birlikte öğrencilerin Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesine yerleşmeden önce yaşamış oldukları bölgelere göre dağılımı şöyledir:

72 öğrenci İç Anadolu Bölgesi, 43 öğrenci Akdeniz Bölgesi, 37 öğrenci Marmara Bölgesi, 34 öğrenci Karadeniz Bölgesi, 33 öğrenci Doğu Anadolu Bölgesi, 22 öğrenci Ege Bölgesi ve 7 öğrenci Güneydoğu Anadolu Bölgesinde yaşamış oldukları belirlenmiştir.

**Tablo 3. Araştırmaya katılan öğrencilerin aile ya da yakın çevresinde hekim bulunması durumuna göre dağılımı**

	f	%
Evet	147	59,3
Hayır	99	39,9
Bildirilmeyen	2	,8
Toplam	248	100,0

Bu öğrencilerin ne kadarlık bir kısmının aile ve yakın çevresinde hekim bulunup bulunmadığı sorusuna ilişkin dağılım Tablo 3'deki gibidir. Öğrencilerin yarısından fazlası (%59) aile ve yakın çevresinde tanıdık bir hekim bulunduğunu belirtmiştir.

### Verilerin Toplanması

Öğrencilere bu araştırmaya katılımın gönüllülük esasına göre olduğu, katılmak istemeyen öğrencilerin dağıtılan anketleri cevaplandırmak zorunda olmadıkları açıklanmıştır. Öğrencilere belli bir süre verilerek demografik soruları cevaplandırmaları ve hekim ile ilgili duygu ve düşüncelerini açıklayacak bir metafor yazmaları istenmiştir. Hekim adaylarının "hekim" kavramına ilişkin algıları "*hekim .....gibidir, çünkü....*" cümlesini tamamlamaları ile elde edilmiştir. Metaforun konusu ve kaynağı arasındaki ilişki "gibi" kelimesi ile belirlenmeye çalışılmıştır. "Çünkü" ile bu metafora yüklenen anlam ve nedeni ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Veriler, iyi hekimlik oturumları sırasında toplanmıştır. Bu oturumlar küçük grup uygulamaları biçiminde gerçekleştirilmektedir.

### Verilerin Analizi

Araştırmada "hekim" kavramına ilişkin olarak geçerli bulunan toplam 225 metafor analizi tekniği kullanılarak çözümlenmiştir. İçerik analizi, elde edilen nitel veriler içinde yineleyen konu, sorun ve kavramların belirlenmesi, sayılması ve yorumlanması olarak ifade edilmektedir (17,18,19).

Tıp Fakültesi Dönem I öğrencilerinin belirttikleri metafor cümleleri Excel programına, diğer çalışma grubu katılımcı bilgileri ile girilmiştir. Tüm metaforlar yazılarak A-Z'ye göre sıralanmıştır. Veri girişi sırasında metafor belirtmeyen boş formlar, metafor belirtilmiş olsa da nedeni belirtilmeyen formlar ya da birden fazla metafor belirtilen formlar elenmiştir. Bunun yanı sıra bazı öğrenciler,

bir metafor imgesini sunmak yerine, genel olarak, hekimlikle ilgili kişisel düşüncelerini paylaşmıştır; bazıları belli bir metafor imgesini dile getirdiği halde, söz konusu metafora ilişkin herhangi dayanak sunmamıştır. Bu nedenlerle toplam 23 form araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır.

Çalışma grubunda yer alan ve formları analize dahil edilen öğrencilerin ürettikleri metaforlar, metaforun kaynağı ve konusu arasındaki ilişki açısından incelenmiştir. Bu inceleme sonucunda her bir metafor, gerekçeleri dikkate alınarak belli bir tema ile ilişkilendirilmiştir. Sonuçta beş farklı kavramsal kategori belirlenmiştir. Belirlenen kavramsal kategoriler metaforlar ile eşleştirilmiştir. Birbirlerinden bağımsız olarak, araştırmacılar tarafından belirlenen nihai kavramsal kategoriler ve eşleştirmeleri bir tıp eğitimi uzmanına danışılmıştır. Kavramsal kategorilere ayrıştırma işleminin güvenilirliği Güvenirlik = (Görüş birliği / (Görüş birliği + Görüş ayrılığı)) formülü kullanılarak (18) hesaplanmıştır.

Araştırma sürecinde elde edilen bütün veriler, metaforlar ve geliştirilen kavramsal kategorilere ilişkin frekans (f) ve yüzde (%) değerleri incelenmiştir. Hekim kavramına ilişkin olarak bu araştırmada geliştirilen beş kavramsal kategori ve her bir kategorinin sahip olduğu özellikler, katılımcıların ürettiği örnek metafor imgeleriyle de desteklenerek tanıtılmaktadır. Kategorilerin çalışma grubunun yaşamış olduğu bölge ve aile ya da yakın çevresinde hekim bulunup bulunmamasına göre farklılaşıp farklılaşmadığı iki değişken için Kay-kare testi ile sınanmıştır.

### Bulgular

Araştırmada "hekim" kavramına ilişkin olarak geçerli bulunan toplam 225 metafor okunmuş ve içerik analizi tekniği kullanılarak çözümlenmiştir. Kavramsal kategorilerin oluşturulması sürecinde üç araştırmacı tarafından ilgili alan yazın incelenmiş, hekimlik tanımlarına yer veren çalışmalar ve yapılandırılmış odak grup görüşmeleri göz önüne alınarak Dönem I tıp fakültesi öğrencilerinin ürettikleri metaforlar beş kavramsal kategoriye ayrılmıştır. Bu kategoriler:

*Bilgelik*: Bilgelik kavramı içerisinde hekimliğin tedavi edici özelliği, bilgi kaynağı olması ve çok çalışması birlikte ele alınmıştır. Hekimlik uzun bir



eğitim döneminin ardından yaşam boyu öğrenmenin devam ettiği bir meslek olarak algılanmaktadır. Bu süreç içerisinde "Beş Yıldızlı Doktor" kavramında anlatıldığı gibi, hekim yalnızca hastanın tedavisini vermekle kalmayıp hastayı sosyal, fiziksel ve mental olarak bir bütün halinde değerlendirerek hizmet sunumunu yapmaktadır. Hekim, hasta ve hasta yakınları gerektiğinde ekip üyeleri için de bilgi kaynağı olduğu kadar sosyal sorumluluk anlamında toplum içinde bilgi kaynağı olmaktadır (3).

**Zorunlu ihtiyaç:** Hekimler tarihin ilk çağlarından itibaren insanlar hastalıklarla mücadele etmişlerdir. Kimi zaman büyümlü gösterilerin kimi zaman da dinsel ritüellerin uygulanması bu meslek dalının ne kadar gerekli ve vazgeçilmez olduğunu göstermektedir.

**Fedakarlık:** Hekimlik mesleğinin eğitim hayatından başlayarak bir çok fedakarlık gerektirdiği açıktır. Hekimlik mesleğini icra ederken nöbetler başta olmak üzere bazı durumlarda temel gereksinimlerin ihmal edildiği çalışmalarda gösterilmiştir (uyku düzensizlikleri, yeme alışkanlıkları vb). Öte yandan aile yaşantısına olan olumsuz etkileri ve meslek riskleri de bu meslek dalında yaşanan fedakarlıkları göstermektedir (20).

**Yaratıcılık:** İyi yetişmiş bir hekimin aynı zamanda iyi bir sanatçı olmasında kuşku yoktur. 1878'de Friedrich Nietzsche "İnsanca, Pek İnsanca" da hekimler için şunu demiştir; "Bir hekimin zihinsel güçlerinin en yüksek noktasında olmasının sebebi, yalnızca en son ve yeni yöntemleri beceriyle uygulaması ya da teşhis koyan ünlü hekimlerin yöntemleriyle belirtilerden yola çıkarak sebebe ulaşması değildir artık. Buna ilaveten herkesle kolay uyum sağlayabilecek ve gerekirse karşısındakinin yüreğini söküp alabilecek türden bir hitap yeteneğine, melankoliyi yok edebilecek kadar canayakınlığa, bir diplomatın arabuluculuk yeteneğine, insan ruhunun sırlarını öğrenebilmek için bir polisin beceri ama bu sırlara ihanet etmemek için de bir avukatın anlayış yeteneğine, özetle bütün profesyonel mesleklerin beceri ve haklarına gereksinimi vardır." Burada Nietzsche bir doktordan öte bir sanatçıyı, yaratıcılığı tanımlamaktadır (21).

**Liderlik:** Lider ve yönetici kavramı birlikte ele alınmıştır. Lider sağlık sistemi içinde kendi

düşünceleri, davranışları ve diğerleri tarafından nasıl algılandığının farkında olan, kendisinin ve diğerlerinin değerleri, ahlaki bakış açıları, bilgileri ve güçlü yönlerini bilen, çalıştığı sağlık ortamını tanıyan özgüvenli ve yaratıcı kişidir. Çalıştığı sağlık ortamında hedef ve misyon belirlemeli ve sağlık alanında öncülük yapmalıdır. Yönetici rolü kapsamında ekip çalışmasının yönetimini yapabilen kişidir. Liderlik özelliği içerisinde yalnızca sağlık arama davranışı sergileyen bireyi değil içinde bulunduğu toplumun gereksinim ve sorunlarını anlayabilen kişilik özelliği yer almaktadır (3).

Yapılan kavramsal kategorilere ait eşleştirmeler Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablodaki kategori ve altında yer alan metaforlar incelendiğinde hekim adaylarının hekim kimliğini en çok "fedakarlık" kategorisi ile ilişkilendirdiği sonucuna ulaşılmıştır. "Fedakarlık" (90) kategorisini sırasıyla "bilgelik" (46), "zorunlu gereksinim" (37), "yaratıcılık" (25) ve "liderlik" (25) izlemektedir.

Fedakarlık kategorisi altında en çok tekrar eden metaforların melek (27) ve anne- baba (19) olduğu görülmektedir. bu kategori altında yer alan metaforlara ilişkin birkaç örnek aşağıda verilmiştir.

*150 no'lu Dönem 1 Tıp öğrencisi: Hekim melek gibidir, çünkü hastası için en iyisini en doğrusunu yapar.*

*24 no'lu Dönem 1 Tıp öğrencisi: Hekim anne-baba gibidir, çünkü herşeyden şüphe duyarak bir sonuca ulaşır ve düşündüğü, hissettikleri her zaman olmasa da çoğu zaman doğrudur. Hep iyilik için çalışır.*

*87 no'lu Dönem 1 Tıp öğrencisi: Hekim güneş gibidir, çünkü insanların en umutsuz ve soğuk anlarında onlara yol gösteren ışık, içlerini ısıtan umut olabilir.*

Araştırmaya katılan hekim adaylarının belirtmiş oldukları metaforlardan bir diğeri "bilgelik" kategorisi altında toplanmıştır. Bu kategori altında en çok tekrar eden metaforların karınca (10) ve arı (7) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bilgelik kategorisi için belirtilen metaforlarla ilgili örnekler aşağıda yer almaktadır.

**Tablo 4.** Araştırmaya katılan öğrencilerin kullandıkları metaforların kategorilere göre dağılımı

Bilgelik	Sayı	Zorunlu İhtiyaç	Sayı	Fedakarlık	Sayı	Yaratıcılık	Sayı	Liderlik	sayı
karınca	10	su	12	melek	27	tamirci	9	pusula	2
arı	7	toprak	6	anne-baba	19	sihirbaz	4	deniz feneri	2
				güneş	5	sanatçı	3	ilber ortaylı	2
ansiklopedi	4	ağaç	4	ilaç	5	alg	1	evren	2
				mum	4			kartal	2
ışık	3	zaruri ihtiyaç	2	aile	3	anahtar	1	dil	1
kitap	3	nefes	2	silgi	3			aslan	1
arama motoru	2	faydalı ve acı bir yiyecek	1	sülük	2	inşaatçı	1	fatih sultan mehmet	1
akademik yazı	2	hava	1	sünger	2	büyücü	1	hermes	1
makine	2	hayat	1	balık	2	can kurtaran	1	ibni sina	1
şirin baba	2	hayat ağacı	1	arkadaş	2	çikolata	1	karpuz	1
walter bishop	2	ıspanak	1	kuş	2	panzehir	1	kedi	1
eşek	1	kalp	1	basamak	2	tencere	1	mevlana	1
google	1	maden suyu	1	doğa	2	tornavida	1	önder	1
inek	1	mont	1	bir iyilik meleği	1			süper kahraman	1
moda	1	nesne	1	bitki	1			Usain bolt	1
öğrenci	1	oksijen	1	dünyanın çekirdek katmanı	1			yemek	1
şarap	1	ab-ı hayat	1	hizmetçi	1			yunan tanrısı/tanrıçası	1
ay	1			kum torbası	1			kağıt	1
baykuş	1			likörlü çikolata	1			köpek	1
dilek ağacı	1			asker	1				
				ayna	1				
				pınar	1				
				taş	1				
<b>Toplam</b>	<b>46</b>	<b>Toplam</b>	<b>37</b>	<b>Toplam</b>	<b>90</b>	<b>Toplam</b>	<b>25</b>	<b>Toplam</b>	<b>25</b>

118 no'lu Dönem 1 Tıp öğrencisi: Hekim karınca gibidir, çünkü sürekli çalışır, çabalar, boş vakti olmaz.

39 no'lu Dönem 1 Tıp öğrencisi: Hekim arı gibidir, çünkü kendisinden çok başkalarının yararına çalışır.

50 no'lu Dönem 1 Tıp öğrencisi: Hekim ansiklopedi gibidir, çünkü birçok kişinin bilemeyeceği kadar çok şey bilir.

"Yaratıcılık" kategorisi altında en çok tekrar eden metaforların tamirci (9), sihirbaz (4) ve sanatçı (3) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Aşağıda bu kategori ile ilgili dönem I tıp öğrencileri tarafından verilen metaforlara örnekler bulunmaktadır.

223 no'lu Dönem 1 Tıp öğrencisi: Hekim tamirci gibidir, çünkü bozuk bedenleri tamir eder

194 no'lu Dönem 1 Tıp öğrencisi: Hekim sihirbaz gibidir, çünkü mucizevi olaylar yaşatabilir, topluma şifa dağıtır, derdine çare olur.

188 no'lu Dönem 1 Tıp öğrencisi: Hekim sanatçı gibidir, çünkü her yaptığı işe kendinden bir şeyler katar.

Son olarak "Liderlik" kategorisi altında tekrar eden metaforlara bakıldığında kartal (2), ilber ortaylı (2), pusula (2) ve deniz feneri (2) gibi metaforlar olduğu belirlenmiştir. Aşağıda bu kategori ile ilgili hekim adayları tarafından verilen metaforlara örnekler bulunmaktadır.

183 no'lu Dönem 1 Tıp öğrencisi: Hekim pusula gibidir, çünkü doğru yolu gösterir

106 no'lu Dönem 1 Tıp öğrencisi: Hekim ilber ortaylı gibidir, çünkü araştırmacı ve bilgilidir

70 no'lu Dönem 1 Tıp öğrencisi: Hekim deniz feneri gibidir, çünkü yol göstericidir

Kategoriler ve yapılan eşleştirmelerin güvenilirliği için Miles ve Huberman tarafından önerilen formül ile yapılan hesaplamalarda araştırmacılar tarafından belirlenen kategori ve eşleştirmeler ile uzman tarafından önerilen eşleştirme arasındaki

uyum düzeyi 0.90 bulunmuştur. Bu bulgudan yola çıkılarak yapılan eşleştirmelerin güvenilir olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Bununla birlikte hekim adayları tarafından belirlenen metaforların ait olduğu kavramsal kategorilerin bölgeye ve hekim adayının ailesi ya da yakın çevresinde hekim bulunup bulunmamasına göre farklılık gösterip göstermediği ki- kare analizleri ile yürütülmüştür. Dönem I tıp öğrencilerinin belirttikleri metaforların ait olduğu kavramsal kategoriler bölge bakımından önemli derecede farklılık göstermemektedir ( $\chi^2 (24,0,05) = 30,476, p = .169$ ). Benzer biçimde Dönem I tıp öğrencilerinin belirttikleri metaforların ait olduğu kavramsal kategoriler hekim adayının ailesi ya da yakın çevresinde hekim bulunup bulunmaması bakımından da farklılık göstermediği belirlenmiştir ( $\chi^2 (4,0,05) = 4,584, p = .333$ ).

Dönem I tıp öğrencilerinin kullandıkları metaforların ait olduğu kavramsal kategorilerin bölgelere ve ailede/yakın çevrede hekim bulunup bulunmaması durumuna göre farklılık göstermemesinin nedeni son yıllarda uygulanan sağlık politikalarına –doktor ve diğer sağlık çalışanlarının istihdamı, yeni tıp fakültelerinin açılması, fakülte kontenjanlarının artırılması- bağlanabilir.

### Sonuç ve Öneriler

Bu araştırmaya katılan tıp fakültesi öğrencilerinin büyük bir kısmının hekimi “fedakar” (%40) olarak nitelendirdiği belirlenmiştir. Bu kategoriyi en yakından takip eden diğer bir kategori ise “bilgelik” (%20,4) olmuştur.

Mozambik'te hekim algısı üzerine tıp fakültesi birinci sınıf öğrencileri ile halka yönelik olarak yapılan çalışmada hekimlik genel olarak “iyi” ve “kötü” hekim olarak ikiye ayrılmıştır. Çalışmada her bir katılımcıya iki soru sorulmuştur. Bunlardan biri bir doktora görmek istediğiniz en önemli iki özellik diğer soru da ise hoşlarına gitmeyen iki özelliği belirtmeleri istenmiştir. Toplanan cevaplarda olumlu ve olumsuz özelliklerde 10 kategori belirlenmiştir. Öğrenciler için kendini mesleğine verme (%30), iyi tanı ve tedavi becerilerine sahip olma (%18,7), sabır (%14,8) ve destekleyici, cana yakınlık ve soğukkanlılık gibi

pozitif kişisel özellikler (%14,8) öne çıkmıştır. Saygılı ve ayrımcı olmamak (%5,8), dürüst olmak (%5,6), zaman yönetimi (%3,9), iletişim becerilerinin yüksekliği (%0,9) ve güvenilirlik (%0,4) ise daha sonlarda yer almıştır (22)

Çalışmada fedakarlık kategorisi öğrencilerin kullandıkları metaforların ait olduğu en yüksek kategoridir. Çalışmanın bu sonucuna benzer bir sonuçta Droper ve Louw (2002) çalışmasında yer almaktadır. Yapmış oldukları çalışmada öğrencilerin hekim algısıyla ilgili olarak dönem I tıp öğrencilerinin çoğunluğunun (%79) yardımseverlik rolünü ön plana çıkardıkları görülmüştür. Öğrencilerin %55'i de hekimlerin uzun çalışma saatleri nedeniyle ortaya çıkan düzensiz aile yaşamına dikkat çekmiş bunun hekimlerin fedakarlık rolünü ön plana çıkarttıklarını belirtmiştir (9).

Güney Afrika Cumhuriyeti Cape Town Üniversitesinde tıp fakültesi birinci sınıf öğrencileri ile yapılan hekim ve tıp algısı ile ilgili çalışmada ise öğrencilerin hekimlik mesleğine karşı algıları %97 oranında pozitif bulunmuştur. Katılımcıların %79'u hekimi “tedavi eden ve anlayan” olarak tanımlamıştır. Öte yandan %55'i hekimlik mesleğini aile hayatını olumsuz etkilemesi ve taşıdığı mesleki riskler (özellikle HIV/AIDS) açısından hüsrana olarak nitelendirmiştir (9).

Draper ve Louw (2002) tarafından Güney Afrika'da hekime karşı algıları belirlemeye dönük bir anket çalışması yürütülmüştür. Bu anket formunda hekim ve tıbbıya yönelik yedi adet major soru 193 dönem I tıp öğrencisine uygulanmıştır. Daha sonra amaçlı örnekleme yoluyla seçilen 35 öğrenci ile odak grup görüşmeleri yürütülmüştür. Temel olarak elde edilen sonuçlar incelendiğinde; çalışmada öğrencilerin çoğunlukla hekime karşı pozitif algıları bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan odak grup görüşmeleri sonucunda ise bu pozitif algının; “doktorların toplum içerisindeki etkisi” ve “saygınlık”tan kaynaklandığı belirlenmiştir. Bu sonucun yanı sıra hekim algısına dönük olarak öne çıkan diğer etkilerin “tedavi edici” ve “biomedikal yön” olduğu sonucuna ulaşılmıştır. (9)

Son olarak gelecekteki araştırmalarda öğrencilerin iki farklı konuda (yani, “tecrübe ettikleri okula” ve “ideallerindeki okula” ilişkin) metafor

üretmelerini amaçlayarak, bu metaforların birbirleriyle karşılaştırılması araştırılabilir. Ayrıca birinci sınıf öğrencilerinin altıncı sınıfta algılarının ne yönde değiştiği araştırılabilir.

**İletişim:** Dr. Şükriye Ece Abay  
**E-posta:** seceabay@hotmail.com

### Kaynaklar

1. Fitzpatrick R. Society and changing patterns of disease. In: Scambler G, ed. Sociology as applied to medicine, 6th ed. London:Saunders; 2008. p.3-18.
2. Morgan M. The doctor-patient relationship. In: Scambler G, ed. Sociology as applied to medicine, 6th ed. London:Saunders; 2008. p.55-71.
3. Boelen C. The five-star doctor: an asset to health care reform. Erişim adresi: <http://www.who.int/entitmy/hrt/en/hrdj>.
4. Özvarış ŞB, Demirel Ö. Öğrenen merkezli tıp eğitimi eğitici rehberi. TTB ve Tıp Eğitimi ve Bilişimi AD., Haziran 2002: 2.
5. Aslan D, Sayek İ. Tıp eğitimi içinde "uluslararası sağlık" yaklaşımı Hacettepe Tıp Dergisi 2005;36:135-138.
6. Frank JR, Snell L, Sherbino J, editors. CanMEDS 2015 physician competency framework. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.
7. The Royal Australasian College of Physicians (RACP), 2013, Professional Qualities Curriculum. Erişim adresi: <https://www.racp.edu.au/docs/default-source/pdfs/professional-qualities-curriculum.pdf?sfvrsn=8>
8. Watmough S, Waddelove C, Jaeger L. First year medical students' perceptions of a career in medicine – How can these inform careers support? Constructing the future: Career guidance for changing contexts. Birmingham: Institute of Careers Guidance 2009.
9. Draper C, Louw G. What is medicine and what is doctor? Medical students' perceptions and expectations of their academic and Professional career. Medical Teacher 2007;29(5):100-107.
10. Saban A. Öğretmen adaylarının öğrenci kavramına ilişkin sahip oldukları zihinsel imgeler. Türk Eğitim Bilimleri Dergisi 2013;1(7):281-326.
11. Arslan M, Bayrakçı M. Metaforik düşünme ve öğrenme yaklaşımının eğitim-öğretim açısından incelenmesi. Millî Eğitim Dergisi 2006;171:100-108.
12. Shuell TJ. Teaching and learning as problem solving. Theory into Practice 1990; 29(2):102-108.
13. Oxford RL, Tomlinson S, Barcelos A, Harrington C, Lavine RZ, Saleh A, Longhini A. Clashing metaphors about classroom teachers: toward a systematic typology for the language teaching field. System 1998;26(1):3-50.
14. Forceville C. The identification of target and source in pictorial metaphors. Journal of Pragmatics 2002; 34:1-14.
15. Weaver R. Medical mysteries and detective doctors: metaphors of medicine. HektoenInternatioanal; 2013. Erişim adresi: [http://www.hektoeninternational.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=160](http://www.hektoeninternational.org/index.php?option=com_content&view=article&id=160)
16. Leech NL, Onwuegbuzie AJ. A typology of mixed methods research designs. Qual Quant 2007; 43: 265–275.
17. Denzin NK, Lincoln YS. Collecting and interpreting qualitative material. Thousand Oaks, CA: Sage;1998.
18. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis. London: Sage;1994.
19. Silverman D. Doing qualitative research: a practical handbook. London: Sage;2000.
20. Sarp N. Hekim ve stres. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2000;53(2):133-137.
21. Çelik F. Tıbbin ve cerrahinin felsefesi; Erişim adresi: <http://www.sdplatform.com/Dergi/577/Tibbin-ve-cerrahinin-felsefesi.aspx>
22. Pfeiffer A, Noden BH, Walker ZA, Aarts R, Ferro J. General population and medical student perceptions of good and bad doctors in Mozambique. Educ Health 2011;24(1):387.



Dr. Serap Özer\*, Dr. Pınar Erbay\*

Geliş/Received : 19.12.2016

Kabul/Accepted : 22.03.2017

### Öz

**Amaç:** Manisa'da kent-gecekondu bölgelerinde yaşayan kadınlarda sezaryen doğum sıklığı ve ilişkili etmenlerin belirlenmesidir.

**Yöntem:** Kesitsel tipteki araştırma Manisa'da gecekondu ve kentsel bölgede dört ASB'de 15-49 yaş grubundaki 352 kadın ile yürütülmüştür. Katılımcıların sözel onamları alındıktan sonra anket formu uygulanmıştır. Tek değişkenli çözümlenmelerde Ki kare testi, çok değişkenli çözümlenmelerde lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların %90,6'sı vaginal doğumu, sağlıklı bulmasına karşın %45,9'u doğum yöntemi olarak sezaryeni tercih etmiştir. Sezaryen ile doğum tercihinde belirtilen nedenler, %49,0 ağrı çekmeme, %47,3'i hekim tavsiyesi, %33,7oranında bebeği riske atmama olarak sıralanmıştır. Doğum ve doğum yöntemleri hakkında kadınların %58,5'i eğitim almış olup bu eğitim kadınların yalnızca %30'u aile sağlığı elemanından almıştır. Aile sağlığı elemanından eğitim alan grupta, doğum yöntemi olarak sezaryen oranı düşüktür. Yapılan ileri analizlerde kadının sezaryen ile doğum yapmasında etkili bulunan anlamlı değişkenler bebekte sorun olması (OR: 7,08 - GA: 1,31 - 37, 66) ve kadının doğum tercihidir (OR: 54,81 - GA: 12,46 - 240, 92).

**Sonuç:** Katılımcıların doğum yöntemi tercihi %45,9 oranında sezaryendir. Sezaryen tercihinde etkili etmenler, kadının tercihi ve bebekte sorun saptanmasıdır. Doğum tercihini vaginal doğum yönünde artırmak için 1.Basamakta izlem prosedürlerinin etkin uygulanması önerilir.

**Anahtar sözcükler:** Sezaryen, Doğum, Doğum tercihi

### Abstract

**Aim:** In this study, it was aimed to identify the prevalence of Caesarean Section among women living in urban and urban slum areas of Manisa and effecting factors.

**Method:** This was a cross-sectional study carried out among 352 women aged 15-49, at four selected Family Health Units in urban and urban slum areas of Manisa. After the verbal consents of the participants were obtained, a questionnaire was conducted. Chi-squared test was used for univariate data analyses and multivariate analyses were conducted using logistic regression analysis.

**Findings:** Although 90,6 % of the participants described vaginal delivery as a healthy mode, 45,9% of them have preferred Caesarean Section for their previous deliveries. The factors associated with their preferences of Caesarean Section were fear of pain (49%), physician's advice (47,3%) and safety for baby (33,7 %). The 58,5% of the participants have received education on childbirth and modes of delivery, however, only 30 % of them received this education from the family health workers. Caesarean section was least preferred mode of delivery among the group of women who have received education from the family health workers. Further analyses revealed that the significant variables for choosing Caesarean section were presence of a problem in baby (OR: 7,08 - [GA: 1,31-37,66]) and woman's preference for delivery (OR: 54,81 - [GA: 12,46-240,92]).

**Conclusion:** Among 45,9 % of the participants, Caesarean section was previous delivery mode. The factors associated with choosing to have Caesarean section were woman's preference for delivery and presence of a problem in baby. To promote the preference for delivery mode towards vaginal delivery, the prenatal follow-up procedures should be fulfilled efficiently by primary care providers.

**Key words:** Caesarean section, Delivery, Choice of delivery

## Giriş

Yaşam döngüsü içinde kadınların gebelik ve doğum eylemi, fizyolojik kabul edilmesine karşın bu dönemde ana ve çocuk sağlığının olumsuz yönde etkilenmesine yol açacak pek çok etmen vardır. Doğumun nasıl olacağı yani doğum biçiminin tercihi bunlardan biridir. Anne ve bebek sağlığını doğum eylemi sırasında ve sonrasında riske sokan bir durum yoksa medikal olarak tercih edilmesi gereken yöntem vajinal doğumdur. Doğum biçimi olarak sezaryen, vajinal yolla doğumun mümkün olmadığı ya da vaginal doğumun fetüs için risk taşıdığı durumlarda uygulanan alternatif bir yöntemidir (1). Günümüzde tıbbi etmenler dışında anne adayının doğum tercihi konusundaki kararını etkileyen bir çok etmen bulunmaktadır. Doğum biçimi tıbbi endikasyonların yanı sıra anne adayının içinde bulunduğu sosyal, psikolojik ve çevresel etmenler tarafından da etkilenir (2).

DSÖ'nün sezaryen sıklığının %10-15 oranında olması gerektiği konusunda yaptığı önerilere karşın pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de sezaryen sıklığı, bu hedefin üzerindedir (3). 21 sanayileşmiş ülkenin 1987-2007 yılları arasında sezaryen doğum oranlarının karşılaştırıldığı bir çalışmada 2007 yılı itibariyle sezaryenle doğum oranları İtalya'da %39, Portekizde %35 Amerika Birleşik Devletleri'nde ve İsviçre'de %32'dir. Slovenya, Çek Cumhuriyeti, İrlanda, Avusturya ve Macaristan'da bu 10 yıllık dönem içinde sezaryenle doğum sıklığı 2 katına çıkmıştır (4).

Dünyaya genel olarak bakıldığında en yüksek sezaryen oranları Latin Amerika ve Karayipler de (%29), en düşük sezaryen oranı ise Afrika'da (%3,5) olduğu görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde ise ortalama %21 düzeyindedir. Çalışmada Türkiye'nin de içinde bulunduğu Asya kıtasında ise sezaryen sıklığı ortalaması %15,9 saptanmış olmasına karşın %40,5 ile Çin Halk Cumhuriyeti Asya'da sezaryen sıklığının en yüksek olduğu ülkedir (5).

Türkiye'de bildirilen sezaryenle doğum oranları yıllar içinde değişiklikler göstermektedir. Sağlık Bakanlığının 2006 yılında sunduğu verilere göre tüm doğumların %40,3'ü sezaryen doğum olup, doğum yapılan kuruma göre gruplandırıldığında

%60,6 oranında en sık özel hastanelerde uygulandığı görülmektedir. Türkiye'de 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması'na (TNSA) göre %21,2 olan sezaryen hızının, 2008 TNSA'da %36,7, 2013 TNSA'da %48,1 olduğu görülmektedir (6,7). Mersin'de 2015 yılında bir toplum sağlığı merkezi bölgesinde 18-49 yaş arası kadınların %52,4'ü en az 1 kez sezaryen ile doğum yapmıştır (25).

Uygulanan klasik sezaryen tekniğinin güvenilirliği, anestezi yöntemlerindeki gelişme, kan ürünlerine ulaşım kolaylığı ve operasyon endikasyonlarında genişleme, sezaryen sıklığını artıran nedenler arasında gösterilmektedir (8,9).

Sezaryen hızının artmasında gözardı edilmemesi gereken diğer etmenler ise annenin sosyoekonomik özellikleri ve doğum tercihidir. Annenin eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durumu ve ileri yaşta olması ile kentsel bölgede yaşıyor olması sezaryenle doğum oranını artırır. Anne adayının daha önceki gebelik ve doğum öyküsünde komplikasyonlarla karşılaşmış olması, sezaryen yöntemiyle doğumun daha güvenli olduğuna inanması ve doğumla ilgili olan önyargılarının varlığı sezaryenle doğum istemini artıran diğer etmenlerdendir (10,11).

Bu çalışmada Manisa İl Merkezi'nde kent ve gecekondu bölgelerinde seçilen aile sağlığı merkezlerine kayıtlı, o anda gebe olan (daha önce doğum yapmış/ilk gebeliği olan) ya da daha önce doğum yapmış 15-49 yaş arası kadınlarda sezaryen doğum sıklığı ve ilişkili etmenlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Çalışma kesitsel tipte bir araştırma olup Manisa'da gecekondu özelliği taşıyan Mevlana Bölgesi ve kentsel bir yerleşke olan Uncubozköy Bölgesi'nde Haziran-Ağustos 2013 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın evreni Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı gecekondu bölgesinde iki aile hekimine kayıtlı 2.038 ve kentsel bölgede seçilen iki aile hekimine kayıtlı 1.655 15-49 yaş arasında toplam 3.693 anne ve gebe kadından oluşmaktadır.

Araştırmada örneklem büyüklüğü Epi-info Stat-Calc programı yardımıyla bu bölgelerde beklenen sezaryan prevalansı %36,7 (TNSA -2008). %95 güven sınırında ve %5 hata ile 391 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışmada mahalle büyüklüğüne göre tabakalanmış küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Gecekondu bölgesinden 216 kentsel bölgeden 175' kadına ulaşılması planlanmıştır. Küme başı olacak haneler Sağlık Müdürlüğü'ne kayıtlı adres listelerinden rastgele seçilmiştir. Her bir kümenin büyüklüğü 10 hane olarak belirlenmiştir. Küme başı olarak belirlenen haneler ziyaret edilmiş ve kadınlara araştırma hakkında bilgi verilerek anket uygulanmıştır. Her bir kümede rastgele belirlenmiş olan küme başı haneden başlanarak ve 2 ev atlanarak bir küme 10 haneye tamamlanmıştır. Araştırma o anda evde bulunan 15-49 yaş arası anne ve gebeler üzerinde yürütülmüştür. Eğer evde birden fazla 15-49 yaş arası anne ve gebe varsa, doğum tarihi en küçük olan kadından veri toplanmıştır.

### **Veri toplama yöntemi**

Araştırmanın veri toplanmadan önce Manisa İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden izin alınmış, araştırmaya katılmayı kabul eden kadınlardan sözel onamları alındıktan sonra araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Anket formunun doldurulması yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Ankete katılmayı reddeden 11 kişi ve evde bulunamayan 18 kişi araştırma grubunun %9,9'unu oluşturmaktadırlar. Araştırmaya katılmayı reddeden ve evde bulunamayanlar ve gidilen evde 15-49 yaş grubunda anne ve gebe bulunmadığında bir sonraki haneye gidilerek veri toplama sürdürülmüştür. Sonuçta 352 kişiye ulaşılmış, araştırmanın katılım oranı %90,1 olarak gerçekleşmiştir.

Araştırmanın bağımlı değişkeni kadının bir önceki doğum biçimidir. Bağımsız değişkenler annelerin sosyodemografik ve sosyoekonomik özellikleri, gebelik öyküleri ve doğum yöntemleri hakkında görüşleri ve tercihlerini içeren sorulardan oluşmaktadır. Sosyodemografik ve sosyoekonomik sorular olarak; yaş, eğitim durumu, çalışma durumu, eşin eğitim durumu, eşin çalışma durumu, sağlık güvencesi, gelir algısı, göç durumu varlığı, evde kimlerin yaşadığı, aile tipi, sigara kullanımı, son gebeliğinden önce

kullandığı aile planlaması yöntemi, evlenme yaşı, evlilik süresi, eşiyile kan bağı değerlendirilmiştir (19).

### **Gebelik öyküsü olarak**

Gebelik sayıları, ilk gebelik yaşı ve nasıl sonuçlandıkları (düşük, ölü doğum) değerlendirildi. Şu an gebeyse kaçınıcı çocuğu olduğu, son çocuğunun yaşı, önceki doğumların , bir önceki doğumun şekli, sezaryen ise nedeni ve planlı olup olmadığı, kişiye göre en sağlıklı doğum şekli, gebelik süresince yaşadığı sağlık sorunları, son doğumun olduğu yer, doğumda ve takiplerde bebekte herhangi bir sağlık sorunu olup olmadığı, şu an gebe olup olmadığı, gebeyse planlanan doğum şekli, gebelikte sigara kullanımı, gebelikte yapılan izlem öyküsü, doğum ve doğum yöntemleri hakkında eğitim durumu, doğum şekli kararını etkileyen kişiler, son doğumunda/ şu an gebeyse doğum şekline ait tercihi ve nedenleri değerlendirilmiştir.

Veri Analizinde anket formları kontrol edilip numaralandırıldıktan sonra SPSS 15.0 istatistik programı ile veriler değerlendirilmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenlerin analizde Ki kare testi ile uygulanmıştır. çok değişkenli analiz olarak lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

### **Bulgular**

Araştırma grubunda annelerin yaş ortalaması  $33.4 \pm 7.9$ , %47.7'si 25-34 yaş grubundadır. Gecekondu bölgesinde annelerin %53.0'ı 18 yaş altında evlilik yapmış olup, bu oran kentsel bölgede %6,5'tir. Araştırma grubundaki kadınların çalışma durumları sorulduğunda, gecekondu bölgesindeki katılımcıların %5.6'sı, kentsel bölgedeki katılımcıların %43,5'i gelir getiren bir işte çalışmaktadır. Katılımcıların eğitim durumları incelendiğinde %37,5'i ilkökul ve/veya ortaokul mezunu, %38,9'u lise ve üzeri eğitime sahiptir. Okuma-yazma bilmeyen kadınlar, grubun %15.9'unu oluşturmaktadır. Bölge olarak değerlendirdiğimizde okuma yazma bilmeyen kadınların tamamı gecekondu bölgesinde yaşamaktadır. Çalışma grubunda algılanan gelir durumunu %44.3'ü gelirini giderinden az olarak tanımlamıştır (Tablo 1).

Çalışma grubunda kadınların %8,5'i araştırma sırasında gebedir ve ortalama gebelik sayısı

2.9±2.0'dur. İlk gebelik yaşları sorulduğunda adölesan gebelik oranı %20,7'dir. Kadınların %28,1'inin yaşayan çocuk sayısı bir, %36,7'sinin iki, %20.1'inin üç, %15,1'inin 4 ve üzeridir. Kadınlara bir önceki doğumlarının hangi yöntemle olduğu sorulduğunda sezaryen oranı %45,9'dur. Son doğumda doğum yöntemi olarak sezaryen uygulanan kadınların %52,3'ü sezaryenin planlı olduğunu belirtmiştir. Sezaryen nedenleri sorgulandığında %44,9 anneye bağlı nedenler, %43,6 bebeğe bağlı nedenler, %8,3 daha önce sezaryen şeklinde doğum yapmak olarak saptanmıştır. Çalışmamızdaki şu an gebe olan kadınların %32,1'i sezaryen doğum planladığını belirtmiştir.

Çalışma grubuna doğum konusundaki düşünceleri sorulduğunda normal doğum, %90,6 oranında sağlıklı olarak nitelendirilen doğum biçimidir. Kadınların %67.3'ünün son doğum yaptığı kurum devlet hastanesidir. Çalışma grubunun %97,2'si son gebeliklerinde izlenmiştir. Bu izlemlerin %56,5'i 1. Basamak sağlık kurumlarında gerçekleşmiştir. Doğum ve doğum yöntemleri hakkında kadınların %58,5'i eğitim almıştır; bu eğitimlerin çoğu izleyen hekim tarafından verilmiştir. Çalışma grubunun %51,4'ü gebelik öncesinde herhangi bir aile planlaması yöntemi kullandığını belirtmiştir. Aile planlaması yöntemi kullanan katılımcılar arasında en sık tercih edilen yöntem kondomdur.

Kadınların %73.9'u doğum biçimi kararlarının kendilerine ait olduğunu belirtirken izleyen hekim tavsiyesi ise %52,8 oranındadır. Normal doğum tercih nedenleri sıralandığında, %60.2 ile daha sağlıklı olduğunu düşünme, %33.8 oranında daha kolay olduğunu düşünme, %28.7 ile erken iyileşmeyi isteme olarak sıralanmıştır. Sezaryen ile doğum tercih edenlerin belirttiği en sık nedenler, ağrı çekmeme (%49.0), hekim tavsiyesi (%47,3), bebeği riske atmama (%33,7) olarak sıralanmıştır. Doğum tercihi ve tercihi etkileyen etmenler Tablo 2'de özetlenmiştir.

Kadınların bir önceki doğum tercihleri ile sosyodemografik özellikleri incelendiğinde kadınların yaşadığı bölge, ilk evlilik yaşları, çalışma durumları, eğitim durumları, eşlerinin eğitim durumu, algılanan gelir düzeyi ve eş ile akrabalık durumu arasında istatistiksel olarak

anlamli ilişki saptanmıştır. Doğum tercihleri ile gebelik öyküsü incelendiğinde ilk gebelik yaşının 19 yaş ve üzeri olması, çocuk sayısının ikiden az olması, önceki gebeliklerinde bebekte herhangi bir sorun saptanması, son doğumu özel hastane ya da üniversite hastanesinde gerçekleşmesi durumunda sezaryen oranları istatistiksel olarak anlamli bir biçimde yüksek saptanmıştır. Kadınların gebelik süreçleri ve bir önceki doğum biçimi incelendiğinde doğum öncesi eğitim almış kadınlarda, doğum biçimi kararını alırken sağlık personelinde etkilendiğini ifade edenlerde sezaryen oranları istatistiksel olarak anlamli bir biçimde yüksek saptanmıştır. Kadının doğum öncesi doğum tercihi ve gerçekleşen doğum yöntemi arasında anlamli bir ilişki bulunmuştur (Tablo 3).

Tek değişkenli analizlerde istatistiksel olarak anlamli bulunan değişkenlerle kurulan lojistik regresyon analizinde kadının sezaryen ile doğum yapmasında etkili bulunan anlamli değişkenler bebekte sorun olması (OR: 7,08 - GA: 1,31-37,66). ve kadının doğum tercihidir (OR: 54,81 - [GA: 12,46-240,92).

Modele dahil edilen değişkenler: bir önceki doğum biçimi ile ilişkili olarak saptanan bölge, kadının çalışma durumu, eğitim durumu, eşin mesleği, gelir durumu, akrabalık durumu, ilk gebelik yaşı, sağlıklı olduğu düşünülen doğum şekli, son gebelikte kadının tercihi, kadının gebeliği boyunca izlendiği yer, gebelikte bebekte sorun varlığı, kararını etkileyen kişiler analize dahil edilmiştir.

### **Tartışma**

Yaptığımız çalışmada sezaryen oranı %45.9 'dur. Bu oran 2013 TNSA'da %48.0'dir (7). Ankara'da Özkan ve 7 2013'te yaptığı çalışmada araştırmaya katılan gebe ve daha önce doğum yapmış kadınların yaklaşık yarısı sezaryen ile doğum yapmıştır (12). İzmir Narlıdere'de 2002'de yapılan bir çalışmada sezaryen oranı %46.9 olarak saptanmıştır (8).

Karabulutlu'nun Erzurum'da kadınların doğum tercihini etkileyen etmenleri saptamaya yönelik çalışmasında sezaryenle doğum oranı %21,2'dir (13). Mersin'de 2015 yılında bir toplum sağlığı merkezi bölgesinde 18-49 yaş arası kadınların



**Tablo 1.** Araştırma grubunun bölgelere göre sosyodemografik ve sosyoekonomik yapısı

		Gecekondu bölgesi		Kentsel bölge		Toplam	
		Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Çalışma grubumuzun yaş dağılımı</b>	18-24 yaş	33	16.7	10	6.5	43	12.2
	25-34 yaş	91	46.0	77	50.0	168	47.7
	35 ve üstü yaş	74	37.4	67	43.5	141	40.1
<b>Medeni durum</b>	Evli	187	94.4	137	89.0	342	92.0
	Diğer	11	5.6	17	11.0	28	8.0
<b>İlk evlilik yaşı</b>	18 yaş ve altı	105	53	10	6.5	115	32.7
	18 yaş üstü	93	47	144	93.5	237	67.3
<b>Çalışma durumu</b>	Çalışmıyor/ev hanımı	187	94.4	67	43.5	254	72.2
	Çalışıyor	11	5.6	87	56.5	98	27.8
<b>Eğitim durumu</b>	Eğitimsiz	83	41.9	-	-	83	23.6
	İlköğretim	107	54.0	25	16.2	132	37.5
	Lise ve üstü	8	4.0	129	83.8	137	38.9
<b>Eşin eğitim durumu</b>	Eğitimsiz	28	14.1	-	-	28	8.0
	İlköğretim	141	71.2	10	6.5	151	42.9
	Lise ve üstü	29	14.6	144	93.5	173	49.1
<b>Eşin işi</b>	Alt düzey	179	90.4	53	34.4	232	65.9
	Üst düzey	19	9.6	101	65.6	120	34.1
<b>Algılanan gelir düzeyi</b>	Gelir giderden az	127	64.1	29	18.8	156	44.3
	Gelir gidere eşit	67	33.8	90	58.4	157	44.6
	Gelir giderden fazla	4	2.0	35	22.7	39	11.1
<b>Aile yapısı</b>	Çekirdek aile	148	74.7	131	85.1	279	79.2
	Geniş aile	47	23.7	5	3.2	52	14.7
	Parçalanmış aile	3	1.5	18	11.7	21	6.1
<b>Eş ile akrabalık</b>	Var	78	39.4	12	7.8	90	25.6
	Yok	120	60.6	142	92.2	262	74.4

%52.4'ü en az 1 kez sezaryen ile doğum yapmıştır (25). Denizli'de Pamukkale ilçesinde yapılan kesitsel çalışmada Gerçekleşen doğumların %53,7'si normal doğum, %46,3'ü sezaryen doğumdur(26). Ülkemizde farklı sosyoekonomik ve sosyokültürel özellikleri taşıyan kentlerde yapılan bu araştırmalarda sezaryen sıklıkları değişiklik göstermektedir. Fakat DSÖ 'nün hedeflediği oranın çok üstündedir.

Manisa kent merkezinde yürütülen bu çalışmada kentsel ve gecekondu bölgesinde sezaryen oranları arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmıştır. Sezaryen ile doğum oranı

gecekondu bölgesinde %35.8, kentsel bölgesinde ise %58.8 bulunmuştur. Yapılan çalışmalar, annenin eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik yapısı ve annenin ileri yasta olması ile kentsel bölgede yasıyor olmasının sezaryenle doğum oranını artırdığını belirtilmektedir (10,14). Birçok çalışmada yaş arttıkça artan malprezantasyon, ilerlemeyen eylem, iri bebek, fetal distres, preeklamsi, plasenta previa gibi gebelikte karşılaşılan sorunların, sezaryen oranlarını artırdığı belirtilmektedir (15). Çalışmamızda ise kadınların yaş gruplarıyla doğum biçimleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak eğitim seviyesi arttıkça sezaryen oranları artmıştır.

**Tablo 2.** Araştırma grubundaki katılımcıların doğum tercihi ve tercihlerini etkileyen faktörler

<b>Bir önceki doğum şekli</b>	Normal doğum	184	54.1
	Sezaryen	156	45.9
<b>Sezaryen nedenleri</b>	Anneye bağlı	70	44.9
	Bebeğe bağlı	68	43.6
	Daha önce sezaryen olmak	13	8.3
	Bilmiyor	5	3.2
<b>Planlanan sezaryen olma durumu</b>	Hayır	74	47.7
	Evet	81	52.3
<b>Sağlıklı olarak nitelenen doğum şekli</b>	Normal doğum	319	90.6
	Sezaryen	33	9.4
<b>Doğum şekli kararını etkileyen kişiler</b>	Kendi	260	73.9
	Anne	16	4.5
	Eş	64	18.2
	Kayınvalide	7	2.0
	İzleyen hekim	186	52.8
	Komşu / arkadaş	5	1.4
	Sağlık personeli	15	4.3
<b>Önceki normal doğumun tercih edilme sebepleri (n=247)</b>	Çevre baskısı	2	0.8
	Ameliyat korkusu	51	20,6
	Önceki doğumun normal yolla olması	24	9,4
	Maliyetin daha düşük olması	15	6,0
	Erken iyileşmek	101	40,7
	3ten fazla çocuk isteği	6	2,4
	Daha erken emzirebilmek	31	12,5
	Daha sağlıklı olduğunu düşünme	212	85,5
	Daha kolay doğum yapmayı isteme	119	48,0
	Sezaryenden korkma	66	26,6
	Bebeğin daha sağlıklı olacağını düşünme	97	39,1
	Hekim tavsiyesi	19	7,7
<b>Önceki sezaryen doğumun tercih edilme sebepleri (n=105)</b>	Bebeği riske atmamak için	36	33,7
	Epizyotomi korkusu	10	9,6
	Ağrı çekmemek için	52	49,0
	Doğum zamanının önceden belirlenebilme şansı	9	8,7
	Önceki zor doğum öyküsü	12	11,5
	İleride tuvaletini tutamama korkusu	10	9,6
	Rahim ve diğer organların sarkma korkusu	10	9,6
	Tüplerini bağlatma isteği	22	21,2
	İleri yaş	8	7,7
	Annenin sağlık problemi olması	11	9,6
	Kıymetli bebek	5	4,8
	Hekim tavsiyesi	48	47,3
	Sezaryenin daha sağlıklı olduğunun düşünülmesi	17	16,3
	Önceki doğumlardan kazanılan tecrübe	15	14,4

Algılanan gelir düzeyi de doğum tercihinde anlamlı bir değişkendir. Çalışmamızda algılanan gelir düzeyi giderinden fazla olan kadınlarda sezaryen oranlarının daha yüksek olduğunu saptanmıştır. Vatansaver ve arkadaşlarının

çalışmasında da sezaryen oranları gelir düzeyiyle paralel olarak artmaktadır (16). Brezilya'da yapılan bir epidemiyolojik çalışmada sezaryen oranlarının eğitim seviyesi ve gelir durumu yüksek olan kadınlarda daha fazla olduğu belirtilmiştir (17).

Çalışmamızdaki kadınların evlilik yaşı, 18 yaş üstü olanlarda sezaryen oranı %50'dir. Doğum tercihleri ile ilk evlilik yaşı arasında istatistiksel anlamda fark saptanmıştır. Karabulutlu'nun 2012 yılındaki çalışmasında kadınların evlenme yaşları ile doğum tercihleri arasında yapılan istatistiksel değerlendirmede, aralarındaki fark ileri derecede anlamlı bulunmuş, sezaryen doğumu tercih eden grubun %58.5'inin evlenme yaşının 19 ve üzeri olduğu saptanmıştır (13). Kadının evlenme yaşı, kadının sosyoekonomik durumundan ve eğitim seviyesinden etkilenmektedir. Ankarada 20 yaş altında evlenmiş olanların eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu, herhangi bir işte çalışmadıkları, eşlerinin mesleki statülerinin ve kişi başına düşen yıllık gelirlerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (18). Bu açıdan değerlendirildiğinde evlenme yaşı karıştırıcı bir faktör olabilir.

Çalışmamızda kadınların %41.5'i doğum ve doğum yöntemleri hakkında eğitim almamıştır. Eğitim alan grubun da %33.6'sı kendisini izleyen hekimden, %29.6'sı ASM'de çalışan aile sağlığı elemanından, %4.4'ü komşu ve akrabalarından, %2.4'ü de kitle iletişim araçlarından eğitim almıştır. Birinci basamağın gebelik izlemeleri sırasında kadınlara doğum ve doğum yöntemleri konusundaki %29.6'lık bilgi kaynağı olması dikkat çekici bir bulgudur. Sağlık Bakanlığı'nın birinci basamakta kadın sağlığına yönelik uyguladığı programlardan biri olan doğum öncesi bakım prosedürüne göre ilk izlemeden başlayarak doğum eylemi ve doğum hakkında danışmanlık verilmesi öngörülmüştür. TNSA 2013 verilerine göre son beş yıl içinde gebe kadınların %97'si herhangi bir sağlık personelinin eğitim aldığı doğum öncesi bakım prosedürüne göre ilk izlemeden başlayarak doğum eylemi ve doğum hakkında danışmanlık verilmesi öngörülmüştür. TNSA 2013 verilerine göre son beş yıl içinde gebe kadınların %97'si herhangi bir sağlık personelinin eğitim aldığı doğum öncesi bakım prosedürüne göre ilk izlemeden başlayarak doğum eylemi ve doğum hakkında danışmanlık verilmesi öngörülmüştür. TNSA 2013 verileriyle uyumlu değildir. Bu dönem içinde geçilen aile hekimliği uygulamasının ve doğum politikalarındaki değişikliklerin bu farkta ne kadar etkili olduğu başka bir araştırma konusu olabilir. Katılımcılardan alınan sözel verinin güvenilirliğini ve anımsama biası gözönünde bulundurulmalıdır (7).

Gebelerin izlem yapıldığı yere göre doğum tercihleri değişmektedir. Kadınlara doğum öncesi bakımlarını çoğunlukla aldıkları kuruma göre

değerlendirildiğinde; Yalnızca ASM'de izlenen gebelerin %76,9 'u normal doğumu tercih etmişlerdir. Devlet hastanesinde izlenen kadınların %58,1'i, özel ve üniversite hastanesinde izlenen kadınların %59,5 'i sezaryenle doğumu tercih etmiştir. Doğum öncesi eğitimini aile sağlığı elemanından alan kadınların %46'si, hekimden alan kadınların %64,3'ü sezaryen ile doğum yapmıştır. TNSA-2013 öncesindeki beş yıllık dönemde doğum öncesi bakımın %95 oranında doktor tarafından verilmiş olması dikkati çekmektedir. Ayrıca raporda; doktorlar tarafından izlenen gebelerde sezaryen oranının ebeler tarafından takip edilen gebelere göre daha yüksek olduğu bildirilmiştir (7). Sonuçlar göz önüne alındığında ASM tarafından izlenen ve aile sağlığı elemanından tarafından doğum öncesi eğitim alma sezaryenle doğum yapma riskini azaltmaktadır. 2012 yılındaki bir çalışmada aile sağlığı merkezinde kontrollerini yaptıran gebelerin %77.4 oranıyla en fazla normal doğum kararı verdikleri belirlenmiştir. Normal doğuma karar veren gebelerin en düşük oranda (%44) üniversite hastanesinde izlenen gebeler olduğu saptanmıştır (13).

Yaptığımız çalışmada, üniversite hastanesinde doğum yapmış gebelerin %76'sı, özel hastanede doğum yapan gebelerin yaklaşık %68,7 'sı,devlet hastanesinde doğum yapmış gebelerin %39.6'sı doğum tercihi olarak sezaryeni tercih etmiştir. Karabulut ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada özel hastanede %20, devlet hastanesinde %25'tir (13). İspanyada yapılmış çalışmada ise sezaryen ile doğum ile kadının doğum yaptığı klinik arasında ilişki olduğu saptanmıştır (19). Özel kadın doğum hastalıkları kliniklerinde sezaryenle doğum daha fazladır (OR: 2.3-%95 CL: 1,9-2.7). Araştırma grubumuzda kadınların sezaryen ile doğumu tercih etmelerinin nedenleri olarak en sık %49.0 oranında ağrı çekmek istememe, %47.3 oranında hekim tavsiyesi, %33.7 oranında bebeği riske atmama, %21,2 tüplerini bağlatma isteği ve %16,3 sezaryenin daha sağlıklı olduğunun düşünülmesi olarak saptanmıştır. Karabulutlu'nun 2012'de yaptığı bir başka çalışmada sezaryen doğumu tercih etme nedenleri arasında ise; %50 hekim isteği, %28.3 kendi isteği, %9.4 miad geçmesi, %7.5 vajinal doğum korkusu, %4.7 oranında ise sezaryen doğumun daha sağlıklı olduğunun düşünülmesi olarak saptanmıştır (13). Özkan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada

**Tablo 3.** Araştırma grubundaki katılımcıların ve sosyodemografik özellikleri, gebelik öyküsü ve doğum tercihini etkileyen faktörlere göre bir önceki doğum biçimi açısından dağılımı

		Bir önceki doğum şekli				
		Normal		Sezaryan		p
		Sayı	%	Sayı	%	
Bölge	Mevlana	122	61,2	68	35,8	0.000
	Uncubozköy	61	41,2	87	58,8	
İlk evlilik yaşı	18 yaş ve altı	70	62,5	42	37,5	0,032
	18 yaş üstü	113	50,0	113	50,0	
Çalışma durumu	Çalışmıyor/ev hanımı	145	59,4	99	40,6	0.000
	Çalışıyor	38	40,4	56	59,6	
Eğitim durumu	Eğitimsiz	56	69,1	25	30,1	0.000
	İlköğretim	73	57,9	53	42,1	
	Lise ve üstü	54	41,2	77	58,8	
Algılanan gelir düzeyi	Gelir giderden az	96	63,2	56	36,8	0.000
	Gelir gidere eşit	72	48,6	76	51,4	
	Gelir giderden fazla	15	39,5	23	60,5	
Eş ile akrabalık	Var	60	69,0	27	31,0	0.000
	Yok	123	49,0	128	51,0	
İlk gebelik yaşı	18 yaş ve altı	47	65,3	25	34,7	0,033
	18 yaş üstü	136	51,1	130	48,9	
En sağlıklı doğum biçimi	Normal doğum	175	57,4	130	42,6	0,000
	Sezaryen	8	24,2	25	75,8	
Son doğum yaptığı yer	Devlet hast.	137	60,4	90	39,6	0,000
	Özel hast.	21	31,3	46	68,7	
	Üniversite hast.	6	24,0	19	76,0	
Doğum öncesi aile planlaması yöntem kullanımı	Hayır/anımsamıyorum	94	58,6	71	43,6	0,28
	Evet	89	51,4	84	48,6	
Son gebelikte izlem durumu	Yapılmış	174	52,9	155	47,1	0,005
	Yapılmamış	9	100	-	-	
Doğum esnasında/sonrasında bebekte problem	Hayır	173	56,4	134	43,6	0,009
	Evet	10	32,3	21	67,7	
Doğum öncesi izlemin yapıldığı yer	Asm	60	76,9	18	23,1	0.000
	Devlet	31	41,9	43	58,1	
	Özel	17	40,5	25	59,5	
Doğum öncesi eğitim	Hayır	98	70,5	41	29,5	0.000
	Evet	85	42,7	114	57,3	
Doğum şekli kararını etkileyen kişiler	Kendi	88	81,5	20	18,5	0.000
	Sağlık personeli	20	24,1	63	75,9	
	Birden fazla	72	50,7	70	49,3	
Son gebelikteki doğum tercihi	Normal	172	73,2	63	26,8	0.000
	Sezaryen	11	10,7	92	89,3	

**Tablo 4.** Bir önceki doğumun sezaryen olması ile ilgili faktörlerin lojistik regresyon analizi

	Değişken	OR	%95 CI	p
Kadının doğum şekline ait tercihi	Normal doğum	1		
	Sezaryen	54,81	12,46-240,92	0,000
Bebekte sorun varlığı	Hayır	1		
	Evet	7,08	1,31-37,66	0,022

*\*Bu modelde, bir önceki doğum şekli ile ilişkili olarak saptanan bölge, kadının çalışma durumu, eğitim durumu, eşin mesleği, gelir durumu, akrabalık durumu, ilk gebelik yaşı, sağlıklı olduğu düşünülen doğum şekli, son gebelikte kadının tercihi, kadının gebeliği boyunca izlendiği yer, gebelikte bebekte sorun varlığı, kararını etkileyen kişiler analize dahil edilmiştir.*

sezaryen kararında kadınların yaklaşık 2/3'ü hekim tavsiyesi nedeniyle olduğunu belirtmişlerdir (12). 2006'da Afyon'daki çalışmada da sezaryen tercih edenlerin yaklaşık yarısı bu tercihe doktor tarafından yönlendirildiğini belirtmiştir (20).

Kadınların doğum biçimi konusundaki kararları etkileyen kişiler sorgulandığında; çalışmamızda normal doğum yapanların %81.5'i doğum şekline kendisi karar vermişken, sezaryen olanların da %75,9'u sağlık personelinin etkilenerek karar vermiştir. Sezaryen yöntemi ile doğum yapan annelerin yaklaşık %75'i doğum öncesi eğitimlerini izleyen hekimden almıştır. Bu sonuçlar göz önüne alındığında kadınların sezaryen doğum

şeklini tercih etmesinde hekimlerin çok büyük bir role sahip olduğunu görülmektedir. Gebelik takibinde kullanılan yöntemlerin gelişmesi ve fetal distress tanısının artması, ilk gebeliğin daha geç döneme kayması, eski sezaryenli hasta sayısının artması, daha önceki gebeliğin sezaryen ile sonlandırılması, makat gelişte ameliyat endikasyonunun değişmesi gibi sebeplerle sezaryen sıklığında artış olmaktadır. Yapılan bir derlemede fetal monitorizasyonun sezaryen sıklığını artırdığı ayrıca hekimlerin müdahaleli doğumlardan kaçınması, tıbbi komplikasyonlar ve malpraktis olgularında artan adli olguların etkisi de yine bu artışın nedenlerinden sayılmaktadır (8,9).



**Fotoğraf: "Anne Bebek İlk Buluşma"** Fatma Küçükşahin  
TTB-STED Fotoğraf Yarışması 2016 Sergi Ödülü

Manisa'da kentsel ve gecekondu bölgesinde seçilen örnekleme yapılan bu çalışmada sezaryen doğum oranları ile kentsel bölgede yaşama, eğitilmiş olma, gelir düzeyinin yüksek olması, 19 yaş ve üstü ilk evlilik yaşı, kadının çalışma durumu, sağlıklı olarak nitelenen doğum biçimi, önceki doğum biçimi, doğumun yapıldığı yer, doğum öncesi bakım alma, doğum öncesi eğitim alma tek değişkenli analizde istatistiksel olarak anlamlı bulunan değişkenlerdir. Bu değişkenlerle kurulan lojistik regresyon modelinde anlamlı olarak bulunan değişkenler, kadının doğum tercihi (OR: 54,81 – [GA: 12,46-240,92]). ve bebekte sorun varlığı (OR: 7,08-GA 1,31-37,66) dir. Araştırmamızda doğum tercihi olarak sezaryen doğumu sağlıklı olarak niteleyen katılımcılar, %75,8 oranında sezaryen ile doğum yapmıştır. Doğum biçimi kararını etkileyen faktörler göz önüne alındığında araştırma grubunda kadınlar kararlarını büyük çoğunlukla kendileri almışlardır. İkinci olarak ise izleyen hekimden etkilenmişlerdir. Kadının sezaryen doğumu kendi isteğiyle tercih etmesi üzerinde durulması gereken bir konudur. Kadın-aile merkezli yaklaşımda kadınların perinatal dönemde alacakları bakım ve tedavi konularında, kararlara katılım ve seçim yapma haklarını desteklemektedir. fakat kadınların sezaryen doğum talebinde bulunma hakları olup olmadığı günümüzde tartışılmaktadır (21). Bu durumlarda doktorun öncelikle kadın ve ailesine vereceği danışmanlık kadının doğum tercihinde etkili olacaktır (21,22).

Kadının sezaryen kararında hekim etkisini araştırmak üzere yapılan çalışmalarda, anne isteminin aslında önemli bir oranda doktor yönlendirmesi olduğu, annelerin öncelikle bebekleri için doğru ne ise onun yapılmasını istediklerini ortaya koymuştur (23,24). Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda çalışmamıza hekimlerin dahil edilmemesi nedeniyle sezaryen tercih nedenleri arasında olan hekim tavsiyesi hakkında yeterince bilgi edinmemiş olmamız araştırmamızın bir kısıtlılığı olarak kabul edilebilir. Hekimlerle yapılacak ayrı bir çalışmayla, hekimlerin doğum tercihi konusundaki görüşleri saptanabilir. Bu nedenlerin sağlık politikalarıyla ya da mesleki yaklaşımla ilişkili olup olmadığı ortaya çıkarılabilir.

## Sonuç ve Öneriler

Araştırmada sezaryen ile doğum oranı %45,9'dur. Çalışma grubunun doğum tercihlerini etkileyen faktörler; kadının tercihi ve gebelikte bebekte saptanan sorun varlığı olarak saptanmıştır. Kadınların doğum biçimi olarak sezaryeni tercih etme nedenleri arasında ağrı çekme korkusu ve hekim tavsiyesi ilk sıralardadır. Kadınların %41,5'i de doğum ve doğum yöntemleri hakkında bilgi sahibi değildir. Eğitim alan kişiler ise yalnızca %30'u kayıtlı olduğu aile sağlığı merkezindeki aile sağlığı elemanından bu eğitimi almıştır.

Bu sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda kadınlara sağlıklı doğum biçimi olan vajinal doğum hakkında eğitimlerin artırılması ve bu eğitimlerin 1. Basamak sağlık kurumları tarafından 15-49 yaş ve doğum öncesi bakım prosedüründe öngörülen izlemler sırasında daha etkin uygulanması önerilir. Kadın doğum uzmanları tarafından sezaryenin tercih edilme nedenleri üzerine niteliksel araştırmalar yapılması önerilir.

**İletişim:** Dr. Serap Özer

**E-posta:** serap-ozero@rocketmail.com

## Kaynaklar

1. Yılmaz E., Kara M., Okumuş B., Aran E.. Kliniğimizin dört yıllık sezaryen ve normal spontan vajinal doğum istatistiği.; TJOD Derg 2008; 5: 253- 7
2. Akyol A, Yağcı Ş, Tekirdağ A. Sağlık Personelinin Doğum Şekli ve Özelliklerinin Sağlık Personeli Olmayanlarla Karşılaştırması. JOPP Derg 2011, Vol 3 (2):55-63.
3. World Health Organization. Appropriate technology for birth. Lancet 1985;2:436-437.
4. Declercq E., Young R., Cabral H, Ecker J. Is a Rising Cesarean Delivery Rate Inevitable? Trends in Industrialized Countries, 1987 to 2007; Birth. 2011 Jun;38 (2):99-104. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21599731>
5. Betrán, A. P., Merialdi, M., Lauer, J. A., Bing-Shun, W., Thomas, J., Van Look, P. and Wagner, M. (2007), Rates of caesarean section: analysis of global, regional and national estimates. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 21: 98–113. doi: 10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-3016.2007.00786.x/abstract>
6. T.C. Sağlık Bakanlığı. Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Damla Matbaacılık, Ankara 2010.
7. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü,

- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ve TÜBİTAK, Ankara: Türkiye;2014
8. Konakçı SK, Kılıç B. İzmir'de Sezaryen İle Doğum Sıklığı ve Buna Etki Eden Faktörler Türkiye Klinikleri Jinekoloji Obstetrik. 2004; 14 (2): 88-95.
  9. Park, C. S., Yeom, S. G., Choi, E. S. (2005). Study of subjectivity in the perception of cesarean birth. *Nursing and Health Sciences*, 7 (1): 3-8.
  10. Hopkins, K., Are Brazilian Women Really Choosing to Deliver by Cesarean?, *Social Science & Medicine*, 51, 725-740, 2000.
  11. Gözükara F, Eroğlu K. İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi* 2008; 15 (1):32-46.
  12. Özkan S., Sakal F., Avcı E. Ve arkadaşları. Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler. *Türk halk sağlığı dergisi* 2013; 11 (2); 59-71.
  13. Karabulutlu Ö., Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler İ.Ü.F.N. Hem. Derg (2012) Cilt 20 - Sayı 3: 210-218
  14. Spurrett, P., Cook, C.M., Why We Choose Cesarean Section: A Prospective Study, *Australian and New Zealand Journal Obstetric and Gynecology*, 76, 448-52, 1997.
  15. Tang, S., Li, X., Wu, Z. (2006). Rising cesarean delivery rate in primiparous women in urban China: Evidence from three nationwide household health surveys. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1-6.
  16. Vatansever Z, Okumuş H. Gebelerin doğum şekline karar verme durumlarının incelenmesi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 2013; 6: 82-87.
  17. Behaque, DP, Victora, CG. ve Barros, FC., (2002). "Consumer Demand for Cesarean Sections in Brazil: Informed Decision Making, Patient Choice, or Social Inequality? A Population Based Birth Chart Study Linking Ethno Raping and Epidemiological Methods", *BMJ: British Medical Journal*, 324:942-5.
  18. Çöl M., Çalışkan D., Akdur R. Genç yaş evliliklerinin anne ve çocuk Sağlığı üzerine etkileri. *Ankara Tıp Mecmuası (The Journal Of The Faculty Of Medicine)* Vol. 47 : 95-108, 1994
  19. J Salvador,1,2 G Cano-Serral,1,2 M Rodrı ´ guez-Sanz,1,2 A Lladonosa,3,4 C Borrell1,2,5 Inequalities in caesarean section: influence of the type of maternity care and social class in an area with a national health system; *J Epidemiol Community Health* 2009;63:259–261.
  20. Yaşar Ö, Şahin FK, Coşar, E, Köken NG, Cevrioğlu AS. Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Bunu Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi* 2007; 17 (6):414-420.
  21. Robson MS (2001). Can we reduce the caesarean section rate? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics Gynaecology* 15 (1): 179-194.
  22. Coulson CC, Cain JM (1999). Medical legal ethical aspects of cesarean section. *Current Obstetrics & Gynaecology*, 9: 53-54..
  23. Sayiner FD, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E, Savcı A. Kadınların Doğum Şekli Tercihlerini Etkileyen Faktörler. *Perinatoloji Dergisi* 2009;17 (3):104-112.
  24. Şahin N, Dinç H, Dişsiz M. Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler.
  25. Oner S., Kocas F. The prevalence of cesarean section among 18-49-year-old women living in Mersin province and affecting factors. (2016) *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15 (5) , pp. 401-407.
  26. Til A, Özcan B, Zencir M. Pamukkale İlçe Toplum Sağlığı Merkezi Bölgesindeki Gebelerin Doğum Korkusu Ve Doğum Tercihleri Arasındaki İlişki. *19.UHSK-Antalya-Mart, 2017.*



Dr. Ahmet Dinçer\*, Dr. Şerife Kurşun\*\*

Geliş/Received : 14.03.2016

Kabul/Accepted: 10.08.2016

## Öz

**Amaç:** Araştırma, üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma özel bir üniversitede eğitim gören araştırmaya katılmayı kabul eden 260 öğrenci ile yapılmıştır. Araştırma verileri literatür doğrultusunda hazırlanan ve 16 sorudan oluşan anket formu ile 23 sorudan oluşan Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ) ile elde edilmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, t test ve varyans analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması  $20.71 \pm 1.69$ 'dur. öğrencilerin %81.2'si hipertansiyon belirtilerini bilmektedir. Öğrencilerin yaşı, cinsiyeti, ailede sağlık çalışanı bulunması ve sağlığı algılama durumları ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark olmadığı ancak dördüncü sınıfta okuyan ve tedavi gördüğü hastalığı bulunanların sağlık okuryazarlığı düzeyinin anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı ( $p < 0.05$ ).

**Sonuç:** Çalışmaya katılan üniversite öğrencileri ilaç dozlarının zamanını, hipertansiyon belirtilerini ve hastane randevusu almayı iyi bilmekte ancak hipertansiyon belirtilerini ve hastalıkları ile ilgili şikayetlerde başvurulacak polikliniği iyi bilmemektedir. Bu sonuçlar doğrultusunda üniversite öğrencilerine konuya ilişkin düzenlenecek seminer, konferans ve benzeri bilimsel aktiviteler yararlı olacaktır.

**Anahtar sözcükler:** Üniversite öğrencileri, Sağlık okuryazarlığı, Sağlık hizmetleri

## Abstract

**Aim:** This survey was conducted to investigate the level of health literacy among university students.

**Material and Method:** The study was carried out among 260 students studying at private universities, who agreed to participate. The research data were gathered using a questionnaire consisted of 16 questions, which have been prepared in line with the relevant literature and Adult Health Literacy Scale (AHLIS) composed of 23 questions. Numbers, percentages, mean, standard deviation, t test and analysis of variance were used for the analysis of the data.

**Findings:** The mean age of the students participated in the study was  $20.71 \pm 1.69$ . 81.2 % of the participants had the knowledge of the symptoms of hypotension. It was seen that there was no significant relationship between the level of health literacy and the students' age, gender, perceived health status and presence of health worker among their family members. However, the level of health literacy was significantly higher among the senior students (in fourth grade) and those receiving treatment for their diseases ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** The university students participated in the study had good knowledge of staying on schedule with medications, the symptoms of hypotension and getting an appointment at hospital, however, they didn't know enough about the signs of hypertension and proper outpatient clinic to be contacted for their complaints regarding the illnesses. Therefore, it is recommended that all members of the society, particularly university students should be trained to improve the levels of health literacy.

**Key words:** University students, Health literacy, Healthcare services

\*Arş. Gör.; Mevlana Ü. Sağlık Hizmetleri YO Hemşirelik Bölümü, Konya

\*\*Yrd. Doç.; Selçuk Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Hemşirelik Bölümü, Konya



## Giriş

Bugün dünyada 1,8 milyar kişi 10-24 yaş arasında bulunmaktadır. Bu oran dünya nüfusunun dörtte birini gençlerin oluşturduğunu göstermektedir (1). Avrupa'nın en genç nüfusuna sahip olan ülkemizde ise nüfusun %41,1'ini çocuklar ve gençlerin oluşturduğu bildirilmektedir (2). Gençlik dönemi bireylerin sosyal, fiziksel ve ruhsal değişikliklerin yaşandığı bir dönemdir. (3,4). Üniversite öğrencilerinin karşılaştığı sorunlar değişik boyutlar içerir ve üzerinde durulması gerekir (5). Bu dönemde üniversite öğrencilerinin insan ilişkileri ve yaşantıları geçmiş yıllara göre farklılık göstermekte ayrıca toplum değerlerine uymaya başlamakta ve sosyal olgunluğa erişmektedirler (6,7). Üniversite yaşantısı kişisel değişim ve mesleki eğitimin yanı sıra sağlık alanındaki tutum ve davranışlarda da değişikliklere neden olmaktadır. Sağlık tutum ve davranışlarında meydana gelen değişiklikler bireyin gelecekteki yaşamını, ailesini ve toplum sağlığını etkilemektedir (8,9).

Sağlık okuryazarlığı günlük yaşamda sağlıkla ilgili kararlar alma, yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve hastalıkların önlenmesi için gerekli bilgileri anlama yeterliliği olarak tanımlanmaktadır (10). Sağlık okuryazarlığının sağlıkla ilgili durumlarda analitik ve karar verici beceriyi kullanmayı içerdiği bildirilmektedir (11). Sağlık okuryazarlığı bireylerin doğru bilgilere ulaşmasını ve sağlık hizmetlerinde kalite koşullarının geliştirilmesini sağlamaktadır (12). Genel okuryazarlık düzeyini sağlık okuryazarlığını olumlu yönde etkilediği, sağlık sistemindeki karmaşıklıklar, tıbbi terimler ve sağlık sorunlarının ise sağlık okuryazarlığını olumsuz etkilediği bildirilmektedir (13,14).

Sağlık okuryazarlığı yüksek bireylerin sağlık hizmetlerini kullanımının, hastanede yatış süresinin ve hastanede bakım maliyetinin daha az olduğu, sağlıklı yaşam davranışları geliştirdikleri ve sorun çözme becerilerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (15,16). Bireyler sağlık/hastalık durumlarını içeren her konuda doğru bilgi almak ve bu bilgiler ışığında doğru karar vermekle sorumludurlar (17). Günlük yaşamda insanlar hastalık durumunda ilgili sağlık birimine başvurma, ilaçların doğru kullanımı, tedavi sürecinde riskleri ve sonuçları hesaplama, çalışma ortamındaki sağlık tehlikeleri için önlem alma ve

aile bireylerinin sağlık bakım yönetimi ile ilgili kararlar almak durumunda kalmaktadır (18). Bireylerin bu konularda etkili bir sağlık bakım yönetimini yürütebilmeleri için temel düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olmaları gereklidir (19,20).

Bu çalışmada sağlık bilimleri dışında okuyan üniversite gençliğinin sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemek amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem

Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin belirlenmesine yönelik tanımlayıcı ilişkisel olarak yapılan bu çalışma Konya İli Selçuklu İlçesinde bulunan Mevlana Üniversitesi bünyesinde yapıldı. Üniversitede 5 Fakülte ve 1 yüksekokula ait toplam 18 bölüm ve toplam 3401 öğrenci bulunmaktadır. Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu dışında kalan fakülte ve bölümler Eğitim, Mühendislik, İşletme ve Hukuk fakülteleridir. Araştırmanın evrenini 2014-2015 eğitim öğretim yılı güz döneminde Eğitim, İşletme, Mühendislik ve Hukuk fakültelerinde eğitim gören toplam 2101 öğrenci oluşturdu. Tıp fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu öğrencileri araştırmanın sonuçlarını etkileyebileceği düşünülerek araştırma kapsamı dışında bırakıldı.

Araştırmanın örnek büyüklüğünün belirlenmesinde "bir toplumdaki oranın belirli bir doğrulukla tahmininde" önerilen (21) bir tabloda yararlanılmıştır. Araştırmada kullanılan ölçek yeni geliştirilmiş olduğundan toplumda kullanımına ilişkin bir araştırma bulgusuna ya da benzer durumu ölçen bir ölçeğin kullanıldığı bir çalışmaya ulaşamadığından daha önce yapılmış bir çalışmada elde edilen oranlardan yararlanılmıştır. İncelenen olayın toplumdaki yaygınlığına ilişkin bir bulgu olarak yetişkinlerde sağlık okuryazarlığında sınırlılık ile ilgili Özdemir ve ark. (2010) bildirdiği orandan (%38,6) yararlanılmıştır. Ayrıca %90 güven düzeyinde ve %5 rölatif kesinlik dikkate alınmış ve tabloda bildirilen örnek büyüklüğünün 260 (%40) olduğu bulunmuştur.

Örnek seçim yönteminde küme örnekleme yöntemi kullanılmıştır. İlk aşamada fakültelerin kontenjanına göre örnek büyüklüğü dikkate alınarak ağırlıklandırma yapılmış her bir fakülteden kaç öğrenci seçileceğine karar

verilmiştir. Buna göre Eğitim Fakültesinden 146 öğrenci, İşletme Fakültesinden 18 öğrenci, Hukuk Fakültesinden 36 öğrenci ve Mühendislik Fakültesinden 60 öğrenci seçilmiştir. Fakültelerin her bir sınıfı bir birim kabul edilerek rastgele seçilen birimlerden örnek büyüklüğü tamamlanana kadar veri toplanmıştır.

### Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu ve Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ) kullanıldı. Anket formu araştırmacı tarafından literatür (20,21) doğrultusunda hazırlanan sosyo-demografik, eğitim ve sağlıkla ve hastalıkla ilgili özelliklere ilişkin 16 sorudan oluşan bir formdur. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ): yetişkin bireylerde sağlık okuryazarlığını değerlendirmeye yönelik olarak Sezer ve Kadioğlu (2014) tarafından geliştirilmiş ve geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Ölçek maddeleri yetişkin bireylerin sağlık okuryazarlığı konusundaki yeterliliğini belirlemeye yönelik; sağlık bilgileri ve ilaç kullanımı ile ilgili 22 soru, vücuttaki organların yerini bilme ile ilgili 1 adet şekil içermekteydi. Ölçekte yer alan soruların 13 tanesi evet/hayır, 4 tanesi boşluk doldurma, 4 tanesi çoktan seçmeli, 2 tanesi eşleştirmeliydi. Soruların puanlaması her soru tipi için ayrı ayrı yapılmıştı. Evet/hayır yanıt tipindeki sorularda pozitif anlamlı ifadeleri işaretleyenlere 1, negatif ifadeleri işaretleyenlere 0 puan, boşluk doldurma tipindeki sorularda doğru yanıt 1, yanlış yanıt 0 puan verilmekteydi. Çoktan seçmeli sorularda iki ve ikiden fazla doğru yanıt işaretleyenlere 1 puan, hiç bilmeyenlere ya da doğru ile birlikte yanlış yanıt işaretleyenlere 0 puan verilmekteydi. Eşleştirme tipindeki sorularda ise ikiden fazla doğru eşleştirenlere 1, diğerlerine 0 puan verilmekteydi. Ölçeğin güvenilirliği ile ilgili olarak iç tutarlılık ve madde analizine bakılmış; Cronbach alpha güvenilirlik katsayısının 0,77 bulunduğu bildirilmişti. Geçerliliği için kapsam geçerliliği incelenmiş uzmanlardan elde edilen kapsam geçerliliği indeksi (KGI) değerinin %90'ın üzerinde olduğu bulunmuştu.

Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" cronbach alpha katsayısı 0,77, test tekrar test güvenilirlik katsayısı 0,87 olarak bulunmuştu. Genel kapsam geçerliliği indeksi %90,71 olan ölçek 23

maddeden oluşmaktaydı. Faktör analizi sonucunda toplam varyansın %60,68'ini açıklayan 8 faktörlü bir yapı ortaya çıkmaktaydı. Ancak anlam bütünlüğü açısından ölçeğin tek boyutlu kullanımına karar verilmişti Ölçekten alınabilecek puanlar 0-23 arasında değişmekte ve ölçekten alınan puan arttıkça sağlık okuryazarlık düzeyi artmaktaydı (22).

Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından sınıf ortamında anketler dağıtılıp öğrencilerin doldurması sağlanarak elde edildi. Elde edilen veriler SPSS 22.0 paket programı ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma, öğrenci özelliklerine göre sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının karşılaştırılmasında ise t testi ve varyans analizi kullanıldı. İstatistiksel önemlilik düzeyi  $p < 0.05$  kabul edildi.

### Etik boyut

Çalışmanın yapılabilmesi için Selçuk Üniversitesi Sağlık bilimleri fakültesi girişimsel olmayan Etik Kurul Başkanlığından 27.11.2014 tarihli 2014/89 karar sayılı izin ve Mevlana Üniversitesinden yazılı izin alınmıştır. Yetişkin Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (YSOÖ)'nin kullanılabilmesi için Ölçek sahibinden mail yoluyla ve çalışmaya katılan öğrencilerden de sözel olarak izin alınmıştır.

### Bulgular

Öğrencilerin sosyo demografik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması  $20,71 \pm 1,69$ 'dur. Öğrencilerin %61,2'si kadın, %40,4'ü birinci sınıfta, %55,8'i eğitim fakültesinde ve %60'ının ise ekonomik durumunun iyi düzeyde olduğu saptandı. Öğrencilerin anne ve babalarının eğitim ve yaşam durumları incelendiğinde %40,4'ünün annesinin ilkökul mezunu, %40,8'inin babasının üniversite mezunu, %79,6'sının çekirdek ailede, %90,8'inin kırsal bölgede yaşadığı, yine öğrencilerin %69,6'sının ailesi ile birlikte ve %77,7'sinin ev ortamında yaşadığı belirlendi. Öğrencilerin %53,5'inin okul başarı durumunu orta düzeyde algıladığı, %81,2'sinin ailesinde sağlık çalışanı bulunmadığı, %68,5'inin sağlıkla ilgili ders görmediği, %82,7'sinin tedavi gördüğü hastalık bulunmadığı ve %53,5'inin sağlığı algılama durumunun iyi düzeyde olduğu belirlendi.

Tablo 1. Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özellikleri		
	Ort. ±SS 20.71±1.69	
Demografik özellikleri	Sayı	%
Yaş	260	100.0
Cinsiyet		
Kadın	159	61.2
Erkek	101	38,8
Sınıf		
1. Sınıf	58	22.3
4. Sınıf	53	20.4
Aile yaşam yeri		
Kırsal bölge	24	9,2
Kentsel bölge	236	90.8
Ailede sağlık çalışanı bulunması		
Var	49	18.8
Yok	211	81.2
Tedavi görülen hastalık		
Var	45	17.3
Yok	215	82.7
Sağlığı algılama durumu		
Çok iyi	70	25.1
İyi	139	53.5
Orta	43	16.5
Kötü	8	4.1

Tablo 2'de görüldüğü üzere öğrencilerin %81,2'si tansiyonun düşme belirtilerini %27,1'i ise tansiyonun yükselme belirtilerini bilmektedir. Öğrencilerin %55,3'ü düzenli olarak tartılmakta, %69,5'i kilosunun normal aralıkta olup olmadığını bilmekte, %17,7'si normal vücut sıcaklığı aralığını bilmekte ve %55,3'ü evde ateşli durumlarda neler yapabileceğini bilmektedir.

Tabloyu incelediğimizde öğrencilerin %55,8'i gebelikten korunmada güvenilir yöntemleri, %78,2'si kullandığı ilacın ikincisini ne zaman kullanacağını, %94,4'ü kullandığı ilacın gününü, %27,4'ü aç karna alınacak ilacın zamanını, %31,2'si yemekten sonra yanma şişlik, hazımsızlık gibi durumlarda hangi kliniğe başvuracağını ve %27,4'ü idrar yaparken yanma durumunda hangi kliniğe başvuracağını bilmektedir. Öğrencilerin %74,1'i hastalık öncesi yapılabilecek testlerin zamanını, %96,6'sı klinik isimlerinin ne anlama geldiğini, %37,2'si sağlık hizmetlerinde haklarının ne olduğunu bilmekte ve

%53,4'ünün ise sağlık sorunları ile ilgili hizmetleri alırken zorlanmakta olduğu belirlendi. Yine öğrencilerin %95,1'i hastaneden nasıl randevu alacaklarını bilmekte, %73,3'ü doktor ya da hemşireye sağlık sorunlarını anlatırken ve %78,9'u da doktor ya da hemşireye sağlık sorunları ile ilgili soru sormakta zorlanmaktadır. Öğrencilerin %58,3'ünün sağlıkla ilgili haberleri takip ettiği, %37,6'sının sağlıkla ilgili gazete ve ya dergi okuduğu, %73,7'sinin sağlıkla ilgili broşürleri anlamakta zorlandığı ve %97,7'sinin vücudumuz da ki organların yerlerini bildiği saptanmıştır.

Öğrencilerin demografik, eğitim, sağlık ve hastalık özelliklerine göre yetişkin sağlık okuryazarlığı puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3'te gösterildi.

Öğrencilerin cinsiyeti, aile yaşam yeri, ailede sağlık çalışanı bulunması ve sağlığı algılama durumları ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı ancak birinci sınıf ve dördüncü sınıf ile sağlık okuryazarlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0.05$ ). Öğrencilerden dördüncü sınıfta okuyanların sağlık okuryazarlığına ilişkin puanlarının daha yüksek olduğu saptandı. Ayrıca tedavi görülen hastalık ile sağlık okuryazarlığı arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ( $p<0.05$ ). Öğrencilerden tedavi gördüğü hastalık bulunanların sağlık okuryazarlığına ilişkin puanlarının daha yüksek olduğu saptandı.

### Tartışma

Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olan bireyler hasta eğitim broşürlerini, kendi tıbbi durumları hakkındaki bilgileri ve sağlık personelinin kurduğu cümleleri anlamakta zorlanırlar. Sağlık okuryazarlığının yetersiz olması aynı zamanda gereksiz hastane başvurularına, bireylerin tedavi yöntemlerini anlamada zorlanmasına, sağlık harcamalarında artışa ve erken tarama sıklığının azalması ile morbidite ve mortalite oranlarında artışa sebep olmaktadır (23,24,25,26,27). Bu çalışmada üniversite öğrencilerinin yetişkin vücut sıcaklığı aralıklarını tam olarak bilmemeleri (%17,7) göze çarpmaktadır.

Çalışmada üniversite öğrencilerinin yetişkin sağlık okuryazarlık puan ortalamaları  $14,31\pm 2,60$  (%62,21) bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) yetişkin insanların %50 sinin temel düzeyde sağlık okuryazarı olmadığı

**Tablo 2.** Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeğine ilişkin doğru yanıt yüzdeleri

Sorular	Sayı	%
1. Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun düşme belirtileridir?	216	81,2
2. Aşağıdakilerden hangileri tansiyonun yükselme belirtileridir?	72	27,1
3. Düzenli olarak tartılır mısınız?	147	55,3
4. Kilonuzun boyunuza göre normal değerler arasında olup olmadığını biliyor musunuz?	185	69,5
5. Yetişkin bireylerde ateş olması için vücut ısısı kaç derece olmalıdır?	47	17,7
6. Ev ortamında ateşli durumlarda ilk olarak neler yapılabilir?	147	55,3
7. Aşağıdakilerden hangileri gebelikten korunmada güvenilir yöntemlerdendir?	155	58,3
8. Doktorunuz günde iki kez antibiyotik almanızı önerdi. İlk tableti sabah sekizde alırsanız ikincisini saat kaçta alırsınız?	208	78,2
9. Doktorunuzun iki günde bir almanızı önerdiği bir vitamin ilacının ilk dozunu Salı günü aldınız. İkinci dozunu hangi gün alırsınız?	251	94,4
10. Doktorunuzun aç karnına almanızı önerdiği bir ilacı ne zaman alırsınız?	73	27,4
11. Yemekten sonra midenizde yanma, şişlik, hazımsızlık hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz?	83	31,2
12. Tuvalete gittiğinizde idrarınızı yaparken yanma ve ağrı hissediyorsunuz. Bu durumda aşağıdaki kliniklerden hangilerine başvurabilirsiniz?	73	27,4
13. Aşağıda belirtilen tarama testlerini yapılma zamanlarına göre doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız.	197	74,1
14. Aşağıda hastane ile ilgili bazı klinikler verilmiştir. Her kliniği tanımlayan doğru harflerle eşleştirip parantezlere yazınız.	257	96,6
15. Sağlık hizmetleri alırken hasta haklarınızın neler olduğunu biliyor musunuz?	99	37,2
16. Sağlık kurumuna başvurduğunuzda ya da sağlık sorunlarınızla ilgili hizmetleri alırken zorlanır mısınız?	142	53,4
17. Hastaneden nasıl randevu alabileceğinizi biliyor musunuz?	253	95,1
18. Doktor/hemşire'ye sağlık sorununuzu anlatmakta zorluk yaşamışsınız	195	73,3
19. Doktora/hemşireye sağlık durumunuz ile ilgili rahatça soru sorabilir misiniz?	210	78,9
20. Sağlıkla ilgili haberleri takip eder misiniz?	155	58,3
21. Sağlıkla ilgili gazete/dergi vs. okur musunuz?	100	37,6
22. Sağlıkla ilgili broşürleri okuma ve anlamada zorlanır mısınız?	196	73,7
23. Aşağıda oklarla belirtilen organların adlarını yazınız.	254	97,7

bildirilmektedir. (18). Özdemir ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların %58,7'sinin yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları bildirilmiştir (20). Çalışma bulguları benzer çalışmalarla aynı bulguları göstermektedir. Bizim çalışmamızda yaş ve cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişkili bulunmamıştır. Benzer şekilde Chan ve arkadaşlarının çalışmasında da yaş ve cinsiyet ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişkili bulunmamıştır (28). Ayrıca çalışmamızda üniversite dördüncü sınıfta okuyan ya da tedavi gördüğü hastalık bulunan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı yüksek bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Özdemir ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada ise bireylerin yaş,

eğitim, etnik köken, coğrafi konum ve sosyoekonomik durumları sağlık okuryazarlığı ile ilişkili bulunmuş özellikle ilköğretim mezunu kırk beş yaş üzeri ve sosyoekonomik düzeyi düşük kadınların sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük bulunduğu bildirilmektedir (20). Öztürk ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer şekilde yaş ile sağlık okuryazarlığı arasında ilişki bulunmamış, tedavi gördüğü hastalık bulunan bireyler ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (29). Bizim çalışmamızda tedavi gördüğü hastalık bulunan öğrencilerin sağlık okuryazarlığının yüksek bulunması öğrencilerin hastaneye daha sık başvurmalarına bağlanabilir.

**Tablo 3.** Öğrencilerin demografik özelliklerine göre yetişkin sağlık okuryazarlığına ilişkin ortalama puanlarının karşılaştırılması

Özellikler	Sayı	Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Toplam Puan	Anlamlılık Derecesi
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	159	14.19±2.72	p=0.312*
Erkek	101	14.52±2.42	
<b>Sınıf</b>			
1. Sınıf	58	13.93±2.87	p=0.025*
4. Sınıf	53	14.96±1.83	
<b>Aile yaşam yeri</b>			
Kırsal bölge	24	14.42±2.87	p=0.848*
Kentsel bölge	236	14.31±2.58	
<b>Ailede sağlık çalışanı bulunması</b>			
Var	49	14.81±2.63	p=0.139**
Yok	211	14.20±2.59	
<b>Tedavi görülen hastalık</b>			
Var	45	15.11±2.58	p=0.025*
Yok	215	14.15±2.59	
<b>Sağlığı algılama durumu</b>			
Çok iyi	70	14.27±2.85	p=0.759**
İyi	139	14.37±2.56	
Orta	43	14.41±2.51	
Kötü	8	13.37±1.30	

\* t test kullanılmıştır, \*\* tek yönlü varyans analizi kullanılmıştır.

### Sonuç ve Öneriler

Son yıllarda ilaç kullanımı ve hastaneye başvuruların artış göstermesi nedeniyle tüm bireylerin sağlık okuryazarlığı konusunda daha çok bilgiye sahip olmaları gerekmektedir. Yapılan çalışmalarda üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli olmadığı görülmektedir. Başta üniversite öğrencileri olmak üzere toplumun bütün bireylerinin sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha iyi seviyeye getirilebilmesi için topluma dayalı projelerin yaygınlaştırılması, Sağlık okuryazarlığının tam olarak belirlenmesi için ülkemizin kültürel yapısına uygun ölçüm araçlarının oluşturulması, Ülkemizde sağlık okuryazarlığı konusundaki çalışmaların sınırlılığı nedeniyle güncel çalışmaların yapılması önerilebilir. Ayrıca bu sonuçlar doğrultusunda

üniversite öğrencilerine konuya ilişkin düzenlenecek seminer, konferans ve benzeri bilimsel aktiviteler yararlı olacaktır.

**İletişim:** Arş. Gör. Ahmet Dinçer  
**E-posta:** dincerahmet42@gmail.com

### Kaynaklar

1. Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu-UNFPA 11 Temmuz Dünya Nüfus Günü teması "Gençlere Yatırım" 2014, [www.un.org.tr/news/WPD2014BilgiNotu.pdf](http://www.un.org.tr/news/WPD2014BilgiNotu.pdf)
2. Türkiye İstatistik Kurumu – TÜİK Dünya Nüfus Günü, Haber Bülteni 2014, <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15975>
3. Özkürkçügil Çorapçıoğlu A. Bir mediko-sosyal merkeze genel sağlık sorunları ile başvuran öğrencilerden psikiyatrik tanı alanlarda bazı sosyodemografik özellikler. Türk Psikiyatri Dergisi 1999;10(2):115-22.
4. Bayhan V. Genç kimliği: Üniversite gençliğinin sosyolojik profili. Malatya, İnönü Üniversitesi Yayınları 2003;27-41.

5. Kutlu M. Üniversite öğrencilerinin Alıştırma-Oryantasyon Hizmetlerine ilişkin Karşılaştıkları Sorunlar ve Beklentileri, XIII. Ulusal Eğitim Bilimleri Kurultayı, Malatya 2004.
6. Özgüven E. Üniversite öğrencilerinin sorunları ve baş etme yolları. Eğitim Fakültesi Dergisi 1992; 7,5-13.
7. Karahan F, Sardoğan, ME, Özkamalı, E, Dicle AN. Üniversite 1.sınıf öğrencilerinin üniversiteye uyum düzeylerinin sosyokültürel etkinlikler açısından incelenmesi. Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2005;2 (30), 63- 71.
8. Batı H, Tezer E, Duman E, Önen E, Yılmaz C, Fadiloğlu Ç. Üniversite öğrencilerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışı değerlendirmesi. 8. Halk Sağlığı Günleri Kongre Kitabı, Sivas 2003.
9. Ayaz S, Tezcan S, Akıncı F. Hemşirelik yüksekokulu öğrencilerinin sağlığı geliştirme davranışları. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2005; 9(2): 26-34.
10. Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, Brand H. (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health 2012; 25;12:80
11. Understanding and Improving Health. US Department of Health and Human Services. Healty People 2010, <http://www.healthypeople.gov/2010>.
12. Mancusa MJ. Health literacy: a concept / dimensional analysis. Nursing and Health Science 2008; 10: 248-55.
13. Martin LT, Dastidar BG, Fremont A. Developing predictive models of health literacy. J Gen Intern Med 2009;24(11):1211-16.
14. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Quick guide to health literacy and older adults. Washington, DC: Office of Disease Prevention and Health Promotion 2007. <http://www.health.gov/communication/literacy/olderadults/default.htm>.
15. McCray A. Promoting health literacy. J Am Med Inform Assoc 2004;12(29):152-63.
16. Baker DW. The meaninh and the measure of health literacy. I Intern Med 2006; 21:878-83.
17. Person A, Sanderss M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? health promotion international 2009; 24(3): 285-95.
18. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA. Health literacy: a prescription to end confusion. Washington: National Academies Press 2004; p.31-55.
19. Nutbeam D. Health Literacy as A Public Health Goal: A Challenge for Contemporary Health Education and Communication Strategies in to The 21st Century. Health Promotion International 2000; 15(3): 259-67.
20. Özdemir H, Alper Z, Uncu Y, Bilgel N. Health literacy among adults: a study from Turkey, Health Education Research 2010; 25(3): 464-77.
21. Lwanga SK ve Lemeshow S. Sample size determination- Practical Manual. Worlth Health Orgamzation Genova 1991.
22. Sezer A, Kadioglu H. Yetişkin sağlık okuryazarlığı ölçeği'nin geliştirilmesi Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;17:3
23. Johnston MV, Diab ME, Kim SS, Kirshblum S. Health Literacy, Morbidity and Quality of Life among Individuals with Spinal Cord Injury. J Spinal Cord Med 2005; 28(3): 230-40.
24. Howard DH, Gazmararian J, Parker RM. The impact of low health literacy on the medical costs of medicare managed care enrollees. Am J Med 2005;118(4):371-77.
25. Safer RS, Kenan J. Health literacy: the gap between physicians and patients. am fam physician 2005; 72(3): 463-68.
26. Eichler K, Wieser S, Brugger U. The costs of limited health literacy: a systematic review. Int J Public Health 2009; 54(5): 313-24.
27. Entwistle V, Williams B. Health literacy: the need to consider images as well as words. Health Expectations 2008; 11(2): 99-01.
28. Chan LY, Leung A, Chiang VCL, Li HCW, Wong EM, Liu ANC, Chan SSC. A pilot project to build e-health literacy among university students in Hong Kong Julia. hongkong. 2010.
29. Öztürk Z, Atilla EA, Koç E. Aile sağlığı merkezlerine başvuran hastaların demografik özellikleri ve sağlık okur yazarlıkları arasındaki ilişkinin belirlenmesi. TSA 2015; 19 s.2.

Dr. Nazan Çakırer Çalbayram\*, Dr. Sebahat Altundağ\*\*, Bahise Aydın\*\*\*

Geliş/Received : 17.03.2016  
Kabul/Accepted: 25.08.2017

### Öz

**Amaç:** Bu çalışma; çocuk hemşirelerinin hastalarında karşılaştıkları geleneksel uygulamaları belirlemek amacıyla yapılmıştır.

**Yöntem:** Tanımlayıcı tipte olan bu çalışmanın verileri çocuk hemşirelerden elde edilmiştir. Araştırma kapsamına çocuk kliniklerinde en az beş yıldır çalışan hemşireler alınmıştır. Onam veren hemşirelerle yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak bireysel görüşme yapılmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerle yapılan görüşme sonrasında ailelerin çocuklarına birçok geleneksel uygulama girişiminde bulunduğu belirlenmiştir. Bunlar; soda içirme, şerbet içirme, ağzına hurma verme, alnını bant ile gerdirme, üst dudak iç bağının kesilmesi, bileğe okunmuş ip bağlamak, göbeğe para bağlama, göbeğe sıcak kaşık değdirme, aspirin ile sirke karışımı içirme, süte ceviz koyma, idrarını içirme, yanığa salça sürme, yaraya kavrulmuş soğan koyma vb. olarak saptanmıştır.

**Sonuç:** Geleneksel uygulamalar çocuk sağlığını olumsuz etkileyebilmektedir. Bu nedenle hemşireler içinde bulunduğu toplumun kültürel özellikleri ile ilgili veri toplamalı, hastalık durumunda ve sağlığı devam ettirmek için yaptıkları uygulamaları belirleyebilmelidirler.

**Anahtar Sözcükler:** Hemşire, Çocuk hasta, Geleneksel uygulama

### Abstract

**Aim:** This study was conducted to ascertain the traditional practices encountered by the nurses working at a children's hospital.

**Method:** The data for this study is descriptive in a children's clinican were obtained from nurses working. Working at least five years of research, the nurses were taken to the children's hospital. Individual interviews were conducted using semi-structured interviews with nurses who consent form.

**Findings:** The interviews with the nurses revealed the presence of the attempts to carry out several traditional practices on the children by their families. The practices identified by the researchers were as follows: Giving baby carbonated water or sherbet, putting a date in baby's mouth, lifting baby's forehead with a tape, tearing baby's upper lip tie (frenulum), wrapping a prayer rope around baby's wrist, taping a coin to baby's belly button, applying hot spoon on baby's belly, giving baby a mixture of aspirin and vinegar, adding walnut to baby's milk, giving baby his/her own urine for drinking, applying tomato paste to the burned area, putting roasted onions on a wound.

**Conclusion:** The nurses can decide the practices for disease treatment and health maintenance by collecting data on cultural characteristics of the society they live in. They can plan and implement training programs on these practices.

**Key words:** Nurse, Pediatric patient, Traditional practice

\* Ankara Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ankara

\*\*Yrd. Doç.; Pamukkale Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Denizli

\*\*\*Hemşire, İzmir

## Giriş

Kültür ve toplum ayrılmaz bir bütündür. İnsanların sağlık-hastalıkla ilgili inanç ve uygulamaları, içinde yaşadığı toplumun kültürünün bir parçasıdır (1,2). Sağlık çalışanlarının kültürel veri toplamları önemlidir. Böylece bireylerin hastalıkla başetme, sağlığı yükseltme ve korumaya yönelik davranışlarını daha iyi anlayacaklardır (3). Yeterli kültürel veri toplayamayan hemşire, bakım verdiği bireyin davranışlarının altında yatan nedenleri analiz edememekte ve bireylerin sağlık hizmetini kabul etmeme, hizmetten etkili yararlanmama nedenlerini belirleyememektedir (4). Hemşire, bireyin sağlık ve hastalığı nasıl algıladığını ve davranışların arkasında yatan kültürel özelliklerini tanıyarak istedik düzeyde bakım verebilecektir.

Çalışma, çocuk hemşirelerinin hastalarında karşılaştıkları geleneksel uygulamaları belirlemek amacıyla yapılmıştır.

## Yöntem

Araştırma; çocuk kliniğinde çalışan, çalışma deneyimi olan hemşirelere, bir toplantı sonrası yapılmıştır. Çalışmada amaçlı örneklem kullanılmıştır (5). Çalışmanın örnekleme çocuk kliniğinde en az beş yıldır çalışan hemşireler alınmıştır. Hemşireler, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul etmiş ve sözel iletişim kurabilen kişilerden oluşmuştur. Örneklem büyüklüğünü belirlemede, aynı bilgiler tekrarlanana, yeni bir bilgi ortaya çıkmayana kadar sürdürülmüş (5) ve sekiz hemşire çalışmaya dahil edilmiştir.

Hemşirelerin çalıştıkları servisler; yenidoğan yoğun bakım, onkoloji, acil servis ve poliklinikler. Çalışmaya katılmayı kabul eden hemşirelere araştırmanın amacı ve süreç hakkında açıklama yapılmıştır.

Onam veren hemşirelerle yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak bireysel görüşme yapılmıştır. Çalışmada tüm hemşirelerle görüşmeyi aynı araştırmacı yapmış ve görüşmede; "Karşılaştığınız geleneksel uygulamalar", "Bu uygulamalar neden yapılıyor", "Yapılan bu uygulamaların çocuk üzerindeki etkisi" biçiminde olmak üzere üç açık uçlu soru kullanılmıştır. Görüşmeler sırasında ifadeler not edilmiştir. Yarı yapılandırılmış bireysel görüşmelerde elde edilen veriler, çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği anabilim dalından iki uzmanın görüşleri alınarak,

içerik analizi yapılmıştır. Uzmanların kategorilere ilişkin geri bildirimleri doğrultusunda birbirlerini kapsayan kategoriler çıkarılmış ve yeniden düzenleme yapılmıştır. İfadeler üç ana başlıkta analiz edilmiştir.

## Bulgular

Hemşirelerden alınan verilere göre servislerine başvuran çocukların başvurma nedenleri ve ailelerin yaptığı uygulamalar tabloda verilmiştir.

Tablo 1'de hemşirelerin servislerine başvuran hastalarında karşılaştıkları geleneksel uygulamaları, gerekçesi ve sağlık kuruluşuna başvuru nedenleri verilmektedir. Ailelerin yaptığı geleneksel uygulamaları hemşireler; soda içirme, şerbet içirme, başına altın bağlama, ağzına hurma verme, alnını bant ile gerdirme, üst dudak iç bağının kesilmesi, bileğe okunmuş ip bağlamak, göbeğe para bağlama, göbeğe sıcak kaşık değdirme, göbeğe – parmak dislokasyonuna çığnenmiş ekmek koyma, pişiğe soba külü ve ateşte kavrulmuş toprak koyma, çörek otu yağı içirme, aspirin ile sirke karışımı içirme, süte ceviz koyma, idrarını içirme, yanığa salça sürme, yaraya kavrulmuş soğan koyma, göbeği yakma, kurşun döküp suyunu içirme olarak belirlemişlerdir. Yapılan bu kültürel uygulamalar sonunda çocuğun sağlığını riske atacak komplikasyonlar geliştiği saptanmıştır.

Hemşirelerin karşılaştığı durumlardan biri de kültürel nedenlerle ailelerin çocuğa hastanede yapılması gereken bazı uygulamalara izin vermemeleridir.

**Örnek olay 1:** Suriyeli aile karın ağrısı nedeni ile yedi yaşındaki kız çocuğunu hastaneye getirir ve fiziksel incelemede sonrasında hastaya lavman yapılması gerektiğine karar verilir. Ancak baba kız çocuğuna böyle bir işlem yapılmasına izin vermez.

**Örnek olay 2:** Yenidoğan yoğun bakımda yatan bebeğin banyo yaptırılması gerekmektedir. Ancak anne bebeğinin banyo yaptırılmasına izin vermemektedir. Hemşireler nedenini araştırdığı zaman daha önceki doğumunda kayınvalidesi bebeğin kırkının çıkmadan yıkanamayacağını söylemiş ancak anne yıkamıştır ve bebek kaybedilmiştir. Bu bebeğinin de ölmesinden korktuğu için bebeğin yıkanmasına izin vermemektedir.



**Tablo 1.** Hemşirelerin servislerine başvuran hastalarında karşılaştıkları geleneksel uygulamalar, gerekçesi ve sağlık kuruluşuna başvuru nedenleri

Uygulama	Gerekçe	Sağlık Kuruluşuna Başvurma Nedeni
Yenidoğana soda içirme	Gazının olmaması için	Kusma ve dehidratasyon
Yenidoğana şerbet (şekerli su) içirme	Doymadığı için Karın ağrısını iyileştirmek için	Dehidratasyon ve kilo kaybı
Yenidoğanın başına altın (alyans) bağlama	Sarılığı önlemek için	Hiperbilirubinemide ilerleme
Yenidoğanın ağızına hurmanın verilmesi	Bebegin mizacının benzemesi istenen kişinin (çoğunlukla baba) çiğnediği hurmanın yenidoğanın ağızına verilmesi	Aspirasyon
Yenidoğanın alnını bant ile gerdirme	Alın bölgesinin geniş olmasının istenmesi, estetik kaygı	İrritasyon
Yenidoğanın üst dudak iç bağının kesilmesi	Sarılık tedavisi için	Hiperbilirubinemide ilerleme Kesilen bölgede kanama
Sararan yenidoğanın bileğine okunmuş ip bağlama	Sarılık tedavisi için	Hiperbilirubinemide ilerleme
Bebeklerin göbeği düştükten sonra bu bölgeye bozuk para bağlama	Göbeği dışa çıkık olmaması Estetik görünmesi	Enfeksiyon -omfalit
Bebegin göbeğine sıcak kaşık değdirme	Göbeğin çabuk düşmesi için	Yanık ve omfalit
Bebegin göbeğine çiğnenmiş ekmek koyma	Göbeğin çabuk düşmesi için	Enfeksiyon -omfalit
Bebegin pişik bakımında soba külü ve ateşte kavrulmuş toprak kullanılması	İshal ve pişik tedavisi için	İleri derecede diaper dermatit
Bebeye çörek otu yağı içirme	Gazının olmaması için	Alerjik reaksiyon ve solunumun durması
Bebeye aspirin ile sirke karışımı içirilmesi	Ateşi düşürmek için	Reye sendromu
Bebegin sütüne ceviz koyma	Zeki olması için	Aspirasyon
Parmakta dislokasyon üzerine çiğnenmiş hamur koyulması	Ödemi önlemek için	Ağrı ve iyileşmenin gecikmesi
Hepatit A olan çocuğa kendi idrarını içirme	"Pisliği pislik temizler" algısı	Hastalığın ilerlemesi
Yanık üzerine salça sürme	Hızlı iyileştirme	Enfeksiyon ve iyileşme sürecinde uzama
Yara üzerine kavrulmuş soğan koyma	Hızlı iyileştirme	Enfeksiyon ve iyileşme sürecinde uzama
Karında şişlik olması nedeniyle çocuğu şıh'a götürme ve göbeğini yakma	Şişliğin inmesi için	Tanı konulmasında gecikme nedeniyle metastaz
Kurşun döküp suyunu içirme	Nazar için	Kurşun zehirlenmesi

**Örnek olay 3:** Suriyeli ailenin muayeneye getirdiği kız çocuğundan EKG istenmiştir. Ancak aile genç kızın göğüsleri açılacağı için EKG çekimine izin vermemiştir. Dil sorunu olduğu için de aileye açıklama yapılamamıştır.

Hemşirelerin ifadelerine göre; hastaneye getirilen çocuğun yaşamsal tehlikesi varsa, aileler çocuğu tamamen hastane personeline emanet ederlerken ve hiçbir işleme karşı çıkmazlarken polikliniğe muayene için getirilmişlerse her işleme izin vermediklerini belirtmişlerdir.

### **Tartışma**

Çalışmada yenidoğanın gaz sorunu için soda ve çörekotu yağı içirildiği belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda; annelerin bebeklerindeki gaz sancısını gidermek için sallamak, masaj yapmak, sıcak uygulama yapmak, bitki çayı (rezene, anason, papatya gibi), şerbet, limonlu su, zeytinyağı, bademyağı içirmek, çocuğun karnına tarhana lapası, ısıtılmış kepek, sirkeli lahana sarmak gibi uygulamalar bulunmaktadır (6-9). Çalışmada ailenin yaptığı bu uygulama sonucu olarak kusma ve dehidratasyon, alerjik reaksiyon ve solunumun durması gibi ciddi komplikasyonlar geliştiği belirlenmiştir.

Bebeğin göbeğin çabuk düşmesi için göbeğine sıcak kaşık değdirmeye, göbeğine çiğnenmiş ekmeğe koyma karşılaşılan geleneksel uygulamalardandır. Göbeğe yapılan geleneksel uygulamalar bebeklerde enfeksiyon gelişmesine hatta sepsisten ölmelerine neden olabilmektedir.

Yenidoğanın sarılığının tedavisi için yenidoğanın üst dudak iç bağının kesildiği ve bileğine okunmuş ip bağlandığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda sarılık için erkek çocuk idrarını içirilmesi, tavuk ciğeri yedirme, sarı giydirmeye, altın takma, kulak arkası kesme, ağza limon damlatma, ağzına hurma verme, altın suyu ve yumurta sarısı ile yıkama gibi uygulamalar saptanmıştır (6,7,10-14). Annelerin sarılık için yaptıkları geleneksel uygulamalar sağlık kuruluşuna geç başvurmaya neden olmakta ve sarılığın ilerlemesi ile sonuçlanmaktadır. Çalışma sonuçlarına göre de bebeklerin hastaneye getirilme nedeni hiperbilirunimdir.

Çalışmada hemşireler, mizacının benzemesi istenen kişinin (çoğunlukla baba) çiğnediği

hurmanın bebeğin ağzına verilmesi sonucu gelişen aspirasyon nedeni ile hastaneye yatırıldığını belirtmişlerdir. Bebeğe çörek otu yağı bebeğin "gazının olmaması" için içirilmiş ve sonucunda alerjik reaksiyon ve solunumun durması ile hastaneye yatırılmıştır. Bebeğe çörek otu yağı, karın ağrısı (7), kansızlık, bağışıklık sistemini güçlendirme, mide hastalıkları (15,16), nazar (17), nezle, süt artırıcı (16) olarak kullanılmaktadır.

Bebeğin "ateşi düşürmek" için aspirin ile sirke karışımı içirilmesi sonucunda reye sendromu nedeni ile çocuk hastaneye yatırılmıştır. Uğurlu ve ark. çocuğun ateşi çıkması durumunda sırtına sirke sürüldüğünü saptamışlardır (8). Literatürde sirkenin konuşamayan çocuk, baş ağrısı, boğaz ağrısı, egzama (18), ishal (7) gibi nedenlerle kullanıldığı saptanmıştır.

Bebeğin "zeki olması" için sütüne ceviz koyma uygulaması sonucunda aspirasyon gelişmiş ve bebek hastaneye yatırılmıştır. Ayrıca ceviz karın ağrısı (7) için de kullanılmaktadır.

Parmakta dislokasyon üzerine çiğnenmiş hamur koyulması "ödemi önlemek" için yapılan uygulama sonucunda ağrı ve iyileşmenin gecikmesi söz konusu olmuştur. Farklı biçimlerde yapılan hamur; yanık, çıban, et ezilmesi (18), karın ağrısı (7) gibi nedenlerle kullanılmaktadır. Hepatit A olan çocuğa kendi idrarını içirme "pisliği, pislik temizler" düşüncesi ile yapılan uygulamalardan olup hastalığın ilerlemesi ile sonuçlanmıştır. İdrar ayrıca yanık, arı sokması, akrep sokması (18), kulak ağrısı, siğil (7) içinde kullanılmaktadır.

Yara iyileşmesi için yapılan "yara üzerine kavrulmuş soğan koyma, salça sürme" uygulamaları yaraların çabuk iyileşmesi için yapılan uygulamalardan olup Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi'nde de kullanılan (18) geleneksel uygulamalardandır. Çalışmada da yara üzerine soğan uygulaması sonucunda, yara iyileşmesinde gecikme olduğu ve enfeksiyon ortaya çıktığı belirlenmiştir. Soğan birçok nedenle kullanılan bir bitki olup arpacık, yüksek ateş, nasır, karın ağrısı, kolera, mide ağrısı, uykusuzluk (16), bağırsak kurdu, diş çıkarma, kırık çıkık, uçuk, siğil, kulak ağrısı (7) gibi sorunlarda da kullanılmaktadır.

Nazara karşı kurşun dökme, halk arasında yaygın olarak uygulanan (17) şamanizm geleneklerindedir (19). Masum bir uygulama olarak görülen kurşun dökme işlemi sonrası, kurşun dökülen suyun çocuğa içirilmesi sonucunda kötüleşen çocuk acile getirilmiş ve çocukta kurşun zehirlenmesi olduğu ortaya çıkmıştır.

### Sonuç

Geleneksel uygulamalar çocuk sağlığını olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Yapılan uygulamalar, çocuğun hastaneye geç ulaşmasına, iyileşme sürecinin uzamasına ve hatta ölüme neden olmaktadır. Bu nedenle, sağlık ekibinin bir üyesi olarak hemşireler, içinde bulunduğu toplumun kültürel özellikleri ile ilgili veri toplamalı, hastalık durumunda ve sağlığı devam ettirmek için yaptıkları uygulamaları belirleyebilmelidirler.

**İletişim:** Dr. Nazan Çakırer Çalbayram  
**E-posta:** Nazan.Calbayram@ankara.edu.tr

### Kaynaklar

1. Tanrıverdi G, Seviğ Ü, Bayat M, Birkök C. Hemşirelik bakımında kültürel özellikleri tanılama rehberi. Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi. 2009; 6 (1): 793-806.
2. Akşit, B.T. "Toplum, Kültür ve Sağlık." Halk Sağlığı: Temel Bilgiler. M.Bertan, Ç. Güler. (Edit). Ankara. 1995, pp: 14-26.
3. Cırhınlioğlu, Z. (2001) Sağlık Sosyolojisi. Nobel Kitapevi. Ankara.
4. Tortumluoğlu G, Okanlı A, Şıpkın S, Özyazıcıoğlu N, Akyıl R (2007). Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin bakım verirken yaşadıkları kültürel deneyimler ve etkileyen faktörler. T.S.K.II üncü Ulusal/Uluslar arası Katılımlı hemşirelik Kongresi. 8-11 Mayıs 2007. Dedeman Ski Lodge, Erzurum.
5. Speziale HJ, Carpenter DR (2003). Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative. 4th ed, Lippincott Williams &Wilkins, Philadelphia, 36-39.
6. Çalışkan Z., M. Bayat, Annelerin bebek bakımı uygulamaları ve etkileyen faktörler: Bir Kapadokya örneği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2011; 14(2): 23-30.
7. Rahman S, Altan S, Çam S, Yüksel H. Manisa İli Karaağaçlı Beldesinde Çocuk Bakımına Yönelik Yöresel Uygulamalar. Lokman Hekim Journal, 2013; 3(1): 15-33.
8. Uğurlu SE, Başbakkal Z, Dayılar H, Çoban V, Ada Z, Ödemiş'te Bulunan Annelerin Bebek Bakımında Uyguladıkları Geleneksel Yöntemlerin İncelenmesi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013; 2 (3).
9. Yalaz M. İnfantil Kolik Tedavi Modellerinin İncelenmesi. Türkiye Klinikleri: Pediatri 2003; 12(3): 206-210.
10. Lafçı D, Erdem E. 15-49 yaş grubu evli kadınların doğum sonu dönemde anne ve bebek bakımına yönelik geleneksel uygulamaları. Gaziantep Med J. 2014; 20(3): 226-236.
11. Özyazıcıoğlu N, Polat S. 12 aylık çocuğu olan sağlık sorunlarında başvurdukları geleneksel uygulamalar. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 7(2): 30-8.
12. Şenses M, Yıldızoğlu İ. Sekiz ayrı ildeki kaynana ve gelinlerin lohusalık ve çocuk bakımında geleneksel uygulamaları. Çocuk Forumu 2002; 5(2): 44-8.
13. Bayık A. Doğurgan çağdaki kadınların geleneksel uygulamalarına ilişkin bir çalışma. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1985; 1(1): 1-13.
14. Aksayan S. Çocuk sağlığına ilişkin geleneksel inanç ve uygulamalar. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 1983.
15. Deniz L. Serteser L. ve Kargıoğlu M. Uşak Üniversitesi ve Yakın Çevresindeki Bazı Bitkilerin Mahalli Adları ve Etnobotanik Özellikleri, AKÜ Fen Bilimleri Dergisi 2010; 01: 57-72.
16. Bayatlı O. Şifalı Otlar Ve Lokman Hekim. Bergama Kültür ve Sanat Vakfı. 1989. <http://www.berksav.org/berksav/lokman.pdf> (Erişim Tarihi: 03.07.2015).
17. Çıblak N. Halk Kültüründe Nazar, Nazarlık İnanç ve Bunlara Bağlı Uygulamalar, Türklük Bilimi Araştırmaları (TÜBAR) 2004; 15: 103-125.
18. Öncül K. Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi Halk Hekimliği (Kars-İğdir). Kafkas Üniversitesi Türk Halkbilimi Uygulama Ve Araştırma Merkezi Yayınları: 2011, 2.
19. İnan A. Müslüman Türklere Şamanizm Kalıntıları, <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/37/742/9466.pdf> (Erişim tarihi: 26.05.2015).



# Meslek Tercih Yapacak Erkek Öğrencilerin Ebelik Hakkındaki Görüşleri

## The Opinions among the Male Students about Midwifery, Who would Choose a Career

Dr. Nazan Çakırer Çalbayram\*. Dr. İlknur M. Gönenç\*\*

Geliş/Received : 12.04.2016

Kabul/Accepted: 21.12.2017

### Öz

**Amaç:** Bu çalışma lise son sınıf erkek öğrencilerinin meslek tercihlerinde ebelik mesleğine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı türde yapılmıştır.

**Gereç ve Yöntemler:** Ankara'daki bir ilçede yer alan 11 lisede öğrenim gören son sınıf erkek öğrencileri bu çalışmanın evrenini oluşturmuştur. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş, çalışmaya katılmayı kabul eden ve okula devam eden tüm lise 4. sınıf erkek öğrencileri (539) çalışma kapsamına alınmıştır.

**Bulgular:** Öğrencilerin %85,9'u tercih ettikleri mesleğe karar vermiş olup %36,7'si mühendis, %11,7'si polis, %10,4'ü doktor, %9,9'u avukat olmak istediğini ifade etmiştir. Öğrencilerin %72,4'ü erkeklerinde ebe olabileceğini düşündüklerini belirtmesine karşın %83,7'si ebe olmak istemediğini belirtmiştir. Erkeklerden ebe olunmayacağını düşünenlerin nedenleri incelendiğinde erkek adamdan ebe olmaz çünkü kadın mesleği (%47,6), dinimize ve kültürümüze uygun değil, günah (%24,8), doğum yapacak kadın ve eşi için sıkıntı oluşturur (%19), dalga geçerler (%1,9) cevapları gelmiştir.

**Sonuç:** Çalışmanın sonuçlarına göre; katılımcıların çoğunun erkeklerin ebe olabileceğini düşünmesine karşın, toplumsal cinsiyet rolleri nedeniyle ebeliği seçebilecekleri bir meslek olarak algılamadıkları saptanmıştır. Erkeklerin ebelik mesleği ile ilgili bilgilerinin ve farkındalıklarının artırılması, meslek seçiminde danışmanlık yapan profesyonellerin toplumsal cinsiyet rollerinden uzaklaşarak danışmanlık hizmetlerini yürütmesi önerilebilir.

**Anahtar sözcükler:** Erkek ebe, Toplumsal cinsiyet, Meslek tercihi

### Abstract

**Aim:** This descriptive study was carried out to determine the opinions of male students in their final year of high school regarding midwifery as a career option.

**Materials and Methods:** The final year male students of 11 high schools located in one of the counties of Ankara composed the universe of this study. A sampling wasn't performed in this study; instead, all of the 4th grade male students (539) attending classes, who agreed to participate in the research, were included.

**Findings:** 85.9 % of the students have made up their minds about their future career. They stated that they preferred to become engineer, police, physician and lawyer with the rates of 36.7 %, 11.7 %, 10.4 % and 9.9 %, respectively. Although 72.4 % of the participants expressed the opinion that the males might also become midwives, 83.7 % of them declared that they didn't want to be midwives. When the motives behind the opinion that the males could not be good midwives were examined, the following answers were obtained: it is a profession for females (47.6 %); it is not appropriate for our religion and culture, it is sinful (24.8 %); it may cause problems for the woman to give birth and her husband (19 %); and people may tease (1.9 %).

**Conclusion:** According to the results of the study, though the majority of the participants thought males could be midwives, it was determined that they didn't perceive midwifery as a career option due to their gender roles. It may be recommended that the knowledge and awareness of males on midwifery profession should be improved; the professionals counselling for career choices should carry out these services by setting aside their gender roles.

**Key words:** Male midwifery, Gender, Career preference

\*Ankara Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ankara

\*\*Ankara Ü. Sağlık Bilimleri Fak. Ebelik Bölümü, Ankara

## Giriş

Lise öğrencileri ergenlik döneminde olup ergenliğin fiziksel, bilişsel, toplumsal ve duygusal değişimlerini yaşamaktadırlar (1). Bu dönemde bireylerin yaşamında pek çok değişiklik olmakta ve gelecekları için önemli kararlar vermek durumunda kalmaktadırlar. Lise döneminde olan ergenlerin karar vermesi gereken önemli konulardan birisi ileride icra edeceği ve eğitimini almak istediği meslektir.

Meslek tercihi yapan gençler pek çok faktörden etkilenmektedir. Öğrencilerin meslek seçimini etkileyen etmenler; meslekte iş bulma olanağı, yetenek, ilgi, değerler, kişilik özellikleri (kendini tanıma), mesleğin getirdiği ödüller (para, saygınlık, şöhret vb.), ailenin istekleri, okul danışmanı, arkadaşlar, öğretmenler, basında çıkan haberler ve toplumsal cinsiyet faktörü olarak sıralanabilir (2,3). Bu etmenlerden birisi olan toplumsal cinsiyet, kadınların ve erkeklerin eğitime erişimlerini, meslek seçimlerini ve kariyerlerini etkileyen önemli bir etmendur (4,5). Türk toplumunda genellikle kadınlara birincil görev olarak evlilik ve annelik görevleri verilmekte, yaşlı, hasta ve çocuk bakımı gibi duygusal yönden ilgi ve bakım gerektiren işlerin uzantısı olarak, kreş ve anaokulu öğretmenliği, ilkökul öğretmenliği, hemşirelik, ebelik gibi meslek dalları kadın meslekleri olarak görülmektedir (6). Bu mesleklerden ebelik kadınlık rolleriyle özdeşleştirildiği için yalnızca kadınların yapabileceği bir meslek olarak algılanmaktadır. Ülkemizde pek çok kadın hastalıkları ve doğum uzmanı hekim, erkek olmasına karşın, ebelik erkeklerin yapamayacağı bir meslek olarak düşünölmekte ve ebe denilince akla ilk olarak kadın figürü gelmektedir. Fakat dünyanın pek çok ülkesinde erkekler ebe olarak görev yapmaktadır (7,8). Ülkemizde Aralık 2013 verilerine göre 52.351 ebe aktif olarak çalışmakta olup tamamı kadındır (9). Fakat Türkiye’de ilk defa Ankara İli’ndeki bir kamu üniversitesinin Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebeler Bölümü, üniversite tercih rehberinde ebeler tercih edecek kişiler için yazılı olan şartlardan “cinsiyeti kadın olmalıdır” ifadesini kaldırmış ve erkek öğrenci almıştır. 2014-2015 Eğitim Öğretim yılında Türkiye’nin ilk erkek ebelerini mezun etmiştir. Halen okumakta olan iki erkek öğrencisi bulunmaktadır. Böylece erkeklerin ebeler mesleğine katılmasının önünü açılmıştır.

Ebeler mesleğinde erkeklerin sayısının artırılması için toplumun bir parçası olan ve ileride meslek üyesi olacak lise öğrencilerinin, ebeler mesleğine bakış açılarını belirlemek; ebeler mesleği ile ilgili farkındalıklarını artırmak son derece önemlidir. Bu nedenle lisede eğitim gören erkek öğrencilerin bu konudaki görüşlerinin alınmasının literatüre katkı sağlayacağı düşünölmektedir.

## Gereç ve Yöntem

Araştırma, lise son sınıf erkek öğrencilerinin ebeler mesleğine ilişkin görüşlerinin belirlenmesi amacı ile tanımlayıcı türde yapılmıştır. Bu araştırmanın evrenini, Ankara’da bir ilçede bulunan lise son sınıf erkek öğrencileri oluşturmuştur. İlçede 25 lise bulunmakta, bunların 10’u meslek lisesi olduğu için, 4’ü okul yönetimi araştırmayı kabul etmediği için çalışma kapsamına alınmamış 11 lisede çalışma yapılmıştır. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş, 2014-2015 eğitim-öğretim yılında okula devam eden ve çalışmaya katılmayı kabul eden tüm lise 4. sınıf erkek öğrencilerin (637) çalışmaya dahil edilmesi planlanmıştır. Öğrencilerin 58’i okula devam etmediği, 26’sı raporlu olduğu, 14’ü ise çalışmayı kabul etmediği için çalışma kapsamına alınmamış, 539 erkek öğrenci ile çalışma tamamlanmıştır.

Veriler; araştırmacılar tarafından hazırlanan anket formu ile toplanmıştır. Veri toplama formu iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde sosyo-demografik/tanıttıcı özelliklere ilişkin 11 soru, ikinci bölümde meslek tercihine ait 15 soru yer almaktadır. Veri toplama formunun uygunluğu açısından 15 öğrenciyle ön uygulama yapılmış ve ön uygulama sonrasında veri toplama formunda açık uçlu olarak sorulan 2 soru anlaşılır olmadığı için sorular tekrar düzenlenmiştir. Ön uygulama yapılan öğrenciler araştırma kapsamına alınmamıştır. Veri toplama formuna son şekli verildikten sonra 01.01.2015-30.03.2015 tarihleri arasında veriler toplanmıştır. Veriler yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak araştırmacılar tarafından toplanmıştır. Formların uygulanması yaklaşık 15-25 dakika sürmüştür.

Araştırmanın yapılabilmesi için ilgili kurumlardan yazılı izin alınmıştır. Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi için etik kurul onayı alınmıştır (28.08.2014;174/1278). Araştırma kapsamına alınan öğrencilere veri toplama formu uygulanmadan önce araştırmanın amacı ve formun doldurulmasına ilişkin bilgi verilmiş ve sözel onamları alınmıştır.

**Tablo 1.** Erkeklerin ebe olabileceğini düşünme ve bazı özelliklerin karşılaştırılması

	Ebe olmayı isteme				p
	İstiyor		İstemiyor		
	n	%	n	%	
<b>En uzun yaşanan yer</b>					
Köy/kasaba	8	50	8	50	0.001
İlçe	9	18.8	39	81.3	
İl	71	15.0	402	85.0	
<b>Aile tipi</b>					
Çekirdek	78	16.0	409	84.0	0.291
Geniş	10	20.0	40	80.9	
<b>Babanın eğitim durumu</b>					
Okuryazar değil/okur yazar	6	37.5	10	62.5	0.028
İlköğretim	34	18.9	146	81.1	
Lise	33	16.4	168	83.6	
Üniversite	15	10.9	123	89.1	
<b>Babanın çalışma durumu</b>					
Çalışan	70	15.8	372	84.3	0.299
Emekli	15	22.1	53	77.9	
İşsiz	2	9.5	19	90.5	
<b>Anne eğitim durumu</b>					
Okuryazar değil/okur yazar	11	23.4	36	76.6	0.127
İlköğretim	44	18.1	199	81.9	
Lise	26	15.1	146	84.9	
Üniversite	6	8.5	65	91.5	
<b>Anne çalışma durumu</b>					
Çalışıyor	15	12.1	109	87.9	0.89
Çalışmıyor	73	17.7	340	82.3	

Araştırmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi için bir istatistik paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, frekans, yüzde hesaplamaları, ortalama ve ki kare testi kullanılmıştır.

### Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması  $17.49 \pm 0.6$  (Min: 17, Max: 20), %90.7'si çekirdek aileye yapısına sahip, %91.8'i anne babası ile birlikte yaşamaktadır. Öğrencilerin %88.1'inin en uzun yaşadığı yerleşim yerinin il olduğu, %37.6'sının babasının lise, %32.3'ünün annesinin ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Annelerinin %76.7'si çalışmamaktadır. Babaların ise %83.3'ü çalışmakta olup öğrencilerin %65.7'sinin gelir durumunu orta seviye olarak algıladığı belirlenmiştir.

Öğrencilerin %85.9'u tercih ettikleri mesleğe karar vermiş olup %36.7'si mühendis, %11.7'si polis, %10.4'ü doktor, %9.9'u avukat olmak istediğini ifade etmiştir. Öğrencilerin %60.4'ü ilgi ve yeteneğine, %45.4'ü anne-babasının yönlendirmesine, %36.3'ü puanına göre tercih yapacağını belirtmiştir.

Öğrencilerin %42.9'u ebelik mesleği hakkında bilgisinin olduğunu, %21.7'si bu bilgiyi internetten, %22.5'i akrabadan, %19.5'i arkadaştan ve %7.4'ü öğretmenden edindiğini belirtmiştir. Öğrencilerin %86.5'i çevrelerinde ebe tanıdığının olmadığını ifade etmiştir.

Öğrencilerin %72.4'ü erkeklerinde ebe olabileceğini düşündüklerini belirtmişlerdir. Erkeklerden ebe olunmayacağını düşünenlerin nedenleri incelendiğinde *erkek adamdan ebe olmaz çünkü kadın mesleği (%47.6), dinimize ve kültürümüze uygun değil, günah (%24.8), doğum yapacak kadın ve eşi için sıkıntı oluşturur (%19), dalga geçerler (%1.9)* cevapları gelmiştir. Erkeklerin ebe olabileceğini düşünme ile aile tipi, anne/baba eğitim durumu, anne/baba çalışma durumu, gelir düzeyi, en uzun yaşanan yerleşim birimi arasında istatistiksel olarak önemli bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > 0.05$ ). (Tablo 1).

Öğrencilerin %83.7'si ebe olmak istemediğini belirtmiştir. Ebe olmak istemeyenlerin nedenleri arasında ise ilk dört sırada; başka meslek istiyorum (%60.5), erkek adam ebe olmaz (%13.4), mesleği sevmiyorum (%13), kan

görünce midem bulaniyor (%3.6) cevapları gelmiştir. Ebe olmayı istemekle, aile tipi, anne eğitim durumu, anne/baba çalışma durumu, gelir düzeyi arasında önemli bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). En uzun süre köy-kasaba'da yaşayan öğrencilerin %50'si, ilçede yaşadığını belirten öğrencilerin %18.8'i, ilde yaşadığını belirten öğrencilerin ise %15'i ebe olmak istediğini belirtmiştir. En uzun süre yaşanan yerleşim yeri büyüdükçe ebe olmayı isteme oranı düşmekte olup fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Babasının eğitim durumu okuryazar-değil/okuryazar olanların %37.5'i, ilkokul olanların %18.9'u, lise olanların %16.4'ü ve üniversite olanların %10.9'u ebe olmak istediğini belirtmiştir. Babaların eğitim durumu arttıkça ebe olmayı isteme oranı düşmekte olup, fark istatistiksel olarak önemlidir ( $p<0.05$ ).

### Tartışma

Meslek seçimi, 15 yaşından başlayıp 25 yaşına kadar uzanan "keşif dönemi" olarak tanımlanmaktadır (5). Çalışmaya katılan öğrencilerin yaş ortalaması 17 olup bu dönemin içerisinde yer almaktadırlar. Keşif döneminde gençler, yetişkin rolünü benimseyerek seçim yapmakta ve gençlere bu dönemde sorumluluk yüklenmeye başlanmaktadır. Bu seçim doğrultusunda beklenti ve isteklerini gerçekleştirebileceği, geçimini sağlayabileceği, ilgi ve yetenekleri doğrultusunda bir meslek seçmektedirler (3). Çalışmada öğrencilerin çoğu tercih ettikleri mesleğe karar vermiş olup öğrencilerin mühendis, polis, doktor, avukat olmak istedikleri belirlenmiştir. Çalışmamıza benzer şekilde Ersoy (2009) çalışmasında; erkeklerin en iyi meslek sıralamasının; öğretmen, doktor, futbolcu, ilim adamı, sanayici, siyasetçi, subay, tüccar, avukat-hakim, sanatçı, manken ve mühendis olduğunu belirlenmiştir (10). Çalışmamızda öğrencilerin seçtikleri mesleklerin toplum tarafından erkek mesleği olarak algılanan meslekler olduğu görülmektedir.

Meslekler hakkında oluşan kişisel değerlerin gelişiminde, aile büyükleri, akrabalar ve öğretmenlerin yönlendirmesi, kişinin davranışları, gözlem ve deneyimleri, toplumun mesleklere bakış açısı rol oynamaktadır (11). Çalışmada öğrencilerin yarısından fazlası ilgi ve yeteneklerine göre, yarısına yakını anne-babasının yönlendirmesine göre, yaklaşık 10 öğrenciden üçü de mesleklerin puanına göre tercih

yapacağını ifade etmişlerdir. Bu çalışmaya benzer şekilde Korkut-Owen ve arkadaşlarının (2011) yaptıkları çalışmada üniversite öğrencilerinin okudukları bölümü seçme nedenleri, alana duyulan ilgi, alınan puanın o bölüme yetmesi, alanın kişilik özelliklerine uygunluğu ve iş bulma olanağının yüksekliği biçiminde sıralanmıştır (12). Yapılan başka bir çalışmada da öğrencilerin; meslekle ilgili olumlu görüşleri nedeniyle, çaresizlikten, açıkta kalmamak için, mesleğin avantajları olduğunu düşündükleri için ve başkalarının önerileri ile meslek tercihi yaptıkları belirtilmektedir (13).

Meslek tercihinde önemli olan kavramlardan biri de toplumsal ve kültürel değerlerdir. Öğrencilerin çoğunluğu erkeklerinde ebe olabileceğini düşünmesine karşın ebe olmak istememektedir. Erkeklerden ebe olunmayacağını düşünenlerin nedenleri incelendiğinde yaklaşık yarısı, kadın mesleği olması nedeniyle erkeklerden ebe olmayacağını belirtmiştir. Bu düşüncenin temelinde ve erkeklerin ebelik mesleğini istememesinde toplumsal cinsiyet kavramının etkili olduğu düşünülmektedir. Bakım verici rolün erkekler için uygun görülmediği ve bu durumun toplumsal cinsiyet kalıpları ve inançlardan kaynaklandığı düşünülmektedir (14). Özellikle Türk toplumunda, ebelik, hemşirelik ve çocuk gelişimi gibi meslekler toplumsal cinsiyet açısından ele alındığında "kadına özgü" meslek grubu olarak adlandırılmaktadır. Bu durum öğrencilerin meslek tercihlerinde etkili olmaktadır (15). Ebelik mesleğinde cinsiyetin önemi konusunda yapılan bir çalışmaya rastlanmıştır. Benzer bir grup olan hemşireler ile yapılan çalışmalarda toplumsal cinsiyet rollerinin meslek tercihinde ve çalışma koşullarında etkili olduğunu göstermektedir. McMillian ve ark. (2006) erkek hemşirelerin yarısının kadın mesleği olan hemşireliğin geleneksel rollerinden dolayı iş yaşamında zorlandıklarını ve hemşirelik terimi ile ilgili endişelerinin olduğunu belirtmişlerdir. Hemşire kelimesinin cinsiyeti ifade ettiğini ve meslekteki isim değişikliğinin erkek hemşireleri mesleğe çekebileceğini belirtmişlerdir (16). Lou et.al. (2007) erkek hemşirelerin yaşadığı streslerin en önemli nedenini, mesleğin toplum tarafından kadın mesleği olarak algılanması olarak vurgulanmaktadır (17). Bozkır ve ark. (2008) erkeklerin hemşireliği kadın mesleği olarak

gördükleri ve mesleğin içerisinde yer almada çekingen kaldıklarını belirtmektedir (18).

Bireylerin ileride sahip olmak istedikleri meslek ve kariyer ile ilgili bazı düşünceleri geliştirirken etkili olan faktörlerden birisi de dini inançlar ve bunlarla ilgili tutumlardır (11). Bu çalışmada, erkeklerin ebe olmayacağını düşünen öğrencilerin yaklaşık dörtte biri erkeklerin ebe olmasının dine ve kültüre uygun olmadığını, günah olduğunu belirtmişlerdir. Fakat toplumumuzun büyük bir kısmının inandığı İslam dini kadın erkek ayrımı yapmadan bütün müslümanlara ilim öğrenmeyi ve öğretmeyi emretmektedir. Ayrıca bilinenin aksine kadın ya da erkeğin bakılması haram bölgelerine gerekli bir durum olmadıkça dokunulmasının haram olduğu, tedavi amaçlı durumların, acil durumların, bakma ve dokunma haramlığını ortadan kaldırdığı belirtilmektedir (19).

Çalışmanın önemli bulgulardan bir tanesi de erkeklerin ebe olması durumunda doğum yapacak kadının ve eşinin sıkıntı yaşayacağını belirtmesidir. Benzer şekilde Gönenç ve arkadaşlarının (2015) yaptıkları bir çalışmada ebeler öğrencilerinin %71,3'ü halkın erkek ebeler tepkisinin olumsuz olacağını belirtmiştir (20). Ülkemizde kadın hastaların erkek ebeler ile ilgili düşüncelerini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Fakat erkek hemşirelere ilişkin yapılan çalışmalar öğrencilerin bu endişesini destekler niteliktedir. Taşçı ve arkadaşlarının (2007) kadın doğum servislerinde yatan hastaların erkek hemşireler hakkındaki düşüncelerini belirlemek için yaptıkları çalışmalarında; hastaların, çoğunun erkek hemşireden bakım almak istemediğini ve erkek hemşirenin kendisine bakım vermesinden rahatsız olacağını ifade ettiklerini belirtmişlerdir. Aynı çalışmada hastaların yarısından fazlasının erkek hemşirelerin doğumhanede ve kadın doğum servislerinde çalışmaması gerektiğini ifade ettiklerini saptamışlardır (21). Lodge ve arkadaşları (2002) jinekoloji servisinde yatan hastaların kıyafetlerinin çıkartmasında (üzerini değiştirmede) erkek hemşirenin kendisine yardım etmesinden rahatsız olacağını ve erkek hemşirenin pedini kanama yönünden kontrol etmesinden rahatsız olacağını saptamışlardır (22). Yapılan başka bir çalışmada katılımcıların %60,3'ü erkek hemşirelerin hastalar tarafından kabul

görmeyebileceklerini, %22,7'si de erkek hemşirelerin sağlık kurumlarında bütün kliniklerde çalışamayacaklarını belirlemişlerdir (23). Öğrencilerden gelen çarpıcı cevaplardan bir tanesi de erkek ebelerin alay konusu olacağını düşünmeleridir. Ülkemizde erkek ebeler hakkında görüşleri inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Amerika'da çalışan bir erkek ebe mesleğin ismi ile kendisine şaka yapıldığını "midwife" yerine "midhusband" olarak çağrıldığını belirtmiştir (7). Benzer bir grup olan hemşireler ile yapılan çalışmalar erkek hemşireliğin toplum tarafından komik bulunduğunu göstermektedir. Yılmaz ve Karadağ (2011) yaptıkları çalışmalarında, erkek hemşirelik öğrencilerinin yarısından fazlasının (%69,2) üniversitenin diğer bölümlerinde okuyan erkek öğrenciler tarafından, (%21,5) ailesi tarafından ve (%16,9) kız hemşirelik öğrencileri tarafından bu mesleği tercih ettikleri için komik bulduklarını belirtmişlerdir (24). Benzer şekilde, Ekinci ve ark. (2014) mühendislik bölümünde öğrenim gören erkek öğrenciler ile yaptıkları çalışmalarında öğrencilerin %13,3'ünün erkeklerin hemşirelik mesleğini seçmelerini komik bulduklarını belirtmişlerdir (23). Çalışmada, en uzun süre yaşanan yerleşim yeri büyüdükçe ebe olmayı isteme oranı düşmekte olup fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur. Bu durumun uzun süre köyde yaşayan bireylerin daha fazla ebe ile iletişim halinde olmasından ve ebenin görev ve sorumluluklarını daha iyi kavramış olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ülkemizde çoğu köyde yalnızca ebe çalışmakta olup, diğer sağlık profesyonelleri bulunmamaktadır.

Çalışmada babaların eğitim durumunun ebe olmayı istemede etkili olduğu, babaların eğitim durumu arttıkça ebe olmayı isteme oranının düştüğü belirlenmiştir. Barling (1994)'e göre, babanın işi, çocukların meslek seçimlerinde de etkilidir. Özellikle erkek çocuklar babalarının mesleğine benzer mesleği seçme eğilimindedir. Babanın mesleki prestiji ve ekonomik statüsü meslek seçiminde önemli bir etkidir (25). Babanın eğitim durumu arttıkça mesleki statüsünün arttığı ve çocuğunu toplum tarafından statüsü yüksek olarak algılanan mesleklere yönlendirdiği düşünülmektedir.

## Sonuç

Çalışmada öğrencilerin çoğu tercih ettikleri mesleğe karar vermiş olup öğrencilerin mühendis,



polis, doktor, avukat olmak istedikleri belirlenmiştir. Öğrenciler meslek seçiminde ilgi ve yeteneklerin, anne-babanın yönlendirmesinin ve mesleklerin puanlarının etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Öğrencilerin çoğunluğunun erkeklerin ebe olabileceğini düşünmesine rağmen ebe olmak istemediği belirlenmiştir. Erkeklerden ebe olunmayacağını düşünenlerin nedenlerinin kadın mesleği olması (%47.6), dine ve kültüre uygun olmadığı, günah olduğu (%24.8), doğum yapacak kadın ve eşi için sıkıntı oluşturacağı (%19) ve dalga geçileceği (%1.9) olduğu saptanmıştır. Ebe olmayı istemekle, aile tipi, anne eğitim durumu, anne/baba çalışma durumu, gelir düzeyi arasında önemli bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0.05$ ). En uzun süre yaşanan yerleşim yeri büyüdükçe ve babaların eğitim durumu arttıkça ebe olmayı isteme oranı düşmektedir ( $p<0.05$ ). Çalışmanın sonuçlarına göre katılımcıların çoğunun erkeklerin ebe olabileceğini düşünmesine rağmen, toplumsal faktörler nedeniyle ebeliği seçebilecekleri bir meslek olarak algılamadıkları saptanmıştır. Erkeklerin ebelik mesleği ile ilgili bilgilerinin ve farkındalıklarının artırılması, meslek seçiminde danışmanlık yapan profesyonellerin toplumsal cinsiyet rollerinden uzaklaşarak danışmanlık hizmetlerini yürütmesi önerilir. Mesleği tercih yapan kişilerin cesaretlendirilmesi, mesleği tercih eden ve meslekte eğitimi tamamlayan erkek ebelerin desteklenmesi önerilmektedir. Ebelik mesleğinde erkeklerin sayısının artması ile toplumsal algının değişeceği, kadın mesleği olarak algılanmayacağı düşünülmektedir.

**İletişim:** Dr. Nazan Çakırer Çalbayram

**E-posta:** Nazan.Calbayram@ankara.edu.tr

#### Kaynaklar

1. Derman O. Ergenlerde psikososyal gelişim. Adölesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi 2008; 63:19-21.
2. Özyürek R, Atıcı M. Üniversite öğrencilerinin meslek seçimi kararlarında kendilerine yardım eden kaynakların belirlenmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2002;2(17):33-42.
3. Yılmaz İA, Dursun B, Pektaş K, Altay A. Üniversite Öğrencilerinin Kariyer Seçimlerinin Demografik Özellikler Açısından İncelenmesi: Pınarhisar MYO Örneği. Electronic Journal of Vocational Colleges 2012;2(2):9-21.
4. Akın A, Demirel S. Toplumsal cinsiyet kavramı ve sağlığa etkileri. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi Halk Sağlığı Özel Ek 2003;25 (4):73-82.
5. Terzioğlu F, Taşkın L. Kadının toplumsal cinsiyet rolünün liderlik davranışlarına ve hemşirelik mesleğine yansımaları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008;12(2):62-67.
6. Urhan, B. and Etiler, N. Sağlık sektöründe kadın emeğinin toplumsal cinsiyet açısından analizi. Çalışma ve Toplum 2011; 2:191- 212.
7. Emons JK, Luiten MIJ. Midwifery in Europe an Inventory in Fifteen EU-Member States 2001, at [http://www.deloitte.nl/downloads/documents/website\\_](http://www.deloitte.nl/downloads/documents/website_)

- deloitte/GZpublVerloskundeinEuropaRapport.pdf
8. Fusco '94 C, Obermiller T. For male midwife, helping new mothers is a labor of love. Illinois Wesleyan University Magazine 2003;12 (1):6.
  9. Yükseköğretim Kurulu. Türkiye' de sağlık eğitimi ve sağlık insan gücü durum raporu 2014, at <http://www.yok.gov.tr/documents/10279/30217/T%C3%BCrkiye%27de+Sa%C4%9Fli%C4%B1k+E%C4%9Fitimi+ve+Sa%C4%9Flu%C4%B1k+%C4%B0nsang%C3%BCc%C3%BC%20Durum+Raporu+%28%29Eubat+2014%29.pdf/00b8c1a8-19bf-41e0-b188-af0a28732e7f>
  10. Ersoy E. Cinsiyet kültürü içerisinde kadın ve erkek kimliği (Malatya Örneği). Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi 2009;19 (2):209-230.
  11. Aytaç, S. Çalışma yaşamında kariyer yönetimi planlaması gelişimi ve sorunları. Bursa: Ezgi Kitapevi; 2005.
  12. Korkut-Owen F, Kepir DD, Özdemir S, Ulaş Ö, Yılmaz O. Üniversite öğrencilerinin bölüm seçme nedenleri. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2011;8(3):135-151.
  13. Sarıkaya T, Khorshid L. Üniversite öğrencilerinin meslek seçimini etkileyen etmenlerin incelenmesi: üniversite öğrencilerinin meslek seçimi, Türk Eğitim Bilimleri Dergisi 2009;7(2):393-423.
  14. Turan N, Öztürk A, Kaya H, Atabek-Aştı T. Toplumsal cinsiyet ve hemşirelik. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011;4(1):167-173.
  15. Çiftçi GE, Bülbül SF, Muluk NB, Duyan GÇ, Yılmaz A. Sağlık bilimleri fakültesini tercih eden öğrencilerin, üniversite ve meslek tercihlerinde etkili olan faktörler (Kırıkkale Üniversitesi örneği). Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2011;22(3):151-160.
  16. McMillian J, Morgan SA, Ament P. Acceptance of male nurses by female registered nurses. Journal of Nursing Scholarship 2006; 38 (1): 100-106.
  17. Lou JH, Yu HY, Hsu HY. A study of role stres, organizational commitment and intention to quit among male nurses in Southern Taiwan. The Journal of Nursing Research 2007;15 (1):43-53.
  18. Bozkrı G, Taşçı N, Arsak A. Genel lise son sınıf ve sağlık yüksekokulundaki erkek öğrencilerin hemşireliğe bakışı. Bilim, Eğitim ve Düşünce Dergisi 2008; 8(1): 2-17.
  19. Şen Y. İslam hukukuna göre sağlık hizmetlerinde mahremiyet hakkı. Ekev Akademi Dergisi 2015;19(61):425-448.
  20. Gönenç İM, Yılmaz-Sezer N, Erkal-İlhan S, Öztaş Aktaş D. Ebeler Öğrencilerinin Erkeklerin Mesleğe Katılması Konusunda Görüşlerinin Belirlenmesi. 3. Ulusal 2. Uluslararası Ebeler Kongresi, Antalya, Türkiye, Sözel Bildiri, 20-23 Kasım 2013.
  21. Taşçı KD. Kadın doğum servislerinde yatan hastaların erkek hemşireler hakkındaki düşünceleri. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007;10 (2):12-19.
  22. Lodge N, Mallett J, Blake P, Fryatt I. A study to ascertain gynaecological patients' perceived levels of embarrassment with physical and psychological care given by female and male nurses. Journal of Advanced Nursing 2002; 25: 893-907.
  23. Ekinci M, Dikici İC, Derya M, Andsoy II, Dinç S. Şahin AO. Mühendislik bölümünde öğrenim gören erkek öğrencilerin erkek hemşirelere karşı bakış açıları. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;3(1):632-645.
  24. Yılmaz M, Karadağ G. Erkek öğrenci hemşireler hemşirelik mesleğini nasıl algılıyor? Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi 2011;4(1):21-28.
  25. Barling J. Work and family: In search of more effective workplace interventions. In: Cooper, C.L. and Rouseau D.M. (eds.), Trends in Organization Behavior. England: John Wiley&Sons Ltd; 1994.



*Dr. Melek Ardahan\*, Dr. Zeynep Arabacı\*\**

Geliş/Received : 10.10.2016  
Kabul/Accepted: 03.03.2017

### Öz

Evde bakım hizmetlerinin sağlık sistemleri içerisindeki yeri her geçen gün daha da önem kazanmaktadır. Evde bakım, hastanın kendi yerleşim alanında sağlık profesyonelleri tarafından sağlanan sağlık hizmeti ya da desteğini ifade etmektedir. Yatağa bağımlı ya da kendi gereksinimlerini bir başkasının desteği olmaksızın karşılayamayan evde bakım gereksinimi olan bireylere hemşirelik hizmetlerinin sunumundan sorumlu kişi evde bakım hemşiresi olarak tanımlanmaktadır. Evde bakım hizmetine yönelik Türkiye’de son dönemlerde yasal düzenlemeler yapılmıştır. Evde bakım hizmeti tıbbi, sosyal ve manevi bakımın ekip ruhuyla bir arada uygulanmasıyla başarılı olabilir. Yoğun emek gerektiren evde bakım hizmetlerinde, bu hizmetlerin güçlendirilmesi ve devamlılığın sağlanması adına hemşirelerin desteklenmesi önemlidir.

**Anahtar sözcükler:** Evde bakım, Sosyal politika, Hemşirelik hizmetleri, Evde bakım hizmetlerinin finansmanı

### Abstract

Home care gains more importance in health care systems day by day. Home care is a form of health care service or support provided by health care professionals in patient's place of residence. The person responsible for providing the individuals, who are bedridden or unable to meet their needs without the support of someone else and need home care, with nursing services is defined as home care nurse. In the recent years, the laws and regulations specific to home care services have been made in Turkey. Home care services can be accomplished successfully by providing medical, social and emotional care services concurrently and with a team spirit. It is important to support nurses to improve and maintain home care, which requires intensive labour.

**Key words:** Home care, Social policy, Nursing services, Financing home care

\*Doç.; Ege Ü. Hemşirelik Fak. Halk Sağlığı Hemşireliği AD. İzmir

\*\*Öğr. Gör.; Kastamonu Ü. Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü Kastamonu

## Giriş

Evde bakım, sağlık bakımı ve destekleyici bakımı sağlamak üzere sağlık profesyonelleri ve yardımcıları tarafından kişilerin kendi yerleşim alanlarında sağlık hizmeti sağlayan, sağlık bakım sunum sisteminin geniş ve bütüncül bir parçasıdır (1,2,3). Evde bakım, ev hastanesi, ev hospilitizasyonu, tıbbi evde bakım veya duvarsız hastane olarak bilinen, hastaya evinde sağlanan tıbbi hizmet anlamına gelmektedir (4). Evde bakım kavramı çeşitli ülkelerde farklı terimlerde ifade edilmektedir. İsrail’de ev hastanesi (hospital at home), Amerika Birleşik Devletleri’nde evde bakım (home care), ev hemşireliği (home nursing), Batı Avrupa’da ise evde sağlık bakımı (home health care) ve ev ziyareti (home visiting) sık kullanılan terimlerdir (5). Evde bakım sürecinde, uzun süreli bakım gereksinimi olan bireylere ve ailelere, günlük yaşam şartlarını en az etkileyerek, maksimum tedaviye ulaşma yolu ile hastalık ve yetersizliği en aza indirmek ve yaşam kalitelerini yükseltmek amaçlanmaktadır (2). Evde bakım hizmeti, 2005 tarihinde yayınlanan yönetmelikte *“Hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbî ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulmasıdır”* şeklinde tanımlanmaktadır (6). Evde bakım hemen hemen tüm dünyada, uzun dönem kronik hastalık bakımını akla getirmektedir. Oysa evde bakım hizmetleri farklı meslek üyelerinin işbirliği ve eşgüdümüyle, sağlık hizmetlerinin yanı sıra yaşlıların sağlık sorunlarının, sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik hizmetleri de yaşlı ve ailesine kendi ev ortamlarında sunan hizmet modeli olarak görülmelidir. Çünkü sağlık bakım sistemi yanında evde bakımın diğer bir boyutu da tıbbi hizmetlerin sosyal hizmetlerle bütünleştirilerek hastanın yaşam ortamında sunulması, bu yolla ilgili hastalık ve sakatlıkların etkisinin en aza indirilip, hastaların bağımsızlık düzeylerinin yükseltilmesi ve sağlık hizmetlerinin insancıl niteliğinin güçlendirilmesidir (7,8). Bu bakış açısıyla yapılan çalışmanın amacı, evde bakımda sosyal politikalar ve evde bakım hemşireliğinin önemini ortaya koymaktır.

## Evde Bakımın Dünyada ve Türkiye’deki Tarihsel Gelişimi

Evde sağlık hizmeti sunmanın tarihsel gelişimini, bireye sunulan en ilkel sağlık hizmeti olan doğumun evde mi yoksa hastanede mi olması

gerektiği tartışmalarının yaşandığı Roma’dan başlayarak anlatmak yerinde olabilir. Roma’da doğumlar alet ve edevatlarını bir çantayla yanında getiren ebenin eşliğinde gebenin evinde gerçekleştirilmekteyken, Ortaçağ Avrupa’sında ise evde sağlık hizmeti uygulamaları, hastanın hastalığını diğer insanlara bulaştırmasını engellemek amacıyla yapılmıştır (9). Kentlerde yaşayan fakir ve hasta kişiler hastanede bakım için gerekli parayı bulamadıklarından 19. yüzyılın sonlarında evde tedavi edilmeye ve desteklenmeye ihtiyaç duymuşlardır. Çağdaş evde sağlık bakımı, 1883 yılında başlayan ziyaretçi hemşire birliği hareketinin geliştirdiği hemşirelik hizmeti modellerine dayanmaktadır (2,3). LosAngeles sağlık departmanı 1898 yılında fakir hastaları evlerinde ziyaret etmek üzere diplomalı hemşireleri ücretli olarak çalıştırmaya başlamıştır. Böylece devletin ücretlendirdiği ilk evde bakım hizmetinin temelleri atılmıştır (10). 1940’lı yıllarda hastanelerde bakım önem kazanmış, özellikle hekimlerin yaptıkları ev ziyareti ve evde sağlık hizmetleri giderek azalmıştır. İkinci dünya savaşı sırasında farklılaştırılmış ve geliştirilmiş meşguliyet terapisi, ev ekonomisi, sosyal hizmetler, beslenme hizmetleri ve fizik tedavide dahil olmak üzere bir çok sağlık bakım mesleği evde sağlık bakımı ile bağlantılı hale gelmiştir (2). Yirminci yüzyıla girilirken kentleşmedeki hızlı artış, şehirde yaşayan yoksul insan sayısındaki artışı ve buna bağlı sosyal koşullardaki bozulmayı beraberinde getirmiş, evde bakım ve desteğe olan ihtiyacı arttırmıştır. Bu dönem içinde, İngiltere’de bakıma muhtaç olan çocukların ve yaşlıların toplanıp evlerinden ayrı oldukları halde bir arada buldukları bakımevlerine yerleştirilmeleri gerçekleştirilmiştir. İngiltere’de eğitilmiş ev ziyaretçileri yoluyla evde bakım hizmeti verilmesi için kurumsallaşma çalışmaları başlamıştır (11).

Türkiye’de evde sağlık hizmetleri uygulamalarında üç aşama dikkat çekmektedir. Bunlar; Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (UHK) çerçevesince yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları, Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (SHSHK) çerçevesinde yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamaları ve 1980 yılı sonrası yürütülen evde sağlık hizmeti uygulamalarıdır. Yasal çerçeve açısından durum değerlendirildiğinde ise 2005 yılına kadar evde bakım hizmetlerini sağlayacak teşekküller oluşturulmamıştır. Evde sağlık bakım hizmetlerinin kanuni çerçevesi 10 Mart 2005 tarihinde ve

25751 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik" ile yürürlüğe girmiştir (12). Ülkemizde sunulan Evde Sağlık Hizmetinin amacı; bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışı içerisinde etkin, ulaşılabilir ve ev ziyaretleri kapsamında sunulmasıdır (13). Yürürlükte olan yönetmelik ve yönerge gereği ülkemizde evde sağlık hizmetlerine erişebilirlik konusunda bir dizi uygulamalar getirilmiştir. Özellikle hizmete ilk başvuru kolaylığı açısından hastalar Türkiye'nin her yerinden 444 38 33 (444 EV DE) numaralı telefonu arayarak koordinasyon merkezlerine ulaşabilmektedir. Toplum sağlığı merkezlerine, aile hekimlerine veya Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastaneleri ve eğitim araştırma hastanelerinde kurulmuş olan evde sağlık hizmeti birimlerine telefonla sözlü veya dilekçe ile yazılı olarak müracaat edebilmektedirler. Bu hizmet kapsamındaki yaşlı grubu, ağırlıklı olarak 65 yaş ve üstü kronik ve uzun süreli bakım gerektiren yaşlılar olmaktadır. Evde bakım hizmeti alanlar içinde, 65 yaş ve üstü yaşlıların oranı; 1998 yılında Avusturya'da %83, Almanya'da %78, ABD'de %63'tür (14). Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik 27 Şubat 2015 tarih ve 29280 sayılı resmi gazetede yayınlanmış, evde sağlık hizmetlerinin teşkili, sevk, idaresi ve evde sağlık hizmet birimlerinin oluşturulması ile ilgili düzenlemeler yapmıştır (15). Evde bakım hizmeti, yaşlı insanların kendi aileleri ile ilişkilerini devam ettirme olanaklarını daha sıklıkla sağlamaktadır. Böylece yaşlının herhangi bir travma ve benzeri durumlara karşı korunması ve buna göre tedbir alınması söz konusu olabilmektedir. Bundan dolayı, evde bakım hizmetleri, yaşlı insanlar tarafından sıklıkla tercih edilen hizmetlerden biri durumuna gelmiştir (16). Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından Aralık 2014 tarihi itibarıyla huzurevlerinde kalan yaşlı sayısının 21.281 kişi olduğu tespit edilmiştir. Özürlü ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğüne bağlı rehabilitasyon merkezlerinde 2014 yılı itibarı ile 6.284 kişi bakım almıştır. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2014 verilerine göre 450.031 kişi evde bakım hizmetlerinden yararlanmışır (17).

### **Evde Bakımda Sosyal Politika ve Sosyal Yardımlar**

Evde bakım hizmeti sosyal hizmetlerden ayrı düşünülemez. Bu yüzden sosyal yardımlar, yaşlılara dönük sosyal politika araçlarından

birisidir. Gerek dünyadaki uygulamaları ve gerekse Türkiye'de 2022 sayılı Kanun ile yapılan Yaşlılara Yönelik Sosyal Politikalar bu kapsamda yer almaktadır. Ayrıca 1986 yılında yürürlüğe giren 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik (SYDT) Kanunu kapsamındaki "fakr-ü zaruret" içindeki yaşlılar da (2022 sayılı Kanun'a göre aylık alanlar da dâhil) Sosyal Yardım Dayanışma Vakıflarından yardım almaktadır (18).

Sosyal yardımlar; "geçinme güclüğü içinde olan" ve "toplumdan dışlanma tehlikesiyle karşı karşıya kalan kişilerin", "yoksul ve dar gelirli insanların" veya sosyal grupların yaşamlarının güvence altına alınması konusunda, kamu sorumluluğu ilkelerinin kabul edilmesinden doğmaktadır. Sosyal yardımlar, yararlanıcıların herhangi bir biçimde katkı sunmadığı, devletin yoksulluğa karşı geliştirdiği ve birçok çeşidi olan bir maddi destek mekanizmasıdır. Türkiye'de geniş bir kitleyi kapsayıcı bir diğer sosyal yardım düzenlemesi, 18 Haziran 1992 tarihli ve 3816 Sayılı "Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun" ile yapılmıştır. Bu kanun, hiç bir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak gücü bulunmayan Türk vatandaşlarının bu giderlerinin devlet tarafından karşılanmasını öngörmektedir (19). 2022 sayılı "65 Yaşını Doldurmuş Muhtaç, Güçsüz ve Kimsesiz Türk Vatandaşlarına Aylık Bağlanması Hakkında Kanun" ile 65 yaşını doldurmuş yaşlılara, 18 yaşından büyük engellilere ve kanunen bakmakla yükümlü olduğu 18 yaşını tamamlamamış engelli yakınına fiilen bakmakta olan kişilere, herhangi bir sosyal güvenlik kurumundan bir geliri olmaması veya aylık haklarından faydalanmaması ve 1620 gösterge rakamının devlet memurlarının aylıklarına uygulanan katsayı ile çarpımıyla bulunacak tutardan daha az aylık ortalama gelire sahip olması durumunda aylık bağlanmaktadır (20). Türkiye istatistik kurumu (TÜİK) 2014 verilerine göre emekli ve dul-yetim aylığından yararlanan yaşlı nüfus oranı %75.5, emekli ve dul-yetim aylığından yararlanan yaşlı erkeklerin oranı %71 iken yaşlı kadınların oranı ise %84.3 olduğu bulunmuştur. TÜİK, Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, 2013 sonuçlarına göre yaşlıların 2.933 yaşlının maddi yoksun olduğu bulunmuştur (17). Engelli aylığı, 2022 Sayılı Kanun kapsamında muhtaç olduğu saptanan, %40-69 oranında

engelli raporu sahibi kişilere 251.19 TL, %70 oranında engelli raporu sahibi kişilere 376.79 TL aylık tutar üzerinden 3 ayda bir toplu olarak ödenen aylıktır. 2012- Eylül 2013 tarihleri arasında engelli yakını aylığı yardımı için toplamda 348.84 milyon TL kaynak aktarımı yapılmıştır. Aynı tarihler arasında engelli yakını aylığı yardımından 126.559 kişi yararlanmıştır. Engelli yakını aylığı, 2022 sayılı Kanun kapsamında muhtaç olduğu tespit edilen engelliler için onlara fiilen bakan engelli yakınına yapılan ödemelerdir. Bu ödemeler aylık 251.19 TL tutarında olmak üzere 3 ayda bir toplu olarak yapılmaktadır (20). Evde bakım aylığı, bakıma muhtaç, ağır engelli vatandaşların bakımı için verilir, 18 yaş üstü aile bireyi, ağır engelli, en az %50 engel oranına sahip kişi başı 540.47 TL'den az gelire sahip vatandaşlar, 769.98 TL olarak aylık ödenir. Evde Bakım aylığından 2013 yılında faydalanan sayısı 398.335 kişi, yardım tutarı 2.994.114.000TL'dir (20).

#### **Evde Bakım Hizmeti Sunan Kuruluş Tipleri**

İncescu ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında hastaların %68'inin kendi evinde birinci derece yakını ile beraber yaşadığı tespit edilmiştir (21). Aksayan ve Çimete'nin (1998) çalışmasında yaşlıların %63'ünün evde bakımı tercih ettikleri, evde bakımı tercih etme nedeni olarak %87'nin aile üyelerinin yanında bulunmayı gösterdiği belirlenmiştir (22). Ülkemizde yaşlıların bakımı aile üyeleri, özellikle de kadınlar tarafından yürütülmektedir. Dramalı ve arkadaşlarının (1998) evde bakımı içeren çalışmasında bakım verenlerin %89'unun kadın ve %56'sının eş olduğu bildirilmektedir (24). Altun'un çalışmasında (1998) ise bu oranlar sırasıyla %78 ve %34 olarak belirlenmiştir (25). Yapılan çalışmalar göstermektedir ki yaşlı bireyler kendi evlerinde ve aile üyelerinden bakım almayı tercih etse de, evde bakım hizmetlerinin aile üyeleri tarafından verilmesi gittikçe güçleşmektedir (23). Bu nedenle evde bakım hizmeti sunan kuruluşlara ihtiyaç artmaktadır. Evde bakım hizmetlerinin sunumunda, yapısal ve yönetsel olarak birbirinden farklı özellikleri olan beş tip kuruluş vardır. Bunlar, resmi kuruluşlar, gönüllü kuruluşlar, karma kuruluşlar, hastane destekli kuruluşlar ve özel kuruluşlardır. Kurum bakımı, korunmaya ve bakıma muhtaç bireylerin sağlık, sosyo-ekonomik ve psikolojik gereksinimlerinin profesyonel kişilerce karşılandığı, bütüncül sağlığı temel alan

bir hizmet türüdür. Kurum bakımı, devlet, yerel yönetimler, gönüllü kişi ve kuruluşların işbirliği ile yürütülmektedir (26).

**1. Resmi kuruluşlar:** Devlet veya yerel yönetimler sağlık daireleri tarafından yönetilirler. Esas olarak vergi fonları ile finanse edilir ve kar amacı gütmeyenler (27). Ancak bu kuruluşlar da diğerleri gibi evde bakım için ödeme yapan kuruluşlarla anlaşma yapabilir ve verdikleri hizmetlerin karşılığı olarak bu kurumlardan ödeme kabul edebilirler. Bu kuruluşlar sağlığın geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi gibi amaçları da olması ve aynı zamanda bütçelerinin sıklıkla kamu kaynaklarınca karşılanması sebebiyle diğer kuruluşlara göre daha kapsamlı toplum sağlığı hizmetleri sunabilirler (28,29).

**2. Gönüllü Kuruluşlar:** Bu gruptaki kuruluşları kar amacı olmayan evde bakım kuruluşları olarak sınıflamak mümkündür. Gönüllü kuruluşları; hayır kurumları olduğu kadar sigorta kuruluşları, özel sigorta şirketleri ve hastaların yaptıkları ödemelerde finanse edebilmektedir. Bu kuruluşlar genellikle kamuya yararlı kurumlar olarak sınıflandırılmaları sebebiyle vergiden muaf tutulurlar (27,28).

**3. Karma kuruluşlar:** Bazı toplumlarda maliyetlerin düşürülmesi amacıyla yönelik olarak evde bakım hizmeti sunan resmi ve gönüllü kuruluşların bir çatı altında karma kuruluşlar olarak bir araya getirildiği görülmektedir (27).

**4. Hastane destekli kuruluşlar:** Hastaneler sağlık bakım hizmetlerini sunan temel sağlık kurumları olarak değerlendirilmektedir. Akut hastane bakımı sonrasında da bakımın sürdürülmesi gereğiyle ve kurum bakımı maliyetlerindeki artışa bir yanıt olarak, hastane destekli evde bakım kuruluşlarının 1970'lerden itibaren ortaya çıkmaya başladığı görülmektedir (28,30). Hastane destekli evde sağlık bakım hizmeti, hastanenin "evde bakım birimi" tarafından, günlük yaşam aktivitelerinde yardıma ihtiyaç duyan özür, kronik veya terminal hastalığı olan kişilere, kendi evlerinde tıbbi/terapötik tedavi, hemşirelik ve sosyal hizmetlerin sağlanmasıdır (27). Hastaneler; Hasta bakım ihtiyaçlarını tatmin etmek, bakımın sürekliliğini sağlamak ve maliyet, kalite ve hizmetlere ulaşım üzerinde iç kontrol sağlamak, hastanede yatış süresini daha etkin olarak

yönetmek, gelir yaratıcı fırsatları artırmak gibi dört önemli nedenden dolayı evde bakım hizmetlerini sunmak istemektedirler (27,15).

**5. Özel kuruluşlar:** Kar amaçlı kuruluşlardır. Hizmetler özel sigorta şirketleri ve hastaların doğrudan yaptıkları ödemeler ile finanse edilirler. Evde bakım hizmetlerinin bir kamu hizmeti olarak değerlendirilmesi sebebiyle, kar amacı güden bu kuruluşların sundukları hizmetlerin düşük kalitede olacağı kanısında olanlar da vardır (29).

### **Evde Bakım Hemşireliği**

Evde bakım, koruyucu ve tedavi edici sağlık bakım sürekliliğinin etkili biçimde sağlanması gerekliliğinden ortaya çıkan sağlık hizmetini desteklemek ve güçlendirmek amacıyla güden sağlık bakım sistemidir. Evde bakım diğer taraftan tıbbi hizmetlerin sosyal hizmetlerle bütünleşerek hastanın yaşam ortamında sunulmasıdır (31). Evde bakım çok yönlü bir hizmettir bu yüzden de evde bakım hizmeti bir ekip ile verilmeli ve bu ekibin de diğer kurum ve kuruluşlarla da işbirliği içinde olması gerekmektedir (2). Evde bakım hizmetinin büyük kısmını hemşirelik bakım hizmetleri oluşturmaktadır. Hemşirelik bakım planlarında, günlük yaşam aktivitelerinin sınırlılıkları ile sistemdeki yetersizliklerin giderilmesine yönelik uygulamaları içermelidir (31).

Amerikan Hemşireler Birliği, evde bakım hemşireliğini, toplum sağlığı hemşireliği ve diğer hemşirelik uzmanlıklarından seçilen teknik becerilerin bir sentezi olarak ve hemşirelik bilgisini ev ortamında kullanabilen hemşireler olarak tanımlamaktadır (2,32). Amerikan Hemşireleri Birliği tarafından evde bakım hemşirelerinin yetkinlikleri; "esneklik, yaratıcılık, bireysel ve çevresel farklılıklarda sorunlara yenilikçi yaklaşımlar ve değişen kaynak kullanılabilirliği, bağımsız karar verme" olarak tanımlanmıştır (33). Sağlık Bakanlığı 2011 de Hemşirelik Yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelikte evde bakım hemşiresini; yatağa bağımlı veya kendi ihtiyaçlarını bir başkasının desteği olmaksızın karşılayamayacak durumda evde bakım gereksinimi olan bireylere hemşirelik hizmetlerinin sunumundan sorumlu kişi olarak tanımlamaktadır (34). Başka bir tanıma göre; evde bakım hemşireliği, sağlığın düzelmesine daha fazla yardımcı olan, direk maliyet etkili ve kaliteli sağlık bakımının sağlanması olarak

tanımlanmaktadır (2).

**Evde Bakım Hemşiresi görev yetki ve sorumlulukları;** Hemşirelik mesleğinin görev yetki sorumluluklarına ek olarak;

a) Ev ortamını hastanın gereksinimlerine uygunluk yönünden değerlendirir (ısı, ışık, havalandırma, hijyen, tekstil, zemin, duvarlar vb.). Gürültü, ışık, ısınma, havalandırma gibi çevresel uyaranları kontrol altına alarak hastanın uyku ve dinlenmesini sağlar.

b) Bireyin günlük yaşam aktivitelerinin karşılanması, çevre düzenlemesi ve sosyal gereksinimlerin karşılanmasına yönelik görev alan bakım destek elemanlarının denetimini yapar, gerektiğinde ilgililere bildirimde bulunur.

c) Birey ve ailenin eğitim ve danışmanlık ihtiyacının belirlenmesini ve yerine getirilmesini sağlar. Bireyin öneri, istek ve şikâyetlerini dinler ve değerlendirir ve ilgili birimlere yönlendirir (34).

Evde bakım hemşireleri, eğitici, hasta savunuculuğu, vaka yöneticisi, danışmanlık, bakım verici, spirütüalite ve estetik gibi değişik roller üstlenirler (2). Evde bakım hizmeti alan bireylere, kalabalık hastane ortamındaki hizmet sunumundan farklı bir yaklaşımla, güvenli, etkin ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak için (33) ve evde bakımın ve evde bakım hemşireliğinin istenilen düzeyde ve kalitede yapılabilmesi için politikalar geliştirilmesi önemlidir. Tüm dünyada ve ülkemizde, evde bakım programları, sağlık bakım sistemi içindeki yerini almaktadır. Evde bakım sisteminde, bakım alan birey, ekip üyeleri ve evde bakım organizasyonunun aynı amaç doğrultusunda çalışmaları önemlidir. Evde bakım hemşiresi, yetersiz yada dengesiz beslenen, yeterli barınağı yada tıbbi desteği olmayan evde bakım ihtiyacı olan hastaya hizmeti etkin şekilde verebilmesi için sosyal politikaların sağlanması önemlidir (2).

### **Sonuç**

Yaşlanmakta olan nüfusumuz düşünüldüğünde evde sağlık hizmetlerinin gelecekte çok daha önemli bir yere sahip olacağı düşünülmektedir. Evde sağlık hizmetleri uygulaması, hastanelerdeki yığılmaları önleyerek, hasta yatış süresini kısaltacak ve tedavi masraflarını düşürerek ülke ekonomisine katkıda bulunacaktır. Bu sonuçlar doğrultusunda; Türkiye'de de evde bakım hizmeti olumlu gelişmeler göstermekte ve aileler bu konuda maddi yönden desteklenmektedir. Evde bakım hemşireleri de bakım vericilerle ve hastalarla işbirliği yapmalı, evde öz bakım

girişimlerinin yönetilmesini sağlamalıdır. Evde bakım hemşireleri, hastanın bakım yönetimini, hasta ve bakım vericinin eğitimini ve savunuculuğunu yerine getirmelidir. Yoğun emek gerektiren evde bakım hizmetlerinde, bu hizmetlerin güçlendirilmesi ve devamlılığın sağlanması adına hemşirelerin desteklenmesi önemlidir. Bu amaçla, var olan politikalar uygulanmalı ve evde bakımı destekleyecek yeni politikalar düzenlenmelidir.

**İletişim:** Dr. Melek Ardahan

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

### Kaynaklar

1. Bentur N. Hospital at home: What is its place in the health system. *HealthPolicy* 2001; 55: 71-79.
2. Fadiloğlu Ç. (Ed; Fadiloğlu Ç, Ertem G, Aykar Ş F.) Evde Sağlık ve Bakım "Evde sağlık hizmetlerinin gelişimi ve önemi", Göktuğ basın yayın dağıtım, ss;3-13, Amasya, 2013.
3. Güler Ç. ve Akın L. Halk Sağlığı Temel Bilgiler. Evde Bakım (ss.1274-1299). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Yayınları, 2006
4. Allender J A., Spradley BW. Clients In Home Health, Hospice, and Long Term Setting. *Community Health Nursing Concep stsand Practice* Lippincott, 2001, pp:739-753.
5. Yaşar E K., Temel B A. Yaşlıya Evde Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörler, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2009.
6. Evde bakım hizmetleri sunumu hakkında yönetmelik. Resmi gazete, tarihi 10.03.2005, sayı 25751. Erişim 30.09.2016 <http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-31144/h/evde-bakim.doc>
7. Öztop H, Şener A, Güven S. Evde bakımın yaşlı ve aile açısından olumlu ve olumsuz yönleri. *Yaşlı Sorunları Araştırma Dergisi* 2008; 1: 39-49.
8. Yurtsever N, Yılmaz M. Evde bakım alanında çalışan hemşirelerin çalışma koşulları, yaşadıkları güçlükler ve eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2016; 1(1): 19-25.
9. Erdemir D A. Tıp Tarihi, Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul 2014
10. Dieckmann JL. ed. Harris MD, Chapter I, Home Health Care: An Historical Perspective and Overwiev, handbook of home health care administration, 5thed., Jones and Barlett Publishers, 2010, pp:7-23.
11. Yılmaz M, Sametoğlu F, Akmeşe G, Tak A, Yağbasan B, Gökçay S, Sağlam M, Doğanılmaz D, Erdem S. Sağlık hizmetinin alternatif bir sunum şekli olarak evde hasta bakım. *İstanbul Tıp Dergisi* 2010; 11(3):125-132.
12. Özer Ö, Şantas F. Kamunun sunduğu evde bakım hizmetleri ve finansmanı, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2012; 3(2):96-103
13. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge, 2010:madde 1 Erişim 30.09.2016 <http://www.saglik.gov.tr>
14. Oğlak S. Uzun süreli evde bakım hizmetleri ve bakım sigortası. *Türk Geriatri Dergisi* 2007; 10(2):100-108.
15. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik-27 Şubat 2015 tarih ve 29280 sayılı resmi gazete Erişim 30.09.2016 <http://www.resmigazete.gov.tr>
16. Kaye, Lenard W. 'Home Care and Home Services,' *Encyclopedia of Aging*(Vol. 2), Eds. David J. Ekerdt et.al., Thomson and Gale, USA, 2002 pp. 636-641.
17. TÜİK, İstatistiklerle Yaşlılar, 2014. Erişim 30.09.2016 [www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab\\_id=265](http://www.tuik.gov.tr/IcerikGetir.do?istab_id=265)
18. DPT Ekonomik ve Sosyal Göstergeler (1950-2006), (Çevrimiçi) <http://ekutup.dpt.gov.tr/ekonomi/gosterge/tr/1950-06/esg.htm>. --- (2007); Türkiye'de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı, DPT Yayınları, Ankara.
19. Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Erişim 30.09.2016 <http://www.kadininstatusu.gov.tr/tr/19067/Tarihçe>.
20. Sosyal Yardımlar Genel Müdürlüğü, Eylül 2013 İstatistik Bülteni Erişim 30.09.2016 [www.aile.gov.tr](http://www.aile.gov.tr)
21. İncesu E, Tombul C, Arkan M, Babuçcu H. Evde sağlık hizmetlerin erişilebilirlik: Konya Seydişehir Devlet Hastanesi Birimi Örneği. *Hakemli Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*. 2014; 12(4): 18-25.
22. Aksayan S, Çimete G. Kronik hastalıklı bireylerin evde bakım gereksinimleri olanakları ve tercihleri. I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı 1998, İstanbul.
23. Karahan, A, Güven, S. Yaşlılıkta Evde Bakım. *Geriatri Dergisi* 2002; 5(4): 155-159.
24. Dramalı A, Demir F, Yavuz M. Evde kronik hastaya bakım veren hasta yakınlarının karşılaştıkları sorunlar. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı 1998, İstanbul.
25. Altun İ. Hasta yakınlarının bakım verme rolünde zorlanma durumları. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı 1998, İstanbul.
26. Altan Ö.Z, Şişman Y. Yaşlılara yönelik sosyal politikalar. *Kamu-İş* 2003; 7:2
27. Stanhope M, Lancaster J. Public health nursing "population- centered healthcare in the community 8.edition, 2012
28. Genç Y, Barış İ. Yaşlı bakım hizmetlerinde çağdaş yaklaşım: Kurumsal bakım yerine evde bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2015; 3(10): 36-57.
29. Subaşı N. Ankara ili Çankaya ilçesinde evde bakım durumu araştırması. H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 2001.
30. Schwartz R. Home health's origins. *Advanced Practice Nurse* 1994; 39-41
31. Erci B. (Ed; Erci B). Halk Sağlığı Hemşireliği "Evde bakımda halk sağlığı hemşireliği", Göktuğ basın yayın dağıtım, ss;53-33, Amasya, 2009.
32. Glover S et al. Cooperation within the patient care team. *Caring National Assocation for Home Care Magazine* 1993; 12 (10): 40-42.
33. Sezer A, Demirbaş H, Kadioğlu H. Evde bakım hemşireliği: Mesleki yetkinlikler ve eğitim standartları, F. N. Hem. Derg. (2015); 23(2):160-165.
34. Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete Tarihi 19.04.2011 ve 27910 sayılı yönetmelik. Erişim 30.09.2016 <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>.



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

#### Yayımlanacak makalelerde aranan özellikler:

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

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

- Etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul kararı alınmış olmalı, kararlar metin içinde belirtilmeli ve belgelendirilmelidir. Ulusal ve uluslararası geçerli etik kurallara uyulmalıdır (Bakınız, [www.ulakbim.gov.tr](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 uyulan belgeleri belirtiniz. Kullanılan istatistik yöntemlerini, bilgisayar programını ayrıntılı olarak açıklayınız.

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

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

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

**8. Kaynaklar:** Kullanılan kaynakların yeni ve aktarılan bilgilerin güncel olmasına dikkat edilmelidir. Kaynakları ana metinde ilk geçtikleri sıraya göre numaralayınız. Ana metin, tablolar ve alt yazılardaki kaynakları rakamlarla (1,2,4-7) belirtiniz. Dergi adları, Index Medicus'ta kullanıldığı

biçimde kısaltılmamıştır. "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 pancreaticobiliary 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 değindikleri 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 çeviriyi yapanın adı, unvanı, görevi yazılmış olmalı, çeviri yapılan yazının aslı da (fotokopi olarak) gönderilmelidir.

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

**Yazılar;** <http://dergipark.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>